

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
İŞ SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Faruk YORULMAZ

**TEKİRDAĞ İLİNDE GÖREV YAPAN HAMİLE EBE
VE HEMŞİRELERİN MESLEKİ RİSK ETMENLERİ
İLE BU ETMENLERİN GEBELİK SÜRECİ VE
YENİDOĞAN BEBEKLERİNE ETKİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Doktora Tezi)

Ülfiye ÇELİKKALP

EDİRNE - 2015

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
İŞ SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Faruk YORULMAZ

**TEKİRDAĞ İLİNDE GÖREV YAPAN HAMİLE EBE
VE HEMŞİRELERİN MESLEKİ RİSK ETMENLERİ
İLE BU ETMENLERİN GEBELİK SÜRECİ VE
YENİDOĞAN BEBEKLERİNE ETKİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Doktora Tezi)

Ülfiye ÇELİKKALP

Tez No:

EDİRNE - 2015

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Faruk YORULMAZ danışmanlığında Doktora öğrencisi Ülfıye ÇELİKKALP tarafından tez başlığı "Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hamile Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Risk Etmenleri İle Bu Etmenlerin Gebelik Süreci ve Yenidoğan Bebeklerine Etkilerinin Değerlendirilmesi" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 10/02/ 2015 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "**Doktora Tezi**" olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Faruk YORULMAZ
JÜRİ BAŞKANI


Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK

ÜYE


Doç. Dr. Tammam SİPAHİ

ÜYE


Prof. Dr. Galip EKUKLU

ÜYE


Doç. Dr. Burçin NALBANTOĞLU

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalıŐmam boyunca tım bilgi, tecrube ve hoŐgörösü ile yanımda olan sabır ve desteğini esirgemeyen, bilimsellik, meslek ahlakı ve ilkeli duruş değerlerini örnek aldığım danıŐman hocam sayın Prof.Dr. Faruk YORULMAZ'a, Anabilim Dalımızın değerli öğretim üyeleri Prof.Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Prof.Dr. Galip EKUKLU, Doç.Dr. Burcu TOKU, Doç.Dr. Ufuk BERBEROĞLU'na, Tez İzleme Komitesi'nde olmayı kabul eden Doç.Dr. Tammam SİPAHİ'ye ve tezin istatistiksel değerlendirmesinde yardımını esirgemeyen arkadaşım Yard.Doç.Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU'na, katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Özverili destekleri ile her zaman yanımda olan sevgili eŐim Sedat, oğlum Efe ve kızım Zeynep Eda'ya, tım eğitim hayatım boyunca samimi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim canım aileme teŐekkürü borç bilirim. Çalışmayı aramızdan erken ayrılan "sevgili babama" ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
TANIMLAR	3
KADIN ÇALIŞANLAR VE ÜREME SAĞLIĞI	16
HAMİLE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MESLEKİ RİSKLERİNİN GEBELİK VE FETÜS ÜZERİNE ETKİLERİ	20
GEREÇ VE YÖNTEMLER	43
BULGULAR	53
TARTIŞMA	96
SONUÇ VE ÖNERİLER	120
ÖZET	126
SUMMARY	127
KAYNAKLAR	129
ŞEKİLLER VE TABLO DİZİNİ	142
ÖZGEÇMİŞ	146
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Ark.	: Arkadaşları
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CDC	: Center for Disease Control and Prevention / Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi
CMV	: Sitomegalovirüs
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
H1N1	: Influenza A
HBV	: Hepatit B Virüsü
ILO	: International Labour Organization-Uluslararası Çalışma Örgütü
HIV/AIDS	: İnsanda İmmün Yetmezlik Virüsü
KİS	: Kas İskelet Sistemi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TORCH	: Toksoplazma, Rubella, Citomegalovirüs, Herpes simpleks
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SS	: Standart Sapma
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

GİRİŞ VE AMAÇ

Çalışma yaşamı ve üreme sağlığı ilişkisi batı toplumlarında hizmet sektörünün gelişmesi ve kadınların hizmet sektörü ve diğer alanlarda daha fazla çalışma yaşamına girmesi ile giderek artan bir ilgi alanı haline gelmiştir. İşgücü içindeki kadın çalışanların oranı, son yıllarda hızlı bir artış göstermektedir. Avrupa Birliği ve Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) işgücünün yarısını kadın çalışanlar oluşturmaktadır (1-3). Ülkemizde ise hane halkı işgücü istatistiklerine göre işgücündeki kadın oranı % 30.6'dır (4).

Kadın çalışanlar, doğurgan niteliklerinden dolayı çalışma hayatında özel bir gruptur. Çünkü çalışma ortamındaki mesleki risk faktörlerine maruziyet sonucu, üreme sistemine yönelik sağlık sorunları gelişebilmektedir. Özellikle gebelik döneminde çalışma ortamında maruz kalınan fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risklerin anne ve fetüs sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olmaktadır (5). Çalışma ortamındaki mesleki risk faktörlerine bağlı olarak, gebelik dışındaki zamanlarda da bazı maruziyetler üreme sistemi üzerinde etkili olabilir. Gebelik dışındaki etkilenme, çeşitli fertilité bozukluklarına yol açabilirken, gebelik sırasındaki bir etkilenme gebeliğin; düşük, ölü doğum, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı ve/veya çeşitli malformasyonlara yol açabilmektedir (1, 6-10).

Sağlık alanında kadın çalışan sayısı, pek çok işkoluna göre daha fazladır. Özellikle hemşirelik ve ebeklik gibi kadın çalışanların sayıca baskın olduğu meslekler bulunmaktadır. Çok tehlikeli ve tehlikeli işyeri sınıfında yer alan sağlık kurumlarında çalışan, ebe ve hemşireler, işleri gereği çok çeşitli mesleki risklere maruz kalmaktadırlar. Özellikle hamilelik döneminde maruz kalınan riskler, hem kendilerinin hem de doğmamış bebeklerinin sağlığını tehdit etmektedir (11). Plasenta güvenli bir engel oluşturmadığından, gebelik süresince, embriyo ve fetüs toksik maddelere karşı çok daha duyarlıdır.

Gestasyonun farklı dönemlerinde, duyarlılığın düzeyi ve şekli değiştiğinden organların oluşma dönemi olan embriyoner dönemde yani gebeliğin tespit edildiği anda etkilenme çoktan başlamış olmaktadır (12). Sağlık çalışanları çalışma ortamında; anestezi gazları, antineoplastik (kemoterapi) ilaçlar, antiviral ilaçlar, sterilizasyon (dezenfektanlar), X-ışınları, ergonomik riskler (ağır kaldırma, vardiyalı çalışma, işyükü) ve psikolojik (stres, şiddet) risklerle karşı karşıyadırlar. Bu risklerin bir bölümünün, hamilelik sırasında teratojenik olduğu bilinmektedir (1,3,6,9,10,13,14). Bununla birlikte yoğun çalışmanın getirdiği stres, yorgunluk, ayakta ya da oturarak çalışma, vardiyalı çalışma, erken ya da ileri yaş gebelik, kimyasallara maruz kalma, gibi durumlar çalışan gebeye ek bir risk oluşturmaktadır (12). Literatür bilgilerine göre hamile hemşire ve ebelerin bu risk faktörlerine maruziyeti ile istemsiz düşüklerin, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, intrauterin gelişme geriliği gibi sorunların gelişebileceği belirtilmiştir (2,3,6,10,13-15). Bu konuda yeterli sayıda çalışmaların olmaması önemli bir dezavantajdır (13,15).

Kadın hayatında özel bir dönem olan gebelik döneminde çalışma ortamında kadının korunması, desteklenmesi ve bunun için uygun stratejilerin geliştirilmesi özellikle vurgulanması gereken bir konudur (1). Bu nedenle, bu tez çalışması ile; hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risklerini belirlemek ve bu risklerin hamilelik süreci ve yenidoğan bebeklerin sağlığı üzerindeki etkileri değerlendirmek ve bulguları tüm çalışanlarla paylaşmak amaçlanmıştır.

Bu çalışma sonunda yakın ve uzak gelecekte;

- Konu ile ilgili bilgi eksikliklerini gidermek amacıyla, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarında, mesleki risklerin gebelik ve fetüs sağlığı üzerine ve konu ile ilgili alınması gereken önlemler konularına ağırlık verilmesine,
- Hastanelerde işyeri sağlık biriminin kurulmasına,
- Hamile sağlık çalışanlarını kapsayan mesleki risk faktörlerine yönelik yasal düzenlemelerin yapılmasına,
- Hamile sağlık çalışanlarının ve fetüslerinin korunması için ilgili birim ve kurumlarda önlem alınması konusunda öneri geliştirilmesi ve katkı verilmesi için bilgi sağlamak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

TANIMLAR

Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “Yalnızca hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam olarak iyi olma halidir” şeklinde tanımlamaktadır (16).

Bu tanıma göre erişilebilir en yüksek sağlık seviyesi; insanların ırk, din, politik görüş, ekonomik veya sosyal durumlarına göre herhangi bir şekilde ayırım yapılmaksızın sahip olması gereken en temel haklardan birisi olarak kabul edilmektedir. Sağlık aynı zamanda, birey, grup ve toplumların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerini de ilgilendiren bir kavramdır. Bunun için sağlık sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu olarak görülmemelidir. Sağlık tanımlanırken insanların günlük yaşamlarında çevreleriyle sürekli etkileşim içinde oldukları ve çevrenin özelliklerinden önemli oranda etkilendikleri gerçeği göz önünde bulundurulmalıdır (17).

Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı “üreme sistemi, işlevleri ve süreciyle ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, zihinsel ve sosyal yönden en üst düzeyde iyi olması durumudur” şeklinde tanımlanmaktadır (18).

Üreme sağlığı kavramı ilk olarak 1994 yılında Kahire’de toplanan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda gündeme gelmiştir. 1995 yılında Pekin’de yapılan Dördüncü Dünya Kadın Konferansı’nda üreme sağlığının geliştirilmesi yanında güçlendirilmesi ve ilerlemesi için “toplumsal cinsiyet eşitliği ve gelişme” yaklaşımı benimsenmiştir (18-20).

1995 yılından sonra “Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması”nın yerine “Üreme Sağlığı” üzerine odaklanılmaya başlanmıştır.

DSÖ'nün 2000 yılında “Herkes İçin Sağlık” hedefleri doğrultusunda, ülke için belirlenen ulusal hedef ve stratejiler için, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini de içine alacak şekilde Üreme Sağlığı hizmetlerini yerleştirmek ve geliştirme önerilmiştir. Bu hizmetler için temel amaç, ülke düzeyinde kırsal ve kent ve bölgeler arası gereksinime göre eşit ve yüksek kalitede olacak şekilde var edebilmek, ulaşılabilir ve kabul edilebilir kılmasıdır (18,21).

Kadın Sağlığı

Kadın sağlığı; kadının doğumdan ölümüne kadar olan süredeki tüm sağlık durumunu kapsar (22) ve sağlığın tanımında yer aldığı gibi, ruhsal, sosyal ve fiziksel iyiliği içermekte ve fiziksel olduğu kadar, hayatın sosyal, politik ve ekonomik boyutu tarafından da belirlendiği vurgulanmaktadır (23). “Kadın sağlığı” tanımı kadının meslek, anne, eş gibi sosyal rollerini yansıtır ve bu rolleri yerine getirmesi ve yaşam alanlarında (aile, iş, özel alanlar) bireysel ve toplumsal işlevleri görebilmesi için kadının sağlıklı olması, sağlığını koruyabilmesi ve bunun için gerekli ve yeterli sağlık imkanlarından faydalanması önemlidir (24).

Kadın sağlığının özellikli olmasında 2 önemli faktör mevcuttur. Bunlardan birincisi kadın cinsiyetinin biyolojik özelliği ve fizyolojik ‘görevi’ olan üremeye ilişkin olaylar ve bunların yol açtığı morbidite ve mortalite yükü. İkincisi ise kadına, cinsiyeti nedeni ile toplumun verdiği değer, ondan beklentiler yani kadına ‘toplumsal cinsiyet’ nedeniyle yapılan ayrımcılığın sağlığını etkilemesidir. Bu ikinci faktör kadın sağlığında ortaya çıkan eşitsizliklerin ‘temel hazırlayıcı faktördür’ (21,22,24). Toplumun algılamalarından kaynaklanan toplumsal cinsiyet rolleri, kadınlar aleyhine daha fazla olumsuzluklar getirmekte ve bu durum, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminde bir engel oluşturmaktadır (25).

Bu kapsamda kadın sağlığı; aile ve toplumdan kaynaklanan psiko-sosyal faktörlerden, kadının intrauterine dönemden itibaren bireysel özellikleri, eğitimi, ekonomik durumu, statüsü, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin durumu gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (19, 21-24). Ayrıca kadının sağlık durumunu; beslenme durumu (anemi, boy ağırlık), enfeksiyonlar, paraziter hastalıklar, diğer kronik durumlar (diyabet, hipertansiyon) geçmişte gebelik komplikasyonları ile ilgili öyküsü, doğurganlık durumu, gebelik yaşı, gebelik sayısı, anne ve yenidoğan bebek ölümleri, evlilik durumu ve kadına yönelik şiddet gibi pek çok durum etkilemektedir (21,24).

Kadın sağlığı sorunları ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklı boyutlarda yaşanıyord olmasına karşın, evrenseldir ve uluslararası toplum tarafından küresel düzeyde ele alınmaktadır (25).

Kadın Sağlığıyla İlgili Bazı Sağlık Göstergelerinin Tanımları

A) Morbidite Göstergeleri

Kadınların sağlık sorunları ve hastalık riskleri kadın ve sağlık alanında ele alınması gereken konuların başında gelmektedir. Kadınların beklenen yaşam süresi erkeklere göre daha fazladır; ancak hemen tüm toplumlarda kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bildirilmektedir (23). Kadınların yaşam evrelerine göre önemli sağlık sorunları aşağıda gruplandırılmıştır (19-22).

Bebeklik ve çocukluk (0-9 yaş) dönemi: Cinsiyet seçimi (cinsiyet tayininde kız ise gebeliğin sonlandırılması), isteyerek düşükler, genital mutilasyon, çocukluk dönemi hastalıkları, sağlık hizmetlerinden yeterli yararlanamama, bağışıklamada yetersizlik, cinsel taciz ve istismardır.

Ergenlik dönemi (10-19 yaş): Puberte ve cinselliğin başlaması, toplumsal baskı, beslenme yeetsizliği, fiziksel aktivite azlığı, adölesan gebelikler, cinsel taciz, erken yaşta evlilik, ruhsal sağlık sorunları, isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kaza, intihar ve sağlık hizmetlerinden yeterli yararlanamamadır.

Erişkinlik dönemi (15-49 yaş): Gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonlar, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, anemi, cinsel taciz, istismar, şiddet, servikal kanser, infertilite, fiziksel aktivite yetersizliği (obesite), sigara ve sağlık hizmetlerinden yararlanamamadır.

Menapoz ve yaşlılık dönemi (50 yaş ve zeri): Menopozal semptomlar, kanserler (meme, akciğer, kolon vb), kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, inme vb), desensus-prolapsus, şiddet, tütün, yetersiz sağlık bakımı ve sosyal destek, beslenme ve aktivite yetersizliğidir.

B) lmle ilgili sağlık göstergeleri

Kadın lm; ölüm nedenine bakılmaksızın 15-49 yaş grubu kadınlarda meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır.

Gebeliğe bağlı ölüm; ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik sırasında veya gebeliğin sonlandırılmasından sonraki 42 gün içerisinde meydana gelen ölümlerdir.

Anne ölümü; bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan ölümlerdir.

-Doğrudan anne ölüm nedenleri; gebelikle birlikte ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik durumlarla doğrudan bağlantılı ölüm nedenleridir. En başta gelen nedenler; hemoraji, sepsis, eklampsi, emboli, cerrahi ya da anestezi komplikasyonlarına bağlı olan ölümlerdir.

-Dolaylı anne ölüm nedenleri; önceden var olan veya gebelik sırasında ortaya çıkan ve bu dönemde meydana gelen fizyolojik değişimlerin şiddetlendirdiği nedenlerdir. Örneğin, diabetes mellitus, anemi, kalp rahatsızlığı, İnsanda immün yetmezlik virüsü (HIV/AIDS), intihar.

-Tesadüfi nedenler; bir kadının gebe olmasa bile ölümüne neden olabilecek olaylar olarak tanımlanmaktadır. Örnek; trafik kazası (18-21, 26).

Anne ölüm hızı; her 100.000 canlı doğumda; gebelik döneminde, doğum sırasında ve doğum sonu ilk 42 gün içinde ölen kadın sayısıdır.

Bebek ölüm hızı; her 1000 canlı doğumda, doğum sonu 365 gün içinde ölen bebek sayısıdır.

Neonatal ölüm hızı; her 1000 canlı doğumda, doğum sonu ilk 28 gün içinde ölen bebek sayısıdır.

Postneonatal ölüm hızı; her 1000 canlı doğumda, 29-365 gün içinde gerçekleşen bebek ölüm sayısıdır.

Perinatal ölüm hızı; her 1000 (canlı ya da ölü) doğumda, ölü doğan ve canlı doğup 0-7 gün içinde ölen bebek sayısıdır (21, 27, 28).

C) Doğumla ilgili sağlık göstergeleri

Kaba doğum hızı; bir toplumun doğurganlık düzeyini belirten çok duyarlı olmayan bir ölçüt olup, bir toplumdaki her 1000 kişi başına aynı yılda meydana gelen canlı doğum sayısıdır.

Toplam doğurganlık hızı; bir kadının doğurganlık dönemi boyunca (15-49 yaş) yaşayacağı ve belirli yaşa özel doğurganlık hızını takip edeceği varsayımı ile ortalama doğurabileceği canlı çocuk sayısıdır.

Genel doğurganlık hızı; doğurganlık çağındaki her 1000 kadının, bir yılda yaptığı canlı doğum sayısıdır.

Yaşa özel doğurganlık hızları; kadınlarda doğurganlık döneminde (15-49 yaşlar) belirli yaşlardaki doğurganlık düzeyini belirten en duyarlı fertilitite ölçütüdür.

Doğurganlık dönemi olan 15-49 yaşların her 5 yıllık aralığı (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49) için hesap edilir. Elde edilmesi güç bir ölçüttür (27)

İlk doğum yaşı; bir toplumdaki kadınların ilk doğumunu yaptığı ortalama yaştır.

Doğurganlık süresi; çocuk sahibi olunabilecek biyolojik yaş sınırları menarş ve menapoz olarak göz önüne alındığında doğurgan süre yaklaşık 35 yıldır (21,27).

D) Diğer göstergeler

İlk evlenme yaşı: Evliliğe yönelik tutum ve uygulamalar (evlilerin oranı, boşanma ve yeniden evlenme oranları ve gelenekler vb.), örneğin ilk evlilik yaşının yükselmesi, ortalama ilk doğum yaşını da yükseltir. Evlilik yaşının yükselmesi için diğer faktörlerin de, örneğin kadının toplum içindeki konumunun değiştirilmesinin de etkisi büyüktür (21). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, kadınların ilk evlenme yaşı 23.6'dır (29).

Eğitim: Kadınların eğitim düzeyi düştükçe doğurganlık hızları artmaktadır. Toplam doğurganlık hızı; eğitimsiz kadınlarda 3.7 iken, lise ve üzeri eğitim almış olanlarda 1.7'ye düşmektedir (TNSA 2013) (30). Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre 2011 yılında, 15 ve daha yukarı yaşta ve en az bir evlilik yapmış okuryazar olmayan kadınların %74.9'u 4 ve daha fazla çocuk doğurmuş iken, lise veya dengi okul mezunu kadınların %4.8'i 4 ve daha fazla çocuk doğurmuştur. Yükseköğretim mezunlarının %22.9'u hiç doğum yapmazken %1.9'u 4 ve daha fazla çocuk doğurmuştur (31).

İstihdam: Toplumsal statüyü belirleyen bir alan da ekonomi ve çalışma hayatıdır. Son istatistiklere göre kadınların yaklaşık yarısı ekonomik bir faaliyette bulunmamaktadır. Kadınların çalışma hayatında yer almaları ve işgücüne katılım oranları bakımından dünyada hem bölgeler hem de ülkeler arasında, hatta bir ülke içinde bölgeler arasında farklılıklar vardır. Tüm ülkelerde erkeklerin işgücüne katılımları kadınlardan daha yüksektir (31).

Dünya'da Kadın Sağlığı

- Avrupa Birliği ülkelerinde çalışan kadın oranı % 63.9, Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü ülkelerinde ise %60.8 olarak gerçekleşmiştir. ABD'de kadınların işgücüne katılım oranı 1970'lerin ortalarında % 34 iken, 2006 yılında %60'lara ulaşmıştır (2,32).

- Kadın sağlığı, kadınların üremeyle ilgili olaylara bağlı hastalık yüklerinin, erkeklere oranla 3 misli fazla olması nedeniyle ayrıca önem taşımaktadır.

- Günümüzde DSÖ 2014 raporuna göre, Dünya'da anne ve çocuk ölüm hızlarında azalma olmakla birlikte rakamlar hala kabul edilmez düzeyde yüksektir (33).

- DSÖ 2014 anne ölümü raporuna göre; dünyada bir yılda gebelik ve doğum nedeniyle 289 bin anne kaybedilmektedir. Bu ölümlerin birçoğu önlenemez nedenlerden olmakta ve her gün yaklaşık 1000 kadın gebelik ve doğumla ilgili nedenlerle bağlı hayatını kaybetmektedir (33).
- Anne ölümlerinin %87'si (313 bin) Sahra altı Afrika ve Güney Asya ülkelerinde olmak üzere, %99'u (355 bin) az gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Kadının annelik nedeniyle ölme riski ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Örneğin; üreme çağı süresince anne ölüm riski Sahra altı Afrika'da 31 kadında 1 iken, Okyanusya'da 100 kadında 1, Güney Asya'da 120 kadında 1, gelişmiş ülkelerde 4300 kadında 1 ve Afganistan'da 11 kadında 1 olarak en yüksek düzeydedir (19,21).
- 1990-2008 yılları arasında dünya genelinde anne ölüm hızı ancak üçte bir (%34) oranında azaltılabılmıştır. Anne ölümlerinin 1990'dan 2015 yılına kadar dörtte üç oranında azaltılabılmesinde kaliteli doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım verme ve tüm kadınlara aile planlaması hizmetini sunma öncelikli ve önemli hizmetlerdir (19,21,26).
- Evli 15-49 yaş kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanımı; 1990'da %52'den 2006-2012 arasında %63.0'e yükselmiştir (33). Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır.
- 2006-2012 yılları arasında gebe kadınların %81'i gebelik süresince en az bir kez ve sadece %56'sı DSÖ'nün önerileri doğrultusunda en az dört kez bakım alabilmiştir (33).
- Eğitilmiş sağlık personeli tarafından doğum yaptırma oranı 1990'da %53'ten 2008'de %63.0'e, 2014 raporuna göre %96.0'ya yükselmiştir. Sezaryen oranının %17.0 olduğu, ancak bazı yerlerde %54.0'lere kadar çıktığı görülmektedir (33).
- Evlenmede ebeveyn izni olmadan evlenmede en düşük yasal alt sınır, kadınlarda ve erkeklerde 12 yaş ile Venezüela'da, en yüksek yasal alt sınır ise kadınlarda 21 yaş ile Botswana, Mısır, erkeklerde ise 22 yaş ile Çin'de görülmektedir (29).

Türkiye'de Kadın Sağlığı

Türkiye'de kadın ve çocuk sağlığıyla ilgili sağlık ölçütlerinde, önemli iyileşmeler olmakla birlikte ulaşılan nokta, halen gelişmiş ülkelerin çok gerisindedir. Ayrıca, gelişmekte olan pek çok ülke gibi kadınların statüleri düşük olup, sağlıkla ilgili göstergeleri olumsuzdur. -Türkiye nüfusu (2013) 76.667.864 kişi olup, nüfusun %50.2'si erkek, %49.8'i kadınlardan (2013) oluşmaktadır (34).

- Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre 2011 yılında, Türkiye’de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde işgücüne katılma oranı %47.5 olup, bu oran erkeklerde %69.2, kadınlarda ise %25.9’dur. Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkeler arasında, kadınların işgücüne katılma oranının en düşük olduğu ülke Türkiye’dir (29).
- Türkiye’de nüfus artış hızı ve doğurganlık oranı azalmakla birlikte, halen nüfus içinde gençler önemli bir paya sahiptir. Kadın sağlığı kapsamında gençler üreme sağlığı yönünden riskli bir grubu oluşturmaktadır (21).
- Türkiye’de toplam doğurganlık hızı 2013 verilerine göre 2.2 olup bu oran bölgelere, kırsal ve kente göre değişmektedir (30).
- Türkiye’nin Binyıl Kalkınma Hedefleri 2010 raporunda; 2005-2010 yılları arasında özellikle anne ve çocuk sağlığı alanında, önemli ilerlemeler kaydettiği belirtilmektedir. TÜİK 2013 verilerine göre bebek ölüm hızı binde 10.8’dir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre; bebek ölüm hızı binde 13, neonatal ölüm hızı binde 7, postneonatal ölüm hızı binde 6’dır (30).
- DSÖ 2010 raporunda ise 1990 yılında anne ölüm oranının yüz bin canlı doğumda 68’den, 2008 yılında 23’e düştüğü ve bir kadının annelik nedeniyle yaşam boyu ölme riskinin 1900 kadında 1 olduğu belirtilmektedir (35).
- Doğum öncesi bakım (DÖB) alan kadın nüfus oranı; 2002 yılında %70 iken 2012 yılında %97’ye yükselmiştir. Benzer şekilde sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğum oranı da artış göstererek, 2012 yılında %97 olmuştur. Doğum sırasında sağlık personelinin yardım alınmasını; kadının eğitimi, yaşadığı yer, yaşı, statüsü ve doğum sayısı etkilemektedir (34).
- TNSA verilerine göre 1993-2008 döneminde DÖB alma oranında %50 artış sağlanmıştır (36). 1993 yılında gebelerin % 62.3’ü DÖB alırken, 2008’de % 92.0’si, 2013’de %97’sinin en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir (30).
- Evli kadınların gebeliği önleyici bir yöntem kullanma oranı; 1993 yılında %62,6 iken 2008 yılında %73’e yükselmiştir. Aynı dönemde geleneksel gebeliği önleyici yöntemlerin kullanım oranı azalmış ve 1993 yılında %34,5 olan modern yöntem kullanım oranı 2013 yılında %55.9’a yükselmiştir (30).
- Türkiye’de ortalama ilk evlenme yaşı yıllar itibariyle yükselerek 2012 yılında 23.5’e ulaşmıştır (31).
- Türkiye’de sezaryen ile doğum oldukça yaygındır. Bu oran 1993 yılında %8.0, 1998 yılında %14.0, 2003 yılında ise %21.0’dur.

Sezaryen ile doğum yapma oranı annenin yaşıyla birlikte artmaktadır. Sezaryen ile doğum, 2013 yılında kentsel yerleşim yerlerinde %52 iken, kırsal yerleşim yerlerinde %36.0'dır (30).
- Türkiye'de ebeveyn izni olmadan evlenmede yasal alt sınır kadınlarda ve erkeklerde 18 yaş, ebeveyn izni ve mahkeme kararıyla evlenmede yasal alt sınır ise kadınlarda ve erkeklerde 16 yaştır. Erkeklerde ilk evlenme yaşı 2013 verilerine göre 26.8 iken kadınlarda 23.6'dır (31).

GEBELİK

Gebelik; immunolojik, vasküler, hormonal ve metabolik değişikliklerin meydana geldiği bir süreçtir (37). Kadın vücudu, gebelik süreci boyunca büyüyen ve gelişen fetüsü ve onun gereksinimlerini karşılayarak ve uygun ortamı sağlayarak, doğuma hazırlar. Gebeliğin süresi, son menstrasyonun ilk gününden itibaren ortalama 280 gün, 40 hafta veya 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) sürmektedir (min 37, maks 42). Bu süre sadece, annenin normal fizyolojik düzeni üzerine, fetal büyümenin eklendiği bir olay değildir. Gebelik süresince annenin, birçok sisteminde olduğu gibi metabolizma düzeninde ve beslenmesinde de değişimler olur (20,38). Ancak "gebelik" ve "doğum" hastalık değil normal fizyolojik olay olmakla birlikte, "risk potansiyeli yüksek olan bir dönemdir". Hangi gebede komplikasyon gelişebileceğinin tam olarak bilinmesi mümkün değildir. Komplikasyonların erken tanısı ve erken müdahalesi hayati önemde olması nedeniyle, her gebeye, düzenli ve nitelikli bir DÖB verilmelidir (21).

Kadın sağlığında gebelik ve doğumla ilgili olay ve komplikasyonların en yoğun yaşandığı dönem, 15-49 yaş arası dönemdir (doğurganlık dönemi) (21). 1987 yılında DSÖ'nün öncülüğünde Nairobi'de yapılan uluslararası bir toplantı ile, temel amacı anne ve yeni doğan ölümlerini azaltmak olan "güvenli annelik" programı başlatılmıştır. Tüm dünyada her yıl meydana gelen, yaklaşık 600 bin anne ölümünün %99'u gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Her yıl dünyada 8 milyon bebek, yaşamlarının ilk ayında, çoğu da doğumu izleyen ilk birkaç gün içerisinde kaybedilmektedir (18,21).

Gebelikte risk faktörleri

Gebelik ve doğum, normal fizyolojik bir olay olmasına rağmen, doğacak çocukların %10-20'si ve gebelerin %20-30'u risk grubuna girmektedir.

Gebelikteki bu riskli durumların annenin ve bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına alınabilmesi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin sağlanması ile mümkündür (20,26). Risk altında olan gebe; fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunları olan gebedir. Fizyolojik sorunlar, anne hamile olmadan önce var olan (kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon) ve/veya gebelikte ortaya çıkan sorunlar olabilir (eklampsi gibi). TORCH (Toksoplazma, rubella, citomegalovirüs, herpes simpleks) gibi bazı durumlar ise bebek, belirli patolojilerle doğana kadar fark edilmeyebilir. Bunun yanında çoğul gebelikler, daha önce anomalili, prematür, postmatür bebek doğurmuş, ölü doğum ya da düşük yapmış veya infertilite nedeni ile uzun süre tedavi görmüş gebeler de riskli grubu oluşturmaktadırlar (19,20,38). Gebelikte risk faktörleri şöyle sıralanabilir (19,21,26,38).

- Gebenin yaşı (18 yaş altı, 35 yaşın üstü gebelik için riskli dönemler olarak kabul edilir)
- Parite/doğum sayısı (4-5 doğumdan sonrası)
- Doğum sıklığı: Doğum aralarının iki yıldan az olması
- Düşük sosyo-ekonomik düzey ve eğitim
- Beslenme yetersizliği
- Gebeliğin ilk trimesterinde viral enfeksiyon geçirme, radyasyona maruz kalma
- Geçmiş gebeliklerinde sorunlar (ölü doğum, düşük, zor doğum, prematüre doğum vs.)
- Mevcut gebeliğindeki sorunlar (anemi, preeklampsi, eklampsi vb.)
- Alkol ve tütün kullanma, madde bağımlılığı
- Kronik hastalık varlığı.

Gebelik ve Doğum Komplikasyonları

A- Anne yönünden risk faktörleri

1-Doğum öncesi dönemde saptanan risk faktörleri

- *Düşükler (abortus)*; fetüsün uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlanmasına düşük denir. Gebeliğin 20 haftasına kadar olan ve ağırlığı 500 gr ve altında doğan fetüsler düşük olarak kabul edilirler.
- *Dış gebelik (ektopik gebelik)*; zigotun; periton içi, tüpler, overler ya da serviks gibi uterus kavitesi dışında bir bölgeye yerleşmesidir.
- *Kanama*

- *Pre-eklampsi*; gebeliğin 24. haftasından sonra diyastolik kan basıncının 90mm/Hg ve daha fazla olması ile birlikte proteinüri, ödem, aşırı kilo alma görülür. Gebelik hipertansiyonu insidansı %5-10'dur ve kanama ve enfeksiyonla birlikte anne ölüm nedenlerinden ilk üç içerisinde yer almaktadır. Bu belirtilere konvülsiyonlar da eklenirse eklampsi tablosu gelişir.
- *Polihydroamnios*; amniotik sıvının, gebeliğin ortasında 1500 ml'den fazla olmasıdır.
- *Çoğul gebelik*; uterus içinde birden fazla fetüs bulunmasıdır. Yaklaşık olarak ikiz gebelik toplumda 80 gebelikte, üçüz gebelik 8000 gebelikte ve dördüz gebelik 75 000 gebelikte 1 görülmektedir.
- *Anemi*; hemoglobin değerinin 11gr/dl'den düşük (ya da %70'in altında) olmasıdır.
- *Gebelik diyabeti*; (Gestasyonel diyabetes mellitus) ilk kez gebelik sırasında ortaya çıkmış diyabete bu isim verilir.
- *Plasenta yetmezlikleri*; plasenta previa, plasantanın uterus içinde, normal yerinden farklı bir yere yerleşmesidir. Gebeliğin 3. trimesterinde, ağrısız vajinal kanama ile kendini göstermektedir. Ablasyo plasenta, gebeliğin 3. trimesterinde plasantanın kısmen ya da tümüyle uterustan ayrılması sonucu, uterusun tahta gibi devamlı kasılması ile birlikte olan vajinal kanama ile kendini göstermektedir (19-21,38).

2- Natal dönemde (doğumda) saptanan risk faktörleri

- *Prematüre doğum eylemi*; gebeliğin 28. haftasından sonra, 37. haftasından önce doğum eyleminin başlamasıdır.
- *Erken membran rüptürü*; gebeliğin 12. haftasında amniyon ve koriyon zarları birleşerek oluşan ve amniyotik sıvının etrafını kuşatan membranın, doğum eylemi başlamadan yırtılmasıdır. Gebelik süresi ne olursa olsun gebenin suları geldiği halde, 2-3 saat içinde hala doğum ağrılarının başlamamasıdır.
- *Geliş anomalileri* (makat geliş, yan geliş vb)
- *Kordon sarkması/dolanması*
- *Plasenta yetmezlikleri*; plasenta previya, ablasyo plasentaya bağlı kanamanın başlamasıdır.
- *Çoğul gebelik*
- *Tetanik kontraksiyonlar*; normal doğum ağrıları 3-4 dakikada bir gelip, 35-40 saniye devam eder. Eğer ağrılar bundan daha kısa aralıklarla geliyor ve 60 saniyeden fazla sürüyorsa, ya da kasılan uterus adelesi hiç gevşemiyorsa buna tetanik kontraksiyon denir (19-21,38).

3- Post-natal dönemde (doğum sonrası) saptanan risk faktörleri

- *Doğum sonu kanaması*; normalde doğumda 205cc kadar kan kaybedilir. 400cc'den fazla kan kaybı kanama olarak nitelendirilir.
- *Annede enfeksiyon*; doğumu izleyen 24 saat-21 gün içinde ortaya çıkan 38 derece ve üzerindeki ateş görülmesidir.

B- Bebek Yönünden Risk Faktörleri

1- Doğum öncesi dönemdeki risk faktörleri

- *İri bebek*
- *Çoğul bebek*
- *Prezantasyon bozuklukları*; doğumların %95'inde fetüs, baş ve küçük fontanelle prezente olur. Bu durumun dışındaki gelişler doğum güçlüğü yaratır.
- *Fetal anomaliler*; hidrosefali, serebrospinal sıvının 100ml'nin üzerinde olmasıyla başın büyümesidir.
- *Fetal distress*; hipoksiye bağlı fetal asidoz gelişmesi, asfiksi tablosu gösteren fetüsün yaşamının tehlikede olduğunu gösteren durumdur.
- *Intrauterin ölüm*: fetüsün herhangi bir nedenle intrauterin 20. haftadan sonra gerçekleşen ölümüdür (19-21,38).

2- Natal dönemdeki (doğumda) risk faktörleri

- *Fetal sıkıntı*; normalde dakikada 120-160 arasında olan çocuk kalp sesinin bu değerlerin dışında olmasıdır.
- *Prezantasyon bozuklukları*
- *Prematüre bebek*; 37 haftadan önce doğan bebeklerdir
- *Postmatüre bebek*; 42. haftadan sonra doğan bebeklerdir.
- *İri bebek*
- *Çoğul bebek*

3- Post-natal (doğum sonrası) dönemdeki risk faktörleri

- *Düşük doğum ağırlıklı yeni doğan*; bebeğin 2500 gramdan az olması, 1500 gr'ın altında doğan yeni doğanlar ise çok düşük doğum ağırlıklı yeni doğan olarak tanımlanmaktadır.
- *Intrauterin gelişme geriliği*; yeni doğanın gebelik haftasına göre sahip olması gereken ağırlıktan %10 daha düşük ağırlığa sahip olması durumudur.
- *Bebekte malformasyon gelişmesidir.*
- *Bebeğin doğum travmasına bağlı oksijensiz kalmasıdır.*

- *Respiratuar distress sendromu*; solunum güçlüğü bulgularıyla görülen, akciğerlerde surfaktan maddesinin yetersizliği sonucu gelişen, solunum sistemi hastalığıdır.
- *Mekonyum aspirasyonu*; doğum öncesi veya doğum sırasında mekonyumun aspire edilerek akciğerlere girmesidir.
- *Bebekte ilk 24 saat içinde sarılık görülmesidir*
- *Fetal enfeksiyon ve bebeğin emmesinin iyi olmamasıdır (19-21,38).*

Gebelikte Beslenme

Fetüs, plasenta ve maternal dokuların normal büyüme ve gelişmesinin sağlanması için, gebelikte enerji, besin ve sıvı ihtiyacı artar. Gebelikte sağlıklı beslenme, termde gelişimini tamamlamış fetüsü, komplike olmamış bir gebelik süreci ve doğum ile başarılı bir laktasyon dönemi olasılığını arttırırken; postpartum obezite riskini de azaltarak uzun dönemde anne sağlığını olumlu yönde etkiler (39,40).

Gebelik öncesi ve gebeliğin erken dönemlerindeki yeterli beslenme; erken ve ölü doğumları, toksemi, düşük ağırlıklı bebek ve gebelikte fazla kilo alımı gibi sorunları önler (19). Obez gebelerin normal kilolu gebelere göre tıbbi-obstetrik komplikasyon yaşama riski daha yüksektir (40). Bu dönemde yeterli ve dengeli beslenme, yiyeceklerin sık aralıklarla, az miktarlarda yenmesi, çok tuzlu, yağlı, kuruyemiş gibi yiyeceklerin çok tüketilmemesi, konserve yerine, taze meyve ve sebzelerin tüketimi sağlanmalıdır. Gebelikte düzenli kilo alımı da oldukça önemlidir. Normal ağırlıkta bir kadın için, gebeliğin sonuna kadar 12-16 kg arasında kilo artışı önerilmektedir (19-20). Gebelikte annenin kazandığı ağırlık, fetüsün büyüme ve gelişmesi ile doğum ağırlığını etkiler. Annenin gebelik ilerledikçe, uygun biçimde ağırlık kazanması, kalori alımının yeterli olduğunu gösterir. Beslenme durumunu değerlendirmede, kilogram olarak ağırlığın, metre cinsinden boyun karesine oranının (vücut kitle indeksi (VKİ) bilinmesi daha değerlidir. Institute of Medicine tarafından 1990 yılında önerilen uygun ağırlık artışları ve ağırlık kazanma hızları Tablo 1’de gösterilmektedir (41).

Tablo 1. Gebelik öncesi VKİ’ne göre gebelikte önerilen total ağırlık artışının sınırları

Kilonun boya oranı	Önerilen ağırlık artışı
Düşük (VKİ<19.8)	12.5-18
Normal VKİ (19.8-26.0)	11.5-16
Yüksek (VKİ>26.0-29.0)	7.0-11.5
Şişman (VKİ> 29.0)	<7

Gebelikte Alışkanlıklar

Tütün kullanımı: Günümüzde tütünün sağlığa verdiği zarar tartışılmamaktadır. Tütün kullanımı, her iki cinsten de infertiliteye neden olabilirken, kadınlarda ovulatuvar, tubal fonksiyon ve implantasyon bozukluklarına, erken gebelik kayıpları sıklığını artırmaktadır (20,42).

Gebelik sırasında annenin tütün kullanması, önemli doğum sonrası problemlere de sebep olabilmektedir (43-45). Tütünün periferik vazokonstriksiyona neden olduğu, kalp atımında, kan basıncında ve kardiyak outputta değişimlere yol açarak fetüsün sağlığına zarar verdiği ve tütün kullananlarda yüksek olan karbondioksit nedeniyle azalan oksijenin de fetüsü olumsuz etkilediği ve dolaşımını bozduğu bilinmektedir (42). Tütün kullanan gebelerin plasentasında da patolojik değişimler bulunmuştur. Tütün kullanımı A, B ve C vitaminlerinin emilimine ve kalsiyum metabolizmasına engel olmaktadır (20).

Tütün kullanan annelerin bebekleri, kullanmayanlara göre; düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, perinatal ölüm yönünden daha fazla risk altındadır (42,43,45). Tütün kullanımı bebekte; akciğer fonksiyonlarında azalmaya, hava yolu obstrüksiyonuna, hipospadias, ingüinal herni, polikistik böbrek gibi sorunlara, santral sinir sistemi malformasyonlarına, zekâ geriliğine ve göz-kulak-dudak malformasyonlarına (46), hiperaktivite, dikkat eksikliği, astım, pnömoni, iç kulak enfeksiyonu ve ani bebek ölümü sendromuna yol açabilmektedir. Bu riskler anne yaşının artması ile önemli ölçüde artmaktadır. Buna ek olarak tütün kullanan annelerde, spontan abortus, pretem doğum, plasental yetmezlikler ve erken membran rüptürü riski de artmaktadır (42,44,46). Bu risk; kullanılan tütün türü, kullanma biçimi ve süresi ile ilişkilidir. Yapılan araştırmalar, gebelik sırasında ve sonrasında tütün kullanan annelerde pnömoni ve diğer solunum yolu enfeksiyonları riskinde de artma olduğunu göstermiştir (43-45).

Alkol kullanımı: Günümüzde alkol, primer teratojenlerden biri olarak düşünülmektedir. Fazla miktarda alkol alan kadınlarda maternal malnütrisyon ve hipoglisemiye bağlı fetal sorunlar ve bu kadınların fetüslerinde, fetal alkol sendromu, spontan düşük, fetüste büyüme ve gelişme geriliği ve anomali gelişmesi risk bulunmaktadır (47). Araştırmalar, fazla alkol tüketiminin düşük doğum ağırlığı ve bazı nörolojik sorunların sıklığını arttırdığını göstermiştir. Teratojenik etki, günlük tüketilen alkol miktarı ile paralellik göstermektedir. Gebelikte orta derece alkol tüketiminin etkileri, tam olarak bilinmemektedir (19,20).

Alkol tüketildikten birkaç dakika sonra plasental bariyerden geçer ve fetal kan alkol düzeyi, annenin alkol düzeyine eşit hale gelir. Fetal alkol sendromu ile prematür doğan infantta, bilişsel değişimler, kraniofasial deformiteler, damak anomalileri görülebilir (47).

KADIN ÇALIŞANLAR VE ÜREME SAĞLIĞI

Kadın İşgücü

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dünya nüfusunun yaklaşık yarısı kadındır ve ortalama olarak küresel çalışan 2,8 milyar insanın %40'ı kadınlardan oluşmaktadır (48). Kadınların işgücüne katılımı, sürdürülebilir kalkınmanın, sosyal gelişmişliğin ve toplumsal refahın önemli bir unsuru olarak kabul edilmekle birlikte; kadınların çalışma hayatında yer almaları ve işgücüne katılım oranları bakımından dünyada, hem bölgeler hem de ülkeler arasında, hatta bir ülke içinde bölgeler arasında farklılıklar vardır. Bütün ülkelerde erkeklerin işgücüne katılımı kadınlardan daha yüksektir. Son yıllarda çalışma alanında kadınların daha çok kabul gördüğü ve kadın çalışan sayısının arttığı belirtilmektedir (1,3,9,49,50).

AB ülkelerinde çalışan kadın oranı % 63.9 Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü ülkelerinde ise %60.8 olarak gerçekleşmiştir. ABD'de kadınların işgücüne katılım oranı 1970'lerin ortalarında % 34 iken, 2006 yılındaki % 60'lara ulaşmıştır (2,32).

Ülkemizde kadınların işgücüne katılımı son yıllara göre hafif bir artış gösterse de 1980 ortalarına kıyasla daha düşüktür, 1980'lerin sonlarında doğru kadınların işgücüne katılımı %34.3 iken (51), 2012 Temmuz verilerine göre işgücündeki kadın oranı %30.6'dır (TÜİK 2012 verileri). Devlet Planlama Teşkilatı 2007-2013 yıllarını kapsayan Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda da Türkiye'nin kadın işgücüne katılımı ve istihdamında ilerleme kaydedemediğinin altı çizilmektedir. 2013'teki kadın katılım oranı %29.6 olarak öngörülmektedir. Dünya ortalaması %50'nin üzerindedir. Buna göre Türkiye, kadınların işgücüne katılımı açısından Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü ülkelerinin en alt sıralarında yer almakta ve bu rakamlarla Ortadoğu ve Afrika ülkelerine yakın konumdadır (52).

Ülkemizde çalışan kadınlar, ücretlendirme ve çalışma statüleri açısından da Avrupa Birliği ve ABD ile kıyaslandığında istenilen düzeyde değildir. Dünya Bankası ve Devlet Planlama Teşkilatı'nın hazırladığı "Türkiye'de Kadınların İş Gücüne Katılım Raporu'na göre her dört kadından üçünün çalışmadığını ve iş dahi aramadıklarını ortaya koymaktadır (53).

Türkiye’de çalışmak isteyen kadınların önlerine sosyal, ailesel ve kültürel ön yargılar engel olarak çıkmaktadır. Kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe işgücüne katılımları da artmaktadır. Kentlerde üniversite eğitimi almamış kadınlar, genellikle düşük ücretli, çalışma saatleri uzun, zorlu koşullar içeren ve sosyal güvencesi bulunmayan işlerde çalışmaktadırlar.

Ücretli çalışma statüsünde erkekler kadınlara oranla iki kat daha fazla, ücretsiz işlerde ise kadınlar erkeklerden beş kat daha fazla istihdam edilmektedir (54). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) kayıtlarına göre 15-64 yaş grubunda çalışan 10 erkeğe karşılık, 6 kadın olduğu görülmektedir ve bu bakımdan uzun yıllar ülkeler arasında belirgin bir fark olmamıştır (9). Ancak son yıllarda gelişmiş ülkelerde, kadınlar lehine bir artış olduğu gözlenmektedir. Halen çalışanlar arasında kadınların en fazla yer aldığı ülkelerin başında; İzlanda, Norveç, İsveç, İsviçre, Hollanda, Danimarka ve Estonya gelmektedir (4).

Türkiye’de çalışma yaşamındaki 2.461.667 kadının en çok toptan ve perakende ticaret, eğitim, sağlık, gıda ve giyim-tekstil işlerinde çalışmakta olduğu görülmektedir (9).

Çalışma Hayatında Kadın ve Sağlık

Günümüzde günlük yaşamlarımızın üçte birini geçirdiğimiz işyerleri, sağlığı etkileyen çeşitli faktörler ve risklerle doludur (55). Bununla birlikte kadınlar çalışma ortamındaki risklerden erkeklere göre daha fazla etkilenmektedirler. Bunda kadınların doğurganlık özellikleri elbette çok önemlidir, ancak; kadın ve erkek bedeninin yapısı ve fizyolojisinin farklılığı da bu konuda önemli rol oynamaktadır. İşçi sağlığı ve iş güvenliğinde kadınlar özel bir risk grubu olarak tanımlanmaktadır (9,11,54) ve bu nedenle kadınlar çalışma hayatında “koruma” altındadır. Kadınların “ağır ve tehlikeli” işlerde çalışması ancak belli koşullarda mümkündür. Bunun sonucu olarak kadınlarda hem iş kazası hem de meslek hastalıkları erkeklere göre daha az görülmektedir (9,56). Çalışma hayatında kadınların daha yüksek risk altında olmalarına neden olan özelliklerden başlıcaları şunlardır:

- Kadınların vücut yapısı erkeklerden daha ufaktır. Bu yüzden, işyeri ortamında bulunan maddelerden, kadınlar vücut ağırlığı başına erkeklere oranla daha fazla etkilenirler.
- Kadınlar fiziksel güç olarak erkeklere göre daha güçsüzdür. Bu nedenle örneğin ağırlık kaldırma bakımından, kadınlarla erkekler arasında farklılık olmalıdır. ILO, kadınların kaldırabileceği en fazla ağırlık miktarını, erkekler için kabul edilen değer, üçte ikisi olarak belirlemiştir (9,54,56).
- Kadınların solunum kapasiteleri erkeklerden %11, kan hemoglobin düzeyleri de %20 daha düşüktür. Bu durum da özellikle güç ve gayret gerektiren çalışmalar bakımından önem taşır.

- Kadınlar vücut ağırlığına oranla, vücut suyu daha azdır. Bu nedenle kadınlarda ısı toleransı daha düşüktür. Yani sıcak ya da soğuk ortamdan, kadınlar erkeklerden daha fazla etkilenirler.
- Kadınların vücudundaki yağ oranı, erkeklerden daha fazladır. Bu durum yağda çözünen maddeler, bu arada özellikle solventler bakımından önemlidir. Yağ dokuda biriken solventler zaman içinde geri salınarak, solvent etkisinin uzun sürmesine yol açar (9,54).
- Boya göre omurga uzunluğu kadınlarda daha fazladır. Gebelik, doğum ve diğer hormonal etkiler sonucu ligamentlerin daha gevşek olacağı da dikkate alındığında kadınlarda L5-S1 disk herniasyonu olasılığı, aynı koşullarda çalışan erkeklere göre daha fazladır.
- Çalışma hayatında kadınların cinsel tacize uğrama riski, erkeklere göre daha fazladır.
- Ev işleri de dikkate alındığında çalışan kadınlar, çalışan erkeklere ve çalışmayan kadınlara göre daha uzun süre çalışmakta, uyku ve dinlenme süreleri daha kısa olmaktadır (9,56).

Bunlardan başka, kadınların doğurganlıkla ilgili özellikleri, işyeri ortamında bulunan risk faktörlerinden olumsuz etkilenebilmektedir. Risk faktörleri; fertilitite bozukluklarına yol açabilirken, gebelik sırasındaki bir etkilenme gebeliğin düşükle ya da ölü doğumla sonlanmasına veya bebekte düşük doğum ağırlığına, çeşitli malformasyonlara neden olabilir (1,3,6,7,8,9). Bu nedenle kadınların çalışma hayatında korunmaları gereklidir.

Çalışma Hayatının Üreme Sağlığı Üzerine Etkileri

Çalışma yaşamı ve üreme sağlığı ilişkisi, batı toplumlarında hizmet sektörünün gelişmesi ve kadınların hizmet sektörü ve diğer alanlarda daha fazla çalışma yaşamına girmesi ile giderek artan bir ilgi alanı haline gelmiştir. Özellikle de 1960'lı yılların başlarında yaşanan "Thalidomide" olayından sonra önemi artmıştır. Gebelik sırasında (bulantı-kusmayı önlemek amacı ile) bu ilacı kullanan kadınların çocuklarında ekstremitte anomalileri meydana gelmiştir (9,56,57). İkinci Dünya Savaşı yıllarından başlayarak kadınların çalışma yaşamında giderek daha fazla yer alması ve bilgisayarların da yaygın şekilde kullanımı ve bilgisayar kullanan gebelerde birkaç düşük olgusunun rapor edilmesi, bilgisayar kullanımının gebelik üzerindeki etkileri konusunu tartışmaya açmış ve bunun sonucu olarak da çalışma hayatı ve üreme sağlığı konusuna olan ilgi birden artmıştır (1,2,3).

Üreme sağlığı her iki cinsiyeti kapsamakla birlikte, kadın açısından daha hayati bir öneme sahiptir. Kadını fizyolojik olarak özel yapan, kuşkusuz gebelik, doğum ve üreme sistemine ilişkin özellikleridir (20). Tüm bu farklı özellikler kadının farklı risklere maruz kalmasına bağlı olarak genel sağlık düzeyini olumsuz etkileyebilir.

Ayrıca kadının üreme sistemini etkileyen mesleki bir riskin etkilerinin sonraki kuşaklara aktarılabilceği de unutulmamalıdır (19,20).

Halk sağlığının başlıca ilgi alanlarından biri olan üreme sağlığı; üreme hakları ve cinselliği de içeren yeni bir kavram olmakla birlikte, normal başlayan bir gebeliğin sağlıklı biçimde seyretmesi ve sağlıklı bir bebek doğumu ile normal biçimde sonlanmasını amaçlamaktadır (21,57). Ancak bir gebeliği ve doğumu etkileyen çok çeşitli bireysel ve çevresel faktörler olabilir. Bu faktörlerin sonucunda; çiftlerin %15 kadarı çocuk sahibi olamamakta, %10 kadarı istediklerinden daha az sayıda çocuğa sahip olmakta ve gebeliklerin %10-20 kadar bir bölümü düşükle sonlanmaktadır. Doğan bebeklerin %7 kadarının doğum ağırlıkları normalden daha düşük olup, %3 kadarında doğumsal anomaliler bulunmaktadır (9).

Fertilite ve bebeğin sağlığı üzerinde etkisi olan faktörler; gebelik öncesinde, gebelik sırasında veya gebelikten sonraki dönemlerde farklı olabilmektedir. Örneğin gebelik öncesi dönemde erkek veya kadının risk faktörlerine maruziyetleri; spermatogenez veya ovogenez üzerinde etkili olabilirken, gebelik seyrinde kadının maruziyetleri gebelik seyrini etkileyebilir (19,58). Hücre çoğalmasının en hızlı olduğu, gebeliğin ilk haftalarında risk faktörlerinin fetüsü etkilemesi daha çok olmaktadır. Gebeliğin ilk haftalarındaki etkilenme daha çok düşük, ölü doğum, malformasyonlu bebek doğumu ile sonuçlanırken, ileri haftalardaki etkilenmeler sonucunda bazı fonksiyonel bozukluklar (örneğin mental fonksiyonlarda bozukluk) meydana gelir. Öte yandan kadının gebelik dışındaki zamanlarda da bazı etkilenmeleri üreme sistemi üzerinde etkili olabilir. Üreme sistemi konusundaki etkilenmelerin sonuçları ise; gebe kalma güçlüğü, gebeliğin düşük, ölü doğum veya erken doğum olabilir (1,6,9,56,57). Kuşkusuz etkilenmenin sonucunu belirleyen çok önemli bir faktör de etkilenmenin türü ve etkenin dozudur. Ne kadar yüksek dozda etkilenme olursa sonuç o ölçüde olumsuz olacaktır. Bununla birlikte etken açısından herhangi “kritik doz” yoktur, çok düşük dozlardaki etkilenmelerde de olumsuz sonuçlar meydana gelebilir (9).

“Üreme risk’inden, bir çiftin bir gebeliği gerçekleştirme kapasitesi bozulduğunda söz edilir. Üreme risk faktörleri, bir erkeğin ya da bir kadının üretkenliğini etkilediği gibi, döllenmeyi, gebeliği ve bir çocuğun doğumunu da olumsuz etkileyebilir.

Bu nedenle üremenin tüm aşamaları önemlidir ve bireysel, sosyal, genetik veya patolojik etkenler tarafından olumsuz etkilenebilir (58). Çalışma ortamında kadının doğurganlığını olumsuz etkileyen; fiziksel (iyonizan radyasyon, gürültü), kimyasal (anestezik gazlar, ağır metaller, pestisitler), biyolojik (enfeksiyonlar) ve ergonomik (ağır yük, gece ya da vardiyalı çalışma) risk faktörlerine dikkat çekilmektedir.

Kadınların özellikle hamilelik döneminde işyerlerinde toksik etkenlere maruz kalmaları durumunda, gebeyi etkileyen bu maddeler aynı zamanda fetüsü de etkileyebilmekte, düşük, ölü doğum, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği ve konjenital anomaliler ile çocukluk dönemindeki bazı malign hastalıklara neden olmaktadır. İşyeri ortamı kaynaklı çeşitli psikososyal risk etmenleri de (monoton iş, mobbing, stres v.b.), spontan düşük, erken doğum ve gebelikle ilgili komplikasyonlara neden olmaktadır (1,3,6,13,9,10,49,50,59). Ayrıca annenin gebelik sırasında ya da doğumdan sonra maruz kaldığı, bazı toksik maddeler, anne sütüne geçerek anne sütü ile beslenen çocuk için risk yaratabilir (58).

HAMİLE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MESLEKİ RİSKLERİNİN GEBELİK VE FETÜS ÜZERİNE ETKİLERİ

Sağlık Çalışanı

Sağlık hizmetleri; değişik bölümleri olan ve çeşitli mesleklere mensup kişiler tarafından sağlanan hizmetlerdir. DSÖ tarafından belirtilen sağlık meslekleri, 29 değişik alandaki çalışanları içermektedir. Bu mesleklerden bazıları doğrudan sağlık hizmeti sunan, bir kısmı ise sağlık hizmetine dolaylı katkıda bulunan meslek mensuplarıdır (60). DSÖ kayıtlarına göre Dünya’da 59,2 milyon sağlık çalışanı vardır (61). 2012 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre Ülkemizde; 129.772’si hekim, 21.404’ü diş hekimi, 26.571’i eczacı, 134.906’sı hemşire, 53.496’sı ebe, 122.663’ü diğer sağlık personeli ve 209.736’sı diğer personel ve hizmet alımı personeli olmak üzere toplam 698.518 sağlık çalışanı görev yapmaktadır (62). ABD’deki toplam işgücünün %4’ünü hastane sağlık çalışanları oluşturmakta, Avrupa ülkelerinde her iki hekim ve hemşireden birisi, Türkiye’de ise yaklaşık %70’i hastanede çalışmaktadır (63).

Çalışanın sağlığı ve güvenliği bakımından, sağlık kurumları önemli riskler taşıyan kurumlardır (64-66). Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak, günümüzde her çalışanın sahip olması gereken bir insanlık hakkıdır.

Sağlık çalışanlarının sağlık ve güvenlik riskleri diğer tüm sektörlerden daha fazladır (66-68). 365 gün ve 24 saat hizmet veren sağlık kurumlarında çalışan sağlık profesyonelleri, çalışma ortamı ve koşulları nedeniyle mesleklerini icra ederken çok çeşitli sağlık-güvenlik risk ve tehlikeleri ile karşı karşıya kalmaktadır (65,67-70).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu, hastanelerdeki tehlike ve risklerin herhangi bir çalışma alanı belirtmeksizin sınıflandırılması gerektiğini önermiştir. Bu kapsamda sağlık çalışanları hastanelerde:

- a) Biyolojik riskler (Hepatit-B (HBV), tüberküloz, insanda immün yetmezlik virüsü (HIV/AIDS) ve diğer bulaşıcı hastalıklar gibi),
- b) Fiziksel riskler (aydınlanma, gürültü, iyonizan radyasyon gibi),
- c) Kimyasal riskler (anestezik gazlar, sitotoksik ilaçlar, sterilizasyon malzemeleri gibi),
- d) Ergonomik riskler (uygun olmayan çalışma ortamı gibi tasarımdan kaynaklanan),
- e)Psikososyal riskler (ilaç, alkol, madde bağımlılığı, stres, şiddet gibi) gibi çeşitli sağlık riskleri ile karşı karşıyadır (65,66,70,71).

Sağlık çalışanları bu risklerden dolayı hastalanmakta, yaralanmakta, sakat kalmakta veya ölmektedirler. Birçok araştırmada sağlık personelinin güvenli olmayan çalışma ortamı nedeniyle yaralandığı, sağlık sorunları geliştiği ve şiddet olaylarının arttığı belirtilmektedir (11,64,66,72-76). Sağlık çalışanları bu yaralanmaları takiben önemli mortalite ve morbititeye neden olabilen Hepatit B, Hepatit C ve HIV bağlı enfeksiyon hastalıkları (71,77), dermatit, varis, kanser gibi meslek hastalıklarından dolayı mağdur oldukları da belirtilmiştir (74).

Hamile Sağlık Çalışanları

Sağlık sektöründe hemşirelik ve ebelik gibi bazı çalışma alanlarının hemen tümüyle kadına özgü meslekler olarak görülmesiyle birlikte (6), diğer sağlık mesleklerinde de çok sayıda kadın çalışan bulunmaktadır. Sağlık sektöründe kadın çalışan sayısının fazla olması nedeniyle bu kurumlarda hamile çalışanlar ile karşılaşmak olağan bir durumdur. Dolayısıyla çalışma ortamındaki mesleki riskler, hamile kadınlar ve taşıdıkları fetüs için bir risk unsuru olabilmektedir. Çünkü, işyerinde hamile bir çalışanın mesleki bir riske maruz kalması sadece kendi sağlığı açısından değil bebeğinin sağlığı açısından da büyük önem taşımaktadır (11,78).

Özellikle sağlık hizmetlerinde önemli bir çoğunluğunu sağlayan 24 saat sürekli hasta bakımından sorumlu olan hemşireler/ebeler bir taraftan sağlık hizmeti sunarken, öte yandan hizmetin özelliğinden kaynaklanan nedenlerle çeşitli risk ve tehlikelere maruz kalmaktadır (65,66,68). Literatür bilgilerine göre sağlık sektöründeki bazı mesleki risklerin üreme sistemi üzerinde etkisi olduğu belirtilmektedir (1, 6,10,58).

Çalışmalara göre; radyasyon, anestezik gazlar, antineoplastik ilaçlar, enfeksiyonlar ve ayakta çalışma gibi risk faktörlerinin hamile çalışanların gebelik ve doğum sonucunu etkilemektedir. (6,49,78).

Özellikle hamileliğin ilk trimesterinde bu risk faktörleri ile karşılaşılırsa fetüs daha fazla etkilenmektedir. Bu dönemde geçirilen kızamıkçık enfeksiyonu, radyasyon, başta antineoplastik ilaçlar olmak üzere ilaçlara maruziyet, vardiyalı çalışma gibi faktörler hamileler için risk faktörüdür. Bu risklere maruz kalan hamile çalışanlarda; spontan abortus, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, konjenital malformasyonlar ve neonatal ölüm riski daha fazla görülmektedir (1,6-8,13,78). Mesleki risklere maruz kalan kadınlarda gelişen; hipertansiyon, yorgunluk, uykusuzluk, stres, mide sorunları gibi sağlık sorunları da hamilelik döneminde kadının daha fazla etkilenmesine neden olmaktadır (8,19,20). Ayrıca, gebelik sırasında annede meydana gelen; solunum kapasitesinin ve kalp hızının artması, sindirim kanalı motilitesinin azalması ve pasajın yavaşlaması, vücudun yağ kütesinin artması vb. gibi fizyolojik değişiklikler, anne ve bebeğin çevre faktörlerinden daha çok etkilenmesine yol açar (9). Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi'nin (CDC) "İşyerindeki Risklerin Kadın Üreme Sağlığı Üzerindeki Etkileri" kitabında sağlık çalışanlarının mesleki risklerinin hamilelik süreci üzerindeki etkisi ve önlemler özet şekilde sunulmuştur (Tablo 2), (Tablo 3) (79).

Tablo 2. Sağlık alanındaki biyolojik risklerin hamileler ve fetüs üzerine etkileri

Biyolojik ajanlar	Riskler	Önlemler
Hepatit B	Düşük doğum ağırlığı	Aşılama
HIV	Düşük doğum ağırlığı, çocukluk çağı kanseri	Genel koruyucu önlemler
Rubella	Doğum defektleri Düşük doğum ağırlığı,	Hiç bağışıklığı yoksa gebelik öncesi aşılanma
Su çiçeği	Doğum defektleri Düşük doğum ağırlığı,	Hiç bağışıklığı yoksa gebelik öncesi aşılanma
Herpes simplex	Hamilelik ve emzirme döneminde bebeğe bulaşma	Maruziyetten kaçınmak ve Kişisel koruyucu kullanımı
Tüberküloz	Hamilelik ve emzirme döneminde bebeğe bulaşma, Düşük doğum ağırlığı	Maruziyetten kaçınmak ve Kişisel koruyucuların kullanımı
Parvovirüs B19	Bebek için ciddi anemi, Düşükler	Maruziyetten kaçınmak ve Kişisel koruyucu kullanımı
Sifiliz	Hamilelik ve emzirme döneminde bebeğe bulaşma	Maruziyetten kaçınmak ve Kişisel koruyucu kullanımı
Sitomegalovirüs	Düşük doğum ağırlığı Konjenital anomaliler Gelişimsel hastalıklar	İyi hijyen uygulamaları, el yıkama

Kaynak: www.cdc.gov/niosh/docs/99-104/.../99-104.pdf.

Tablo 3. Sağlık alanındaki risklerin hamileler ve fetüs üzerine etkileri

Tehlike	Riskler	Önlemler
Kimyasal ajanlar		
Anestezik gazlar	Spontan abortus	Solunum sistemi koruyucuları
Antineoplastik ilaçlar	Spontan abortus, infertilite, intrauterin gelişme geriliği	Hamilelik sırasında maruziyet minimize edilmeli
Etilen oksit	Düşükler	Maruziyet azaltılmalı, solunum yolu korunmalıdır
Fiziksel ajanlar		
Gürültü	Düşük doğum ağırlığı Düşükler Doğum defektleri Erken doğum Gelişimsel hastalıklar	Gürültüden kaçınılmalı Gürültü seviyesi en aza indirilmeli
İyonizan radyasyon	İnfertilite Düşükler Doğum defektleri Düşük doğum ağırlığı Gelişimsel hastalıklar Çocukluk çağı kanserleri	Hamilelik ve emzirme döneminde tamamen kaçınılmalı
Non iyonizan elektromanyetik radyasyon	Radyofrekanslarına fazla maruziyet vücut ısısını yükselterek zarar verebilir	Sınır limit değerler aşılmamalıdır
Aşırı soğuk ve sıcaklar	Düşükler Erken doğum Dehidratasyonun artmasıyla emzirme bozulabilir	Ortamdan kaçınılmalıdır.
Şok, titreşim veya hareket	Düşükler Erken doğum Düşük doğum ağırlıklı bebek	Bütün vücut titreşiminden kaçınılmalı Karın bölgesindeki şok ve sarsıntılar olmamalı
Ergonomik faktörler		
Ağır kaldırma	Düşük doğum ağırlığı Erken doğum Spontan abortus	Ağır objelerin kaldırılmasından kaçınılmalı
Uygunsuz duruş	Erken doğum Spontan abortus	Sandalye ve iş desklerinin uygun olması
Uzun süre ayakta ve oturarak çalışma	Gebeliğin sonlarında düşük Prematüre doğum	Günde 3 saatten az oturma Uzun olmayan yürüyüşler yararlıdır.

Kaynak: www.cdc.gov/niosh/docs/99-104/.../99-104.pdf.

Fiziksel Risk Etmenlerinin Gebelik ve Fetüs Üzerine Etkisi

Sağlık kuruluşlarında, işyeri ortam faktörü olarak fiziksel faktörler önemli yer tutar. Hastanede hastalar ve sağlık çalışanları için fiziksel tehlikeler grubunda en yaygın olanlar; radyasyon (iyonize, ultraviyole, infra-red, elektromanyetik vb. radyasyon, radyoaktif madde ve ışınımlar), gürültü, aydınlanma, elektrik düzeneği, kaygan zemin, sıcak/soğuk, havalandırma, vibrasyon ve tozun olduğu belirlenmiştir (9,76,26,56).

Gürültü: Sağlık kuruluşlarının gürültüsüz olması arzu edilir. Hastaların yattıkları bölümlerde ses düzeyi 35-45 dBA düzeyini aşmamalıdır. Bununla birlikte özellikle çocuk kliniklerinde, acil servislerde hasta ziyaret saatlerinde, kalabalık polikliniklerde ve bazı işlemler sırasında gürültü olabilmektedir (9,80). Örneğin laboratuarda santrifüjde çalışırken 51-82 dBA, ameliyathanede cerrahi aletlerin çarpışması 78 dbA, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümünde egzersiz aletleri 70-85 dbA, diş hekimlerinin kullandıkları, dakikada 300-400 bin devirde dönen cihazlar 85-90 dBA gürültüye yol açmaktadır (9). Ambulans sireni 120 dBA gürültü oluşturmaktadır (7). Amerikan Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) 8 saatlik çalışma süresinde 100-10000 Mhz ve 85 dbA ve üzerini tehlikeli ve gürültülü iş ortamı olarak tanımlamış olup (7,80) ses düzeyi 65 dBA ve üzerinde olduğunda insanların büyük bir çoğunluğunun gürültüden rahatsız olduğu saptanmıştır (80).

Fetüs, uterus içindeyken çevredeki sesleri algılamaktadır. Hatta bazı testlerde fetal tepkiyi değerlendirmek amacıyla ses dalgalarının kullanıldığı bilinmekle birlikte (7) fetüsün çevresel seslerden etkilendiğine dair tartışmalar sürmektedir (80). 80 dBA ve daha yüksek sese maruziyet, fetüste işitme problemi gelişmesine neden olabilir. Ancak yüksek sesin, sadece işitme problemi dışında, fetal riskler yönünden de önemli olduğu belirtilmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi, hamilelik döneminde mesleki gürültüye maruz kalma ve erken doğum arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirmiştir (7). Yüksek sesin fetüs üzerindeki etkisi; intrauterin gelişme geriliği ve prematüre doğum, maternal etki genellikle spontan abortustur (10,80). Erken doğuma bağlı olarak, yeni doğanların düşük doğum ağırlıklı doğduğu ve diğer bebeklere oranla ortalama 500 gr daha az ağırlığa sahip olduğu saptanmıştır (8). Gürültü, çalışanlar için bir stres faktörü olarak algılanmakta ve özellikle kadın çalışanlarda adet düzensizliklerine, hamilelik döneminde hipertansiyon ve buna bağlı sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (10).

Sıcaklık-Hava: Hastanede ameliyathanelerin sıcaklığının 20-24 °C, hasta odalarının 22-24 °C, yoğun bakım ünitelerinin de 24-27 °C dolayında olması önerilmektedir (68). Çalışma ortamlarında daha çok sorun olan yüksek sıcaklık konusudur. Vücut sıcaklığındaki çok küçük değişimler bile insanın konforu, fizik ve mental fonksiyonları bakımından önemlidir (57). Isı artışı ile birlikte; çalışanlarda periferik damarlarda genişleme olur, vücuttan ısı kaybını artırmak için terleme artar. Aşırı sıvı ve elektrolit kayıpları ile beraber kramplar gelişir ve kişi kendini yorgun hisseder. En çok gelişen sağlık sorunları; ısı yorgunluğu, ısı krampları ve sıcak çarpmasıdır (9). Sıcak çalışma ortamları gebelik döneminde de risklidir. Çünkü hamile kadınlar, çevre ısısının artmasından çabuk etkilenirler. Isı artışı ile fetal metabolik hızı da artırır. Annenin termoregülatuar sistemi fazla ısıyı ortadan kaldırmaya çalışır, başarılı olamazsa bu durum fetal sıcaklığının yükselmesi ile sonuçlanır. Bu durum teratojenik olmamakla birlikte spontan abortus ve erken doğum için risk oluşturur (81).

Hastane içindeki hava; toz vs. yanında mikroorganizmalarla da kirlenme riski taşımaktadır. Bazı bakteriler, bağıl nemi yüksek olan hava koşullarında, daha uzun süre yaşarlar. Bu nedenle; havalandırma sisteminin iyi olması hasta ve çalışan personelin sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (73).

Radyasyon: Radyasyon kavramı hem elektromanyetik hem de partiküler radyasyon alanlarını kapsar. Bunlardan elektromanyetik radyasyonun bir bölümü partiküler radyasyon, ulaştıkları hücrelerde iyonlaşmaya neden olduklarından bu gruba özel olarak “iyonizan” radyasyon adı verilir. Çalışanlar açısından hem iyonizan hem de iyonizan olmayan radyasyon etkilenimi söz konusudur. Ancak radyasyona bağlı sağlık sorunları açısından, iyonizan radyasyon daha önemlidir (9, 82,83). Yüksek dozda radyasyona maruz kalındığında, bir takım somatik etkiler gözlenir. Bu sağlık etkileri dozun büyüklüğüne ve vücudun ışınlanan bölgelerinin özelliklerine göre farklı tiplerde ortaya çıkabilir (84).

Radyasyonun hamilelik döneminde zararlı etkilerine yönelik pek çok çalışma ve kanıtlar vardır (1,85). Özellikle iyonizan radyasyon fetüste; teratojenik etki, fetotoksik etki, karsinogenezis, germ hücre mutasyonu ve genetik etkilere neden olabilir. Radyasyonun teratojenik etkileri doz bağımlıdır (84,86). Yapılan çalışmalarda hamilelik döneminde, yeteri kadar radyasyon maruziyeti söz konusu ise düşük ve ölü doğum riski artar, fetüsta konjenital hastalık riski gelişebilir, malformasyon, büyüme geriliği, nöro-davranışsal bozukluk ve çocukluk çağı kanser gelişimini artırır (1,6,8,9,84,87). Ayrıca radyasyonun, lösemi riskinde %32 oranında artışa neden olduğu ve çocukluk çağı lösemisini de arttırdığı bildirilmiştir (87).

Hamilelikte radyasyonun etkisi, fetüsün gelişim evresine de bağlıdır (84,86). Evreye bağlı olarak ölü doğum, intrauterin gelişme geriliği, bebekte nörolojik sorunlar (mikrosefali, zeka geriliği, felç) ve doğumsal defektler görülür (10,60,88). Gebeliğin ilk iki haftası içinde önemli riskler, “ya hep - ya hiç ” kuralına göre olup; ya herhangi bir etki oluşturmaz ya da gebelik ürününün kaybına neden olur (83,86,87). İlk trimesterinde, yüksek doz radyasyon maruziyeti büyük olasılıkla gebelik kaybı ile sonuçlanır. Çünkü bu aşamada, fetal büyüme çok hızlıdır (8,87,88). Gebeliğin 3. ve 4. haftalarındaki etkilenmeler en çok öldürücüdür. 4.- 8. haftaya kadar olan etkilenmelerde malformasyon ve gelişme geriliği riski yüksek, mikrosefali, katarakt, büyüme geriliği ve bilişsel bozukluk ile ilişkili sorunlar, 8.-15. haftalar arası dönemdeki etkilenme; büyüme geriliği ve 16. haftadan sonraki etkilenmeler entelektüel bozulmaya yönelik risklerin gelişmesine neden olmaktadır (6,7,86).

Radyasyon maruziyeti, hastanelerde taşınabilir x-ray makineleri ve makinelerin bakım odalarında da olmaktadır. Özellikle yoğun bakım, acil servis ve çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümlerinde çalışan hemşirelerin, iyonizan radyasyonla karşılaşma potansiyellerinin yüksek olduğu ve riskler açısından gözlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Bazı araştırmacılar sağlık çalışanları için, yanlışlıkla ya da öngörülemeyen risklerin varlığı söz konusu olabileceği için özellikle hamilelerin kendilerini ve bebeklerini korumaları için çağrıda bulunmuşlardır (6).

Fiziksel ajanlar arasında, son iki yılda en çok dikkati çeken bir başka konu elektromanyetik alanlardır (non-iyonizan radyasyon) (10). Elektromanyetik alanların da kadın üreme sistemini etkileyebileceği ve spontan abortus, doğumsal anomali (6,8,89) ve çocukluk çağı kanserlerine yol açabileceği düşünülmektedir (6). DSÖ, elektronik endüstrisinde çalışanlarda prematüre, düşük doğum ağırlığı gibi sağlık sorunları görüldüğünü bildirmektedir, ancak benzer etkilerin, işyerindeki solvent vb. maddeler tarafından da oluşturulabileceğini de belirtmektedir (89).

Kaygan zeminler: Hastanelerde yaşanan iş kazalarının önemli nedenlerinden biri zemin özellikleridir. Düşmeler iş kazalarının önde gelen nedenidir. Gebelik döneminde yaşanan travmalar, düşme ve kaymalara bağlı yaralanmalar hem annenin hem de bebeğin sağlığı için tehdit oluşturmaktadır. Gebeliğe bağlı anatomik ve fizyolojik değişikliklere bağlı olarak gebeliğin 5. ve 7. aylarında düşmeler pik yapar ve düşmelere bağlı kırıklar ve ciddi yaralanmalar oluşabilmektedir (1). Gebelik döneminde yaşanan ağır travmalar, fetal ölümlere de neden olabilir (90,91). Minör travma sonucunda maternal bir yaralanma izlenmese de, fetal kayıplar, ölü doğumlar ve neonatal ölümlerle karşılaşılabilir.

İlk trimesterde uterus pelvis içinde olduğundan ve amniotik sıvı fetüs için travmalara karşı tampon görevi üstlendiğinden, bu haftalarda indirekt fetal yaralanma ve ölümler daha sık oluşur. Uteroplental akımın bozulması sonucu oluşan embriyo kayıpları, kazadan haftalar ve aylar sonra da görülebilir. İlerleyen gebelik haftalarında da uterus ve fetüs kolaylıkla yaralanabilmekte, ölü doğum ve erken doğum için risk faktörü oluşturmaktadır (91).

Biyolojik Risklerin ve Gebelik Ve Fetüs Üzerine Etkisi

Sağlık personelinin günlük çalışmaları sırasında en çok karşılaştıkları ortam faktörü mikroorganizmalardır (70,92). Sağlık çalışanları çalışma ortamlarındaki vücut sıvı ve salgıları ile temas halinde olmaları nedeniyle, bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski altındadırlar (93,94). Tehdit oluşturan enfeksiyon etkenleri, kan ve vücut sıvıları ile temas sonucu açık yaradan, mukozalardan veya iğne batması ile ciltten olup (95) Hepatit B, Hepatit C ve HIV virüsleri önde gelmektedir (92). Diğer etkenler arasında hastalar tarafından solunan havaya bırakılan ve havada asılı kalan damlacık ve damlacık çekirdeği yer almaktadır. Bunlar arasında; influenza, tüberküloz, kızamık, kızamıkçık, su çiçeği önemlidir (71). Bununla birlikte; solunum, kan ya da deri yolu ile bulaşabilen viral, bakteriyel, protozoal hastalıklar, gastrointestinal sistem enfeksiyonları, herpes simplex, meningokok enfeksiyonu, difteri, varicella zoster, parvovirus B19, sitomegalovirus, kan ve kan ürünleriyle iğne, bisturi ucu vb. kesici-delici-batıcı yaralanmaları vardır (70,85,92).

En önemli etki olan immünoşüpresyon sonucu gebelerde enfeksiyona duyarlılık artar (96). Enfeksiyon etkenleri dahil bazı çevresel faktörlerin gebelik için bazı olumsuz sonuçlara neden olduğu bilinmektedir. Özellikle ilk trimesterinde geçirilen enfeksiyonlar, fetal organların gelişiminde teratojenik etki yaratır. Yan etkiler, enfeksiyonun tipi, zamanı ve gebelik yaşı ile değişebilir. Enfeksiyonların; spontan abortus, fetal ölüm, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, merkezi sinir sistemi anomalileri, göz bulguları ve konjenital kalp kusurları da dahil olmak üzere, doğum kusurlarına neden olduğu bildirilmiştir (97). Enfeksiyon ile oluşan yüksek ısı sonucu gelişen nöral tüp defektleri en sık görülen doğumsal anomalilerdir (8).

Bu etkiler kısaca TORCH (T=toksoplazmozisi, R=rubellayı, C=Cytomegalovirüsü ve H= Herpes simplex) adı verilen enfeksiyonlarla ortaya çıkmaktadır. O (İngilizcede “others”) diğerleri anlamında kullanılmaktadır ve HBV, Leptospirozis, Epstein Barr Virüs, HIV ve Human Parvovirüs B19’u içermektedir (19). Sitomegalovirüs (CMV), kızamıkçık, parvovirus

B19, herpes ve toksoplazma gibi bazı enfeksiyonların teratojenik olduğu kanıtlanmıştır (6,78,97).

Rubella (kızamıkçık); hamileliğin özellikle ilk trimesterinde geçirilen kızamıkçık enfeksiyonu; fetal ölümlere veya konjenital kalp hastalıkları, mikrosefali, katarakt, işitme sorunları, hepatosplenomegali ve prematüre doğum gibi anomalilere neden olur. Doğum sonrası bebeklerde aktif enfeksiyon görülür (19,20,38,98).

Sitomegalovirüs (CMV); solunum ya da cinsel temasla bulaşan yaygın rahim içi bir enfeksiyondur, Gebelikte, CMV gelişmesi plasentanın fetüse oksijen ve besin sağlama yeteneğini bozarak, bebeklerin yaklaşık % 10'unda intrauterin gelişme geriliği, hidrosefali, mikrosefali, intrakranial kalsifikasyonlar, hepatomegali, körlük ve sağırılığa, mental retardasyona, peteşilere ve hepatosplenomegaliye neden olur (19,20,38,98). Gelişmiş ülkelerde fetal anomalilerin önemli nedenlerinden biri olarak görülmektedir (1,6).

Toksoplazma; bir paraziter hastalık olup, gebelerde habitüel düşüklere yol açtığı gibi, fetüsün merkezi sistemini etkileyerek; mental gerilik, hidrosefali, mikrosefali, görme bozuklukları, konjenital anomalilere yol açar (19,20).

İnsanda immün yetmezlik virüsü (HIV); kan ve vücut sıvıları ile, cinsel yolla ya da anneden bebeğe doğum sırasında bulaşabilir. AIDS'li bir kadın gebe kalmamalıdır. HIV ile enfekte annelerin, virüsü, bebeklerine doğumdan önce plasenta yoluyla, doğum sırasında servikal salgılarla doğum sonrasında ise emzirmeyle bulaştırdığı belirlenmiştir (19,98).

Influenza A (H1N1); özellikle 3. trimesterinde geçirilen influenza enfeksiyonu; astım, pnömoni, reye sendromu ve kardiyopulmoner komplikasyonlar gibi sağlık sorunlarının gelişmesine neden olur (6,92,98). Ayrıca Influenza A H5N1 ve H1N1'in plasentadan geçebildiği saptanmıştır. Bu enfeksiyonu geçiren hamilelerde; spontan abortus ve erken doğum oranlarının daha yüksek olduğu, konjenital anomaliler ve çocukluk çağı lösemileri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. ABD'de 2009 yılındaki H1N1 pandemisinde hamile kadınlarda komplikasyon ve mortalite riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Hastanede çalışan hamileler, aynı yaştaki diğer kadınlarla karşılaştırıldığında morbidite riskinin dört kat, mortalite riskinin de yedi kat daha fazla olduğu saptanmıştır (92).

Hepatit B Virus; tüm sağlık alışanlarının Hepatit B Virusu (HBV) maruziyeti olasılığı çok yüksektir. Hepatit B ile kontamine olmuş kan ve vucut sıvılarından, sağlık personeline bulaş olabilir. Bulaşın onlenmesinde standart enfeksiyon kontrol önlemleri mutlaka alınmalıdır. Gebenin Hepatit B antijeni seropozitifliğinde perinatal geçiş %90'lara kadar yükselmektedir (78) Perinatal geçişle beraber yenidoğanın kronik HBV enfeksiyonuyla doğma olasılığı yükselir. HBV maruziyetinde gebelerle gebe olmayanlara yaklaşım arasında fark yoktur. Maruziyet durumunda aşı ve immunglobilin tedavisi yapılır (98). Eğer gebede klinik olarak HBV gelişirse gebe olmayanlara gore cok daha ağır seyreder. HBV aşısı yapılan sağlık çalışanı koruyuculuk acısından antikor titresinin guvenilir sınırlarda olduğu kontrol edilmelidir. Doğumda yenidoğana HBV immunglobilin ve aşısı yapılmalıdır, emzirme kontrendike değildir (78,99).

Gebelikte tüberküloz; etken plasenta yoluyla fetüse geçebilir ve konjenital tüberküloz olgusu ile karşılaşılabilir (100-103). Doğumda apgar skoru normaldir ancak, düşük doğum ağırlığı, ikinci haftadan sonra hareket azlığı, solukluk, hipersensibilite ve beslenme sorunları görülmeye başlar (101,103). Gebelikte düşük, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, perinatal ve neonatal ölüm oranı ve (101,102) anne ölümleri yüksektir (100).

Kimyasal Risk Etmenleri ve Gebelik Ve Fetüs zerine Etkisi

Günümüzde alışma hayatında kullanılan kimyasal madde sayısı, yzbinin üzerindedir. Pek çok kimyasal madde, sağlık üzerindeki etkileri yeterince değerlendirilmeden piyasaya sürülmekte olup, halen kullanılmakta olan çoğu kimyasalın, üreme üzerine toksisitesi olup olmadığı değerlendirilmemiştir (8). Kimyasalların sadece 400 kadarının üreme sistemi üzerinde etkisi olduğu bilinmekte öte yandan sayıları yzbininin üzerinde olan kimyasal maddelerin 95 000'i ise bu açıdan değerlendirilmemiştir (8,9,58,94,104).

Sağlık alışanlarının karşılaştığı kimyasal tehlike ve riskler arasında; anestezi gazları, kemoterapötik ajanlar, iyotlu bileşikler, solüsyonlar, sitostatik ilaçlar, dezenfektanlar, antiseptikler, sterilizasyon işlemleri sırasında kullanılan sıvılar, etilen oksit, boya ve çözücüler, etil alkol ve türevleri, formaldehit, iyotlu bileşikler ve lateks ürünler yer almaktadır (6,9,10,49,57,71). Kimyasal etkenlerin tek başlarına ve birlikte olası etkileri vardır. Kimyasalların cilt teması ya da inhalasyonu ile çalışan bu etkene maruz kalmaktadır. Kimyasal tehlikelerin etkisi, maddenin yoğunluğuna, maruz kalma süresine, maruziyet yoluna ve kimyasalların özelliğine bağlıdır (70). Pek çok kimyasal madde, solunum sistemi,

böbrekler, üreme sistemi, periferik ve merkezi sinir gibi birçok sistemi ve organı etkilemekte ve önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır (68,105).

Oluşabilecek sağlık sorunları arasında; dermatozlar, egzema gibi deri irritasyonları, alerjik olaylar, solunum yolu ve göz irritasyonları, olası kanserojen ve mutajen etkiler, toksik etkiler, uyku hali, baş ağrıları, görme bulanıklığı, üriner enfeksiyonlar, erkek ve kadında çeşitli fertilité problemleridir. Teratojenik özelliğe sahip olan bu maddelere maruziyet ile; spontan abortus, erken doğum, ve ölü doğum gerçekleşebilir (1,8,9,70,105,106).

Anestezik gazlar: Özellikle ameliyathane ve dış ofisinde çalışanlar her gün küçük miktarlarda anestezik gazlara maruz kalmaktadırlar (8). Küçük miktarlarda olsa da, sürekli maruziyet sonucunda fetal etkilenmelerin olduğu bilinmektedir (1,8,9). Gebelik öncesindeki maruziyetler ile özellikle infertilite, gebelik döneminde de spontan abortus, düşük doğum ağırlıklı bebek olguları daha sık görülmektedir (8-10,104).

Sterilizasyon malzemeleri: Bu alanda en çok kullanılan; etilen oksit, formaldehit, glutraldehit gibi maddelerdir. Bu maddelere bağlı olarak gözler ve solunum yollarında irritasyon, karaciğer toksisitesi, nöropati ve gebelik seyrinde bazı olumsuzluklar rapor edilmektedir. Etilen oksit solüsyonları ile doğrudan temas, birkaç saatlik latent periyodu takiben ciddi düzeyde irritasyon, yanıklar ve kontakt dermatit ile sonuçlanabilir (105). Akut maruziyet sonrası, mesleksel astma olguları da rapor edilmiştir. Kronik maruziyet sonucu; üreme sağlığına etkiler, nörotoksik etkiler ve karsinojenik etkiler gözlenebilmektedir. Etilen oksitin deney hayvanlarında üreme sistemi üzerine toksik etkiye sahip olduğu, insanlarda da kronik maruziyet durumlarında üreme sisteminin olumsuz (menstrual düzensizlikler) etkilendiği bilinmektedir (49,105,106). Etilen oksit maruziyetinin düşük, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, ve konjenital anomali riskini arttırabileceği de belirtilmektedir (106).

Üreme sistemi üzerinde olumsuz etkiler gösteren formaldehitin, germinal hücrelere zarar vererek fertilité problemlerine yol açtığı, testislerin yapısını bozduğu, sperm sayısı ve serum testosteron düzeylerinde azalmaya neden olduğu bildirilmiştir (107). Ancak yaygın kullanılan bazı organik çözücülerin (kloroform, etanol, formaldehit) üreme sistemi üzerindeki etkisini ölçmek zordur. Organik çözücülere maternal maruziyet; spontan abortus ve erken doğum riskinde artış (6,104), çocuklarda nörobilişsel engellilik (dil ve davranış) durumu ile ilişkili sorunlara yol açabilir (6).

İlaçlar: Sağlık alanında kullanılan ilaçlar, bu ilacı uygulayanlar bakımından da tehlikeleri olmaktadır. Bunlar arasında en önemli olanlar kemoterapi amacı ile kullanılan ilaçlardır. Sağlık çalışanları; antineoplastik ilaçların hazırlanması, taşınması, uygulanması, depolanması ve atıkların yok edilmesi sırasında inhalasyon ya da cilde doğrudan temas ile bu ilaçlara maruz kalabilmektedirler (72). Antineoplastik ilaç türlerinin, dozlarının, kullanım sıklığının, kombinasyon kullanımının yaygınlaşması sonucu, mesleki risklerin arttığı bildirilmektedir (1,6,72). Antineoplastik ilaçların fetotoksik (teratojenik), mutajenik, karsinojenik, orgonotoksik etki gibi uzun dönemde ortaya çıkabilecek etkileri olabilmektedir. Antinoplastik ilaçların üreme sistemi toksisitesi olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Bu tür ilaçlarla çalışanlarda infertilite problemleri ve menstural sorunlar gelişebilmektedir (108). Antineoplastik ilaçlara mesleki maruziyet, spontan abortus için bir risk faktörüdür (10). Bu ilaçlar, hemşirelerin gebelik sonuçlarını etkilemekte, düşük doğum ağırlıklı bebek ve fetal kusurlara neden olabilmektedir (49). Ayrıca bu ilaçları uygulayan hemşirelerde malign hastalık görülme olasılığının yüksek olduğu bildirilmektedir (9).

Mesleki maruziyet ile üreme sistemi için risk olan bir diğer ilaç aerosol ilaçlardır. Bu ilaçlar da DNA ve RNA üzerinde etkiye sahip olup gelişmekte olan fetüse zarar verebilmekte bu nedenle hamileler için teratojenik olarak kabul edilmektedir (6, 109).

Ergonomik Risklerin Gebelik ve Fetüs Üzerine Etkileri

Ergonomi yaşam koşullarının, insanın özelliklerine uygun hale getirilmesi, yaşamın insancılaştırılması anlamında, geniş bir alana sahiptir. Amacı; insanın işe değil, işin makine-araç ve gereçlerin, işyerindeki çalışma koşullarının insan niteliklerine uygun hale getirilmesidir (9,56). Çalışanın sağlığı ve performansı üzerinde iş yükü, vardiyalı çalışma, gece çalışma, çalışma dinlenme süreleri, aydınlatma, sıcaklık, gürültü, karışıklık/karmaşa, hastaya erişim, uygun alet kullanımında yetersizlik, insan makine etkileşimi, kişilerarası ilişkiler gibi faktörler etkilidir (110).

Sağlık personeli arasında ergonomik sorunlar, önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Hemşireler; bakım fonksiyonları gereği, hastaları kaldırmak, döndürmek, sıkışık mekânlarda vücut postürlerini zorlayarak bakım vermek, uzun süre ayakta kalmak ve bunları her gün defalarca tekrarlamak zorundadırlar (111,112). Bu hareket ve fonksiyonlar; işe bağlı olarak zorlayıcı bir şekilde yapıldığında, sık tekrarlandığında, daha da önemlisi, hareketler arasında dinlenmeye izin vermeyecek ölçüde, hızlı ve seri biçimde tekrarlandığında, kas gerginliği oluşarak, kas iskelet sistemi sorunlarına yol açabilmektedir (63).

Hamilelerde kas iskelet sistemi rahatsızlıkları yaygındır. Çünkü gebelik döneminde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler sonucu, vücudun ağırlık merkezi değişir ve son trimesterinde hareket zorlukları meydana gelir. Fetüs geliştikçe hamile kadınların, ayakta duruş şekli değişir ve zamanla karın kasları ve bel omurları üzerine artan yük artışı ile lomber lordoz oluşmaktadır (113). Hamile kadınlar özellikle sırt ve bel ağrısı sorunu yaşamakta ve bu ağrılar kadının çalışma yeteneğini oldukça sınırlamaktadır (114). Bu tür ağrıların oluşmasına; çeşitli biyolojik, sosyal, biyomekanik ve mesleki faktörler, postür değişiklikleri katkıda bulunur (114). Diğer bir neden ise hamilelik döneminde artan progesteron hormonu, doğuma hazırlık için bağ dokularını gevşetmekte, bu durum aynı zamanda, kaldırma, çekme veya itme gibi ağır ve tekrarlanan çalışma performansı sırasında, kas iskelet sisteminde yaralanma riskini de arttırabilmektedir (6).

Literatüre göre düşük doğum ağırlığı, spontan abortus ve preterm doğum için en önemli mesleki faktörler; günde 7 saatten fazla ayakta çalışma, haftada 40 saatten fazla çalışma, ağır iş yükü, ağır kaldırma, gece çalışmasıdır (1,6,10,13,15,49). Gece çalışması genellikle 32-36 haftalık prematüre doğum olayına neden olmaktadır (15).

Literatürde ayrıca eğilme ve kaldırma ile ilgili riskler de belirtilmiştir. Bu tür çalışma ortamına sahip hamilelerde, intrauterin gelişme geriliği yaşanabilmektedir (1). Ayrıca ağır kaldırma, ayakta kalma, düzensiz çalışma saatleri, gece çalışma, gürültü, sosyal destek azlığı, psikolojik gerginlikler gebelik için birer risk faktörüdür (6,10). Bu faktörler yorgunluğun artırmakta ve gebelikte hipertansiyon gibi ciddi sağlık sorunlarını tetikleyebilmektedir (6). Gebelikte aşırı fiziksel aktivitenin fetüs üzerinde etki mekanizması açık olmamakla birlikte artan işyükü ile oksijen ve besin kaynağında azalma olmasından kaynaklanabilir (10).

Psikososyal Risklerin Gebelik ve Fetüs Üzerine Etkisi

Çalışma ortamındaki sağlık ve güvenlik faktörlerinden fiziksel, kimyasal vb olanlar öncelikli sorunlar olarak düşünülür. Oysa insan yaşamında psikolojik ve sosyal faktörlerin de çok önemli yeri vardır. Sosyal bir çevre olan çalışma ortamında çalışanlar birbirleriyle ilişki kurmak durumundadır (9,56). Bu ilişkilerin olumlu olduğu bir iş ortamında çalışmak ve üretmek, çalışanın psikososyal sağlığı üzerinde olumlu etkiler yapar. Aksi durumdaki bir çalışma ortamı sağlığı olumsuz etkiler (115). İşyerinde sağlık ve güvenlik üzerinde etkili olan faktörler arasında; stres, şiddet, iş doyumunun olmaması, çalışanlar ve yönetimden olumsuz geri bildirimler, iş organizasyonun iyi olmaması, kültürel faktörler, monoton çalışma, huzursuzluk, yönetim zayıflığı ve yetersiz liderlik sorunları sayılabilir (68).

Stres: İş stresi, bireyin yeteneklerindeki yetersizliğe, fiziksel ya da psikolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkmakta, bireyde gerilim ve bir zorlanma durumu yaratmaktadır (116). Sağlık çalışanlarında; rol çatışması ve belirsizliği, meslektaşların ve süpervizörlerin desteğinin ya da yeterli desteğinin olmaması, uygun olmayan fiziksel çevre, tıp teknolojisindeki gelişmeler, personelin uygun olmayan dağılımı, vardiyalı çalışma, sağlık bakımı vermede yeni düzenlemeler, hastalarla uzun süreli temas, karmaşık ilişkiler, insanların sağlık ve iyiliğinden sorumlu olma gibi nedenler işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır (117).

Stres genellikle endokrin sistemde etkili olmakla birlikte, kadınlarda sıklıkla menstrual düzensizliklere neden olur. İş stresinin üreme özelliklerini olumsuz etkilediği ve özellikle ovulasyon sorunlarına neden olduğu bildirilmiştir. Hemşirelerin stresli çalışma koşullarının kadın üreme sağlığı üzerindeki etkileri incelenmiş ve stresin doğurganlık özelliklerini etkilediği ve spontan abortus ve preeklamsi oluşumu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (10).

İş stresi gebelik dönemi için de bir risk faktörüdür ve karar verme kısıtlılığı olan bir ortamda çalışan kadınlarda durumluluk ve sürekli kaygı düzeyleri de daha yüksek olup, gebelik hipertansiyonu gelişme riski de bulunmaktadır (1). Yüksek iş stresi, vücutta katekolaminlerin artmasına neden olur ve gebeliğe bağlı hipertansiyonu tetikler, özellikle nulliparlarda eklampsi ve preeklampsi gelişmesini neden olur (10).

Şiddet: Sağlık kurumlarındaki şiddet “hasta, hasta yakınları, sağlık çalışanları ya da herhangi bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (117). Sağlık kurumlarında şiddet giderek büyüyen ve yeni olmayan bir sorundur. İşyerinde şiddet iş kazaları içinde değerlendirilmekte olup, şiddet ve şiddet tehdidi, hem çalışanların memnuniyetsizliğini, hem de organizasyonların yapısını etkileyen önemli bir etkiye sahiptir (95). Özellikle kadına yönelik şiddet; kadınların fiziksel, ruhsal, cinsel ve üreme sağlığı için önemli olumsuz sonuçları olan ciddi bir kişisel, sosyal ve küresel halk sağlığı sorunudur (118). Gebelik gibi fiziksel ve ruhsal sağlık risklerinin gelişmesi için hassas olan dönemde şiddete maruz kalmak hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir. Şiddete maruz kalan hamile çalışanda, gelişen strese bağlı olarak spontan abortus, kanama, fetüsün gelişmesinde fizyolojik etkiler (119), pre-eklampsi, eklampsi, hipertansiyon ve depresyon gibi sağlık sorunları yaşanabilmektedir (120). Bu sonuçlara ilaveten gebelik dönemindeki fiziksel şiddetin ölü doğum ve neonatal ölüme neden olabileceği de belirtilmiştir (118).

Hamile Sağlık Çalışanlarına Yönelik Koruyucu Yaklaşımlar

Üreme sağlığı bakımından, her iki cinsin işyeri risklerinden korunması gereklidir. Çünkü gebelik dışı dönemde de bazı maddelere maruziyet, üreme sistemine olumsuz etki yapabilir. Ancak kadınların etkilenmeleri daha fazladır. Bu nedenle kadın hayatında özel bir dönem olan gebelik döneminde; çalışma ortamında kadının desteklenmesi, sağlığının korunması ve uygun stratejilerin geliştirilmesi önemsenmesi gereken bir konudur (1).

Hamile çalışanlar; hem kendi hem de fetüsün sağlığını riske etmeden, mesleki çalışmalarına devam etmelidirler. Hamile bir hemşirenin, çalışma ortamındaki teratojenik ve fetotoksik risklerden ve tehlikeli durumlardan kaçınması genellikle zordur. Bu yüzden hastanelerde hamile sağlık çalışanı, yüksek riskli personel olarak değerlendirilir ve hamile bir hemşire gebelik kaybı yaşadığında mesleki risk etmenleri mutlaka düşünülmelidir (6,14).

Çalışanların reproduktif sistemle ilgili etkilenmelerini önlemek için, öncelikle çalışma hayatındaki genel ilkelere uyulmalıdır. Hamilelik süresince hem gebenin hem de fetüsün mesleki risklerden korunması için de özel koruyucu uygulamalar yapılır (66). Çalışan sağlığına yönelik bu tür uygulamalar hastanelerde kurulan/kurulması gereken “Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi” tarafından sağlanmalıdır (75) ve hamile sağlık çalışanının korunmasından yöneticiler de sorumludur (92). Hamile hemşirelerin çalışma ortamındaki mesleki tehlikelerinin incelenmesi, aynı zamanda, sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına da yardımcı olacaktır (6). İş sağlığı çalışmalarında temel ilke koruyucu yaklaşım olduğu için, bir yandan bireysel özellikler, öte yandan işyeri ortam faktörleri göz önünde tutularak çalışanların sağlıklarının bozulmasını önlemek ve olanaklar ölçüsünde onların sağlığını geliştirmek, daha üst düzeye çıkarmak amaçlanır. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca dört düzeyde ele alınmaktadır (9,56,57).

1. Temel Koruma (Primordial Koruma): Sağlığı bozan etkenlerin tümünden yok edilmesidir. Bu koruma yönteminde, risk faktörlerinin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik uygulamalar yapılır. Bu amaçla örn. çiçek hastalığının eradike edilerek ortadan kaldırılması, sosyo-ekonomik düzeyin geliştirilmesi, çevreye yönelik standartlar geliştirilmesi, çeşitli yasaklar ve teşvikleri içerir. Bu amaçla çalışma ortamında risk kaynağı olan etkeni (fiziksel, biyolojik, kimyasal vb.) veya aracı kaldırmak mümkün olmayabilmektedir. Ancak daha az riskli olan bir kimyasal madde veya araç var ise bunun onunla değiştirilmesi sağlanmalıdır (9,56).

Örneğin onkoloji kliniklerinde kemoterapi uygulamalarında antineoplastik ilaç maruziyetini önlemek için Biyolojik Güvenlik Kabini kullanılmalı ve yüzey kontaminasyonu azaltılmasında kapalı sistem cihazları (Luer lock bağlantılı enjektör) temin edilmelidir.

Hastanelerde termal konfor koşullarının uygun hale getirilmesi için yeterli havalandırma sistemlerinin kurulması, hastanede sessiz makinelerin kullanılması, gürültülü cihazların sese karşı izole edilmiş odalara yerleştirilmesi, gürültülü araç-gerecin sesinin kısılması ve gürültüyü emen bitkilerin (acre negundo, alnus incana, vb.) kullanılması ve radyoloji bölümlerinin ayrılması sağlanmalıdır (75). Hastanelerdeki zemin döşemesi, düz, kaygan ya da parlak olmayan, yürümede zorluk yaratmayan, gürültüyü engelleyici yapıda olmalıdır. Düşme ve çarpma şeklindeki kazaların önüne geçmek için kaza olasılığı olan durumların gözden geçirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır.

Hamile sağlık çalışanlarının riskli bölümlerde çalıştırılmaları engellenebilir. Özellikle teratojenik risk faktörlerini kapsayan bölümlerde (radyasyon, anestezi gazları, ağır fiziksel çalışma, gece nöbeti, yoğun bakım ve çocuk servislerinde) çalıştırılmamalıdır. Gebe ve fetüs sağlığı için, uygun olan işe yerleştirme sağlanmalıdır. Ayrıca hamile çalışanlar işyerindeki mesleki riskler nedeniyle işyeri değişikliği talebinde de bulunabilir. Örneğin hamile bir onkoloji hemşiresi, alternatif bir görev isteyebilir bu durumda servis değişikliği sağlanabilir. Bu konuda yasal düzenlemeler, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de mevcuttur (122,123). ABD hamile çalışanların son trimesterinde çalışması istenilmemekte ve gece vardiyası yapmamaktadırlar (6). Ayrıca gebelik süresince, embriyon ve fetüs toksik maddelere karşı çok duyarlıdır. Plasenta güvenli bir engel oluşturmaz ve gestasyonun farklı dönemlerinde, duyarlılığın düzeyi ve şekli değişir. Embriyoner dönem, organların oluşma dönemi olup, gebeliğin tesbit edildiği anda bu süreç çoktan başlamıştır. Bu nedenle hamileliğin planlı olması mesleki riske maruziyeti azaltmada daha etkili olabilir (58).

2. Birincil Koruma (Primer Koruma): Sağlığı olumsuz etkileyebilecek bir etkenin, kişiyi etkilemesini önlemek üzere alınan tüm koruyucu önlemleri içerir (9). Kişisel ya da toplumsal düzeyde hastalıklardan korunmak ve/veya sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin sağlıklı hale getirilmesi ve işyerlerinde gereken önlemlerin alınmasıdır.

Bu koruma basamağında, risk faktörleri mevcut olmakla birlikte hastalığın veya kazanın oluşmasını veya oluşursa şiddetini azaltmak amaçlanır. Mesleki risklere maruz kalma olasılığını azaltmak için, hem hamile çalışanlar hem de tüm sağlık çalışanları için aşılama, evrensel önlemler, kişisel koruyucular mutlaka uygulanmalıdır (92).

Özellikle sağlık çalışanları için önemli bir risk olan biyolojik etkenlerin sağlık çalışanlarına bulaşma yolları dikkate alınarak, uygun koruyucu önlemler ve aşılama sağlanmalıdır. Hamileler aşılama yolu ile hem kendilerini hem de bebeklerini korurlar. Hamile çalışanlar, aşıları değilse hepatit B ve grip aşıları, hamilelik sırasında güvenli biçimde uygulanabilir; inaktif grip aşısı hamileler ve emziren anneler için güvenlidir. Ancak kızamık, kabakulak, kızamıkçık, suçiçeği gibi aşılar, gebelik sırasında kontrendikedir (6).

Risklerin kontrolü ve çalışanları risklerden korumak için; koruyucu kıyafet, gözlük, maske ve eldiven gibi kişisel koruyucular mutlaka kullanılmalıdır. Uygun kişisel koruyucu malzemeler tüm personele gerekli durumlarda kullanılmak üzere temin edilmelidir. Kullanılan malzemeler, potansiyel enfeksiyon ajanlarının, deriye, ağza, göze, kıyafetlere temasını kesecek biçimde seçilmelidir. Eldivenlerin kullanılmadan önce delik olup olmadığının kontrol edilmesi, delinmeye bağlı risk maruziyetini azaltmak için çift eldiven giyilmesi daha koruyucudur. Eldivenler asla yıkanmamalı, kontamine bir temas durumunda derhal değiştirilmelidir. Herhangi bir hasar olduğunda derhal çıkarılmalı ve eller 30-60 sn sabun ve bol suyla yıkanmalıdır. Lateks alerjisi olanlar için, lateks olmayan eldivenler giyilmelidir. Koruyucu cerrahi maskeleri ve gözlükler herhangi bir kan ya da diğer enfeksiyon materyallerinin sıçraması riskine karşı kullanılmalıdır. Maskeler tek kullanımlık olmalı, bireylerin derileriyle, kıyafetleriyle ya da aerosollerle herhangi bir bulaş riski varsa, mutlaka koruyucu kıyafetler giyilmelidir. Kesici delici-batıcı cisimleri muhafaza edecek kaplar bulunmalı, kullanılan enjektörlerin iğnelerine kapakları kapatılmamalı, açık hali ile kutulara atılmalı, kutuların kapalı olması ve üzerinde biyoyük taşıdığına dair işaretler olmalıdır. İşlemlerden önce ve sonra ellerin yıkanması biyolojik tehlike ve risklerin çalışanlara zarar vermesini önleyecek başlıca önlemlerdir (60,70,71,75).

Kimyasalların kullanıldığı birimlerde, kullanılan kimyasalların listelerinin hazır ve asılı bulunması, kimyasallar ile hazırlanacak tedavinin uygun ortamda hazırlanması ve çalışma alanına yetkili olmayan kişilerin girmemesi, kimyasallara özgü kontrol rehberlerinin bulunması, doğru kullanımlarına ilişkin bilgilerin yer alması, üzerlerinde yazılı uyarıların bulunması, ortamın yeterli ve uygun biçimde havalandırılması sağlanmalıdır.

Ayrıca atıkların uygun şekilde toplanması ve yok edilmesi, kişisel koruyucuların kullanılmasına dikkat edilmesi, kimyasalların kullanıldığı ortamda sigara içilmesine izin verilmemesi, çalışanların sağlığının korunmasında önemlidir (70,71).

Tüm bu riskler, çalışanların mesleki uygulamalarında engeller oluşturmaktadır. Bu durum günümüzde önemli olmakla birlikte, kuşkusuz gelecekte de önemini koruyacaktır.

Bu tehlike ve risklerin önlenmesinde hamile çalışanlar, çalışma ortamı ve koşullarından kaynaklanan mesleki maruziyetler hakkında bilinçli olmalı ve risklerin sadece kendilerini değil aileleri ve çevrelerini de etkilediğinin farkında olmalıdır. Birincil korunma sürecinde risk yaklaşımının sağlık çalışanları tarafından algılanması oldukça önemlidir (92).

3. İkincil Koruma (Sekonder Koruma): Sağlığın bozulma olasılığı karşısında, erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması amacıyla; hastalıkların belirtisiz (presemptomatik) dönemde ortadan kaldırılmasıdır. Bu amaçla çalışanların aralıklı kontrol muayeneleri yapılmalıdır. Bu kontrollerde maruziyet düzeyi belirlenmeye çalışılır. Etkenle karşılaşan kişilerde vücut sıvıları ve örneklerinde yapılan analizler yol gösterici olacaktır (9,56). Bu amaçla çalışanlardan radyolojik ölçümler, boğaz kültürü, idrar kültürü, kan tetkikleri, dozimetri kontrolü, tüberkülin testi gibi ölçümler yönünden değerlendirme yapılması gerekir. Normalde altı ay veya bir yılda yapılan bu kontroller hamile sağlık çalışanlarında daha sık olmalıdır. Hamilelik döneminde gelişebilecek sorunların erken saptanması anne ve fetus sağlığı için hayati öneme sahiptir (9, 71, 75,104).

4. Üçüncül Koruma (Tersiyer Koruma): Sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam niteliğinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Hastalık sonucu kişide oluşan anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişikliklerle ortaya çıkan zedelenmenin, engelin olumsuz etkisini en aza indirmek için yapılan uygulamalardır. Sağlık sorunu belirlenen çalışanın tedavisinde, çalışanın sağlık sorununu etkilemeyen bir bölüme yerleştirme sağlanmalıdır (9).

Hamile bir sağlık çalışanı, bir sağlık sorunu da varsa, servis değişikliği, çalışma saati ve süresinde değişiklikler yapılmalıdır. Örneğin hamile çalışanın kanama gibi sağlık sorunları uzun süre ayakta çalışma ile artıyorsa, hamile çalışan gece nöbetlerinde çalıştırılmaz. Ayrıca hamile bir sağlık çalışanında bir enfeksiyon hastalığı gelişirse, acil uzman danışmanlığı sağlanmalı, laboratuvar ve sağlık yönetim aşamasında inceleme sağlanmalıdır (92).

Yasal Durum

İnsan sağlığı bakımından zararlı olan etmenler konusunda alınması gereken önlemlerle ilgili olarak tüm dünyada mevzuat bulunmaktadır. Bunun dışında, gebelik döneminde özellikle uyulması gereken kurallar da vardır.

ILO'nun 1919 yılında kuruluşundan sonraki ilk toplantısında aldığı kararlardan birisi "analığın korunması" üzerinedir (Maternity Protection Convention, No. 3, 1919) (124). Bu sözleşmede gebelere doğumdan önce 6 hafta ve doğumdan sonra 6 hafta olmak üzere toplam olarak 12 hafta süre ile izin verilmesi öngörülmüştür (122). Sonraki yıllarda bu konudaki düzenlemelerde, bir takım yenilikler ve eklemeler yapılmıştır.

Değişik ülkelerde bu anlamdaki düzenlemelerde dikkati çeken başlıca noktalar:

- Çalışma hayatında cinsiyet ayrımı yapılmamalıdır.
- Gebelik ve analık, çalışmaya engel olmamalıdır.
- Gebelikte ücret azaltılması yapılmamalıdır.
- Doğum sonrasında işe dönüş garantisi olmalıdır.
- Doğum sonrası izinlerin bitiminde, kadın hemen işe dönmeye zorlanmamalıdır.
- İsteği halinde kadına doğum sonrasında izin hakkından başka, ücretsiz izin de verilebilmelidir (9,56,59).

Avrupa'da; hamile, loğusa ve emzikli kadın işçilerin özel risk tehdidi altında olan bir grup olarak değerlendirilmesi nedeniyle, 92/85/EEC sayılı Konsey Direktifi'nde "Hamile, Loğusa ve Emzikli Kadın Çalışanların İşyerinde Sağlık ve Güvenliklerinin İyileştirilmesine İlişkin Asgari Önlemlerin Belirlenmesi Hakkında Yönerge" 19 Ekim 1992' de kabul edilerek uygulamaya konulmuştur. Yönergede, hamile, loğusa ve emzikli kadın işçilerin doktor kontrolleri için, işveren tarafından kullanılması gerekli izinler ve hamile kadın işçinin işinin değiştirilmesi, doğum izni, eğitimleri ve fesih yasağı hususlarına yer verilmiştir (122).

Ülkemiz mevzuatında Anayasa'dan başlayarak kadınların, doğurganlığın ve analığın korunması amacı ile mevzuat bulunmaktadır. Anayasanın 10. Maddesi "Çalışanlara eşit davranma ilkesi", Anayasa'nın 50. Maddesi "Kimsenin yaşına, cinsiyetine ve gücüne uygun olmayan işlerde çalıştırılmayacağı ve kadınlar ve çocuklarla bedeni ve ruhi yetersizliği olanların çalışma hayatında özel olarak korunacağı" hususuna işaret etmektedir.

Yine Anayasa'da "herkesin sağlıklı ve güvenli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu" hükmü yer almaktadır (Madde 56) (125).

Çalışma yaşamı ile ilgili olarak İş Kanunu (22.05.2003 tarihli, 4857 sayılı kanun), Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (24.4.1930 tarihli, 1593 sayılı kanun), Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (17.7.1964 tarihli, 506 sayılı kanun) ve Gebe ve Emziren Kadınların Çalışma Şartıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik'te (16.8.2013 tarihli, 28737 sayılı) kadınların korunmasına ve gebelik sırasında bazı haklarına işaret etmektedir (123).

a) Hamilelik Süresince Tıbbi Muayeneye Gitme İzni

İş Kanunu m.74/ III ve adı geçen Yönetmelik m.12' de; hamile kadın işçilere hamilelikleri süresince, periyodik kontroller için ücretli izin verileceği düzenlenmiştir. 92/85/EEC sayılı Avrupa Birliği Yönergesine göre de; üye devletler, hamile çalışanın muayeneleri iş saatleri içinde yapılması gerekiyorsa, ulusal mevzuat ve/ veya uygulamaya uygun olarak ücretli izin sağlanması yönünde gerekli önlemleri alacaklardır (m.9) (122).

b) Doğum İzni

İş Kanunu'nun "Analık halinde çalışma ve süt izni" başlığını taşıyan 74. Maddesi ve İş Kanunu m.88 uyarınca çıkarılmış olan Gebe ve Emziren Kadınların Çalışma Şartıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmeliği'n (16.8.2013 tarihli, 28737 sayılı kanun) "Analık İzni" başlıklı 11. maddesine göre de; "Kadın işçilerin doğumdan önce sekiz ve doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam 16 haftalık süre için çalıştırılmamaları esastır. Çoğul gebelik halinde, doğumdan önce çalıştırılmayacak sekiz haftalık süreye iki hafta süre eklenir. Ancak, sağlık durumu uygun olduğu takdirde, doktorun onayı ile kadın işçi isterse doğumdan önceki üç haftaya kadar işyerinde çalışabilir. Bu durumda, kadın işçinin çalıştığı süreler doğum sonrası sürelerle eklenir. Yukarıda öngörülen süreler işçinin sağlık durumuna ve işin özelliğine göre doğumdan önce ve sonra gerekirse artırılabilir. Bu süreler hekim raporu ile belirtilir" (123).

Devlet Memurları Kanunu'nda (657 Sayılı) 6111 Sayılı Kanunla Yapılan (ve 25.02.2011 tarihli RG' de yayımlanan) Değişiklikler de 104 maddesinin (A) fıkrası ile "Doğumun erken gerçekleşmesi sebebiyle, doğum öncesi analık izninin kullanılmayan bölümü de doğum sonrası analık izni süresine ilave edileceği belirtilmektedir. Doğumda veya doğum sonrasında analık izni kullanılırken annenin ölümü halinde, isteği üzerine memur olan babaya anne için öngörülen süre kadar izin verilir" hükmü getirildi (123).

92/85/EEC sayılı Yönerge ile de işverene doğum izni ile ilgili olarak önemli bir yükümlülük getirilmiştir. Yönergenin 8. maddesi uyarınca üye devletler, hamile işçilere doğumdan önce ve sonra olmak üzere, en az 14 hafta devamlı doğum izni verilmesi için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür. Bu iznin en az iki haftalık kısmının, mutlaka doğumdan önce ve veya sonra kullandırılması zorunludur (m. 8/ 2) (122).

Yönergeye göre, analık iznine çıkmış bir kadın, izin süresi bittikten sonra eski işine dönme ya da kendisi için eski işinden daha aşağı şartlarda olmayan eşdeğer bir işe başlama ve yokluğunda iş koşullarında oluşup da hak kazanacağı, her türlü iyileştirmeden yararlanma hakkına sahiptir (m.2/7). Türk hukukunda, kadınların analık izni sonrasında işe geri dönüşlerinde, eski işlerine eşdeğer bir işe başlamaları veya izinde buldukları süre içinde meydana gelen her iyileşmeden yararlanma hakkına sahip olmaları konusunda herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır. Dolayısıyla bu konuda Yönerge hükümleri ile Türk hukuku arasında bir uyumsuzluk söz konusudur (126).

c) Ücretsiz İzin Hakkı

İş Kanunu m.74/ V ve adı geçen yönetmelik m.11/III' de düzenlenmiştir. Söz konusu hükümlere göre; “İsteği halinde kadın işçiye, 16 haftalık sürenin tamamlanmasından veya çoğul gebelik halinde 18 haftalık süreden sonra, altı aya kadar ücretsiz izin verilir. Bu süre, yıllık ücretli izin hakkının hesabında dikkate alınmaz.” Bu izin kadın işçinin isteğine bağlıdır. 6111 sayılı Kanunla yapılan değişiklikten sonra ise Devlet Memurları Kanunu'nun 108'inci maddesinin (B) fıkrası ile “Doğum yapan memura, 104 üncü madde uyarınca verilen doğum sonrası analık izni süresinin bitiminden; eşi doğum yapan memura ise, doğum tarihinden itibaren istekleri üzerine yirmi dört aya kadar aylıksız izin verilir” hükmü getirilmiştir. Doğum yapan memura verilecek aylıksız iznin başlangıç tarihi, doğum sonrası analık izninin (asgari 8, azami 13 hafta) bitimi; eşi doğum yapan memura verilecek aylıksız iznin başlangıç tarihi ise doğum tarihi olarak belirlenmiştir (123).

d) Süt İzni

Emzikli kadın; doğumdan sonraki sekizinci haftanın bitiminden sonra çalışmaya başlayan, 0-1 yaş arası çocuğunu emzirmekte olan ve işverenini durumu hakkında bilgilendiren kadın çalışandır. İşveren, çocukların sağlıklı olmaları için, İş Kanunu m.74/ son ve Yönetmelik m.14 uyarınca, çocuk emziren kadın işçilere günün belli saatlerinde emzirme izni vermekle yükümlüdür.

Söz konusu hükümlere göre; “Kadın işçilere bir yaşından küçük çocuklarını emzirmeleri için, günde toplam bir buçuk saat süt izni verilir. Bu sürenin hangi saatler arasında ve kaç bölünerek kullanılacağı işçi belirler. Bu süre günlük çalışma süresinden sayılır” (123).

6111 Sayılı Kanun'la yapılan değişiklikten sonra ise Devlet Memurları Kanunu'nun 104. maddesi (D) fıkrası ile "Kadın memura, çocuğunu emzirmesi için, doğum sonrası analık izni süresinin bitim tarihinden itibaren ilk altı ayda günde üç saat, ikinci altı ayda günde bir buçuk saat süt izni verilir. Süt izninin hangi saatler arasında ve günde kaç kez kullanılacağı hususunda, kadın memurun tercihi esastır" hükmü getirilmiştir (123).

Yönetmeliğin 13 maddesinin birinci fıkrasında: Yaşları ve medeni halleri ne olursa olsun, 100-150 kadın çalışanı olan işyerlerinde, emziren çalışanların çocuklarını emzirmeleri için işveren tarafından, çalışma yerlerinden ayrı ve işyerine en çok 250 metre uzaklıkta bir emzirme odasının kurulması zorunludur. 2. Fıkrasında da yaşları ve medeni halleri ne olursa olsun, 150'den çok kadın çalışanı olan işyerlerinde, 0-6 yaşındaki çocukların bırakılması, bakımı ve emziren çalışanların çocuklarını emzirmeleri için işveren tarafından, çalışma yerlerinden ayrı ve işyerine yakın bir yurdun kurulması zorunludur. Yurt, işyerine 250 metreden daha uzaksa işverenin, taşıt sağlamakla yükümlü olduğu belirtilmektedir (123).

Annenin herhangi bir nedenle çocuğunu emzirememesi halinde de, söz konusu iznin kullandırılması gerekmektedir.

e) Hamile, Loğusa ve Emzikli Kadın İşçiyi Daha Hafif İşlerde Çalıştırılması Yükümlülüğü

İş Kanunu'na göre; hekim raporu ile gerekli görüldüğü takdirde, hamile kadın işçinin sağlığına uygun daha hafif işlerde çalıştırılması gerekir (m74/ IV). Yönetmeliğe göre de; kadın işçiler, hamile olduklarının hekim raporuyla tespitinden itibaren, doğuma kadar geçen sürede günde yedi buçuk saatten fazla çalıştırılmayacaklardır (m.10).

Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği (2004), 08.02.2013 tarihli ve 28553 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan bir yönetmelikle yürürlükten kaldırılmış olsa da bu yönetmelik önemli düzenlemeler içermektedir. Örneğin yönetmelikte sayılan 153 iş türünden 81'inde kadınların çalıştırılmayacağına işaret edilmektedir. Kadınların çalışabileceği diğer 72 işte çalışacakların da "bedence bu işe uygun" olduklarının doktor raporu ile belgelenmesi gerekmektedir (123).

92/85/EEC sayılı Avrupa Birliği Direktifi'ne göre ise; alınması gereken önlemler, kadın işçinin gündüz işine geçirilmesi, naklin teknik veya objektif açıdan mümkün olmaması ya da somut nedenlerle talep edilememesi durumunda işten izinli sayılmayı veya doğum izninin uzatılmasını içermelidir (m.7/ 2). Hamile kadın işçinin daha hafif işlerde çalıştırılması halinde ücretinde bir indirim yapılamayacaktır (122).

f) Gece çalışması

Yönetmelikte: Kadın çalışanlar, gebe olduklarının sağlık raporuyla tespitinden itibaren doğuma kadar geçen sürede gece çalışmaya zorlanamayacağı, yeni doğum yapmış çalışanın doğumu izleyen bir yıl boyunca gece çalıştırılması yasak olduğu ve bu sürenin sonunda sağlık ve güvenlik açısından sakıncalı olduğunun sağlık raporu ile belirlendiği dönem boyunca gece çalıştırılmasının yasak olduğu belirtilmiştir (123).

Gece çalışması, 6111 Sayılı Kanunla (2011) 657 sayılı Kanunun 101. maddesi değişiklik ile: Günün yirmi dört saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışan devlet memurlarının çalışma saat ve şekilleri kurumlarınca düzenleneceği belirtilmiştir. Ancak, kadın memurlara; tabip raporunda belirtilmesi halinde hamileliğin yirmi dördüncü haftasından önce ve her halde hamileliğin yirmi dördüncü haftasından itibaren ve doğumdan sonraki bir yıl süreyle gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemez. Engelli memurlara da isteği dışında gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemez hükmü vardır (123). Plan ve Bütçe Komisyonundan geçen, Torba Kanun teklifinin (2013) 101 inci maddesinin ikinci fıkrasında yer alan "doğumdan sonraki bir yıl süreyle" ibaresi "doğumdan sonraki iki yıl süreyle" şeklinde değiştirilmiştir (127).

92/85/EEC sayılı Avrupa Birliği Direktifi'ne göre de; hamile, loğusa veya emzikli çalışanların, gece çalışmalarının sağlık veya güvenlik bakımından tehlikeli olacağı, üye devletlerce öngörülen prosedüre uygun olarak, sağlık ve güvenlikle ilgili ulusal merciler tarafından sağlık raporu ile belirlenecek olursa, hamilelik ve doğum sonrası dönemde bunlar gece çalışması yapmaya zorlanamayacaklardır (m.7/1) (122).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Tekirdağ İl'inde, 1 Mart 2013 – 30 Ağustos 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

Tekirdağ İli Hakkında Genel Bilgi

Tekirdağ; Türkiye'nin Marmara Bölgesi'nin Trakya yakasında, doğusunda İstanbul, güneyinde Marmara Denizi ve Çanakkale, batısında Edirne, kuzeyinde Kırklareli ve kuzeydoğusunda Karadeniz ile çevrilidir. Kuzeydoğusunda Karadeniz'e 1,5 km. bir kıyısı vardır. Marmara Denizi kıyısı boyunca, yaz mevsimi sıcak ve kurak, kış mevsimi ise ılık ve yağışlı geçen Akdeniz ikliminin özellikleri görülür. İç kesimlere girildikçe yaz mevsimi daha kurak, kış mevsimi daha soğuk geçen, yarı karasal iklim özellikleri belirginleşir. Tekirdağ'ın en yüksek yeri, Ganos (Işık) Dağı'dır. Ergene Havzası'nın güney kesimindeki en büyük kent olan Tekirdağ, Güney Ergene yöresinden ve kuzeyden gelen yolların Marmara Denizi'ne ulaştıkları yerde, geniş bir körfezin kıyısına kurulmuştur.

Coğrafi konumu nedeniyle stratejik öneme sahip olan İl'in, Anadolu ile Balkanlar arasında geçit durumunda olması ve İstanbul'a yakınlığı, gelişimini olumlu biçimde etkilemiştir. Tarihi dönemler içerisinde Tekirdağ; Bisanthe, Rodosto ve Tekfurdağı gibi isimler almıştır (128).

Tekirdağ ilinin ekonomisi esas olarak tarım ve sanayiye dayanmakla birlikte, turizm sektörü de gelişmektedir. 1970 yılına kadar tümüyle tarıma dayalı bir ekonomiye sahip olan Tekirdağ ili, bu yıldan sonra hızla sanayileşmiştir. Sanayi kuruluşları çoğunlukla; Çerkezköy, Çorlu ve Tekirdağ merkez ilçelerinde yer almaktadır. Türkiye'nin en büyük 100 kuruluşundan 3'ü ve en büyük 500 kuruluşun 15'i bu il sınırları içindedir. İstanbul'a yakınlık, ulaşım, pazarlama imkanları, sanayinin gelişmesinde önemli rol oynamıştır. 2010-2012 verileriyle "Türkiye'de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Araştırmasına" göre Tekirdağ sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasında 81 il içerisinde 16. sırada bulunmaktadır. Tekirdağ il merkezinde okuma yazma bilenlerin oranı da %94'tür (128).

2012 yılında kabul edilen bir kanunla, nüfusu 750.000'i geçerek büyükşehir olan 14 ilden birisi de Tekirdağ'dır. Aynı kanunla Tekirdağ'da; Süleymanpaşa, Kapaklı ve Ergene adlarında 3 yeni ilçe de kurulmuştur. Bu ilçelerle birlikte Tekirdağ'da 11 ilçe, 24 belde ve 257 köy vardır. İlçelerinin adları: Çerkezköy, Çorlu, Ergene, Hayrabolu, Kapaklı, Malkara, Marmara Ereğlisi, Muratlı, Saray, Süleymanpaşa ve Şarköy'dür (128).

Tekirdağ nüfusu 2013 verilerine göre 874.475'dir. Nüfusun % 68'si kentsel, % 32'si kırsal kesimde yaşamaktadır. Nüfus büyüklüğü bakımından ilçelerin sıralanışı; 225.540 kişi ile Çorlu ilk sırada yer almakta ve bu ilçeyi sırasıyla; 179.239 nüfus ile merkez ilçe Süleymanpaşa, 113.134 nüfus ile Çerkezköy izlemektedir. Tekirdağ'ın nüfus yoğunluğu 75 olup, TÜİK 2011-2012 yılı net göç hızlarına bakıldığında binde 16.70 ile en fazla göç alan ilk beş il arasında yer almaktadır (129).

Tekirdağ ilinde birinci basamak sağlık kurumları olarak; 11 ilçede birer tane Toplum Sağlığı Merkezi, il genelinde toplam 81 Aile Sağlığı Merkezi (ASM), 72 Sağlık Evi bulunmaktadır. Süleymanpaşa ve Çorlu ilçelerinde olmak üzere iki Halk Sağlığı Laboratuvarı, iki Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi hizmet vermektedir. İl'de değişik tiplerde toplam 16 acil sağlık hizmetleri istasyonu (112) bulunmaktadır. Merkez ilçe Süleymanpaşa, Çorlu, Çerkezköy ve Saray ilçelerinde birer tane Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi vardır. Ayrıca Merkez Süleymanpaşa ve Çorlu ilçelerinde Verem Savaş Dispanseri ve Çorlu ilçesinde Türkkızılayı Kan Bağışı Merkezi'de hizmet vermektedir (130).

İkinci basamak sağlık kurumları olarak; tüm ilçelerde (11 adet) birer tane devlet hastanesi vardır. Özel ikinci basamak sağlık kurumu olarak, Çorlu ilçesinde üç, Süleymanpaşa ve Çerkezköy ilçelerinde ikişer tane olmak üzere toplam 7 adet özel hastane mevcuttur. Ayrıca Süleymanpaşa ve Çorlu'da birer tane özel göz hastanesi, 4 tane özel diyaliz merkezi ve 2 tıp merkezi hizmet vermektedir.

Tekirdağ il sınırları içerisinde 3. basamak sağlık kurumu olarak Namık Kemal Üniversitesi bünyesinde 2007 yılında kurulan ve 2008 yılında faaliyete geçen Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi hizmet vermektedir.

TEKİRDAĞ İLİNİN SEÇİLMESİNİN NEDENLERİ

Araştırma konusuyla ilgili yapılan literatür taramasında, Türkiye genelinde yapılmış benzer bir veri/çalışmaya rastlanmamıştır. Bu özelliği ile bir ilk olan bu tez çalışması, tez sahibi doktora öğrencisinin en uzun süresi Tekirdağ'da olmak üzere, uzun yıllardır Trakya Bölgesi'nde çalışıyor olması ve bölgeyi iyi tanıyor olması bu kararın önemli nedeni olmuştur.

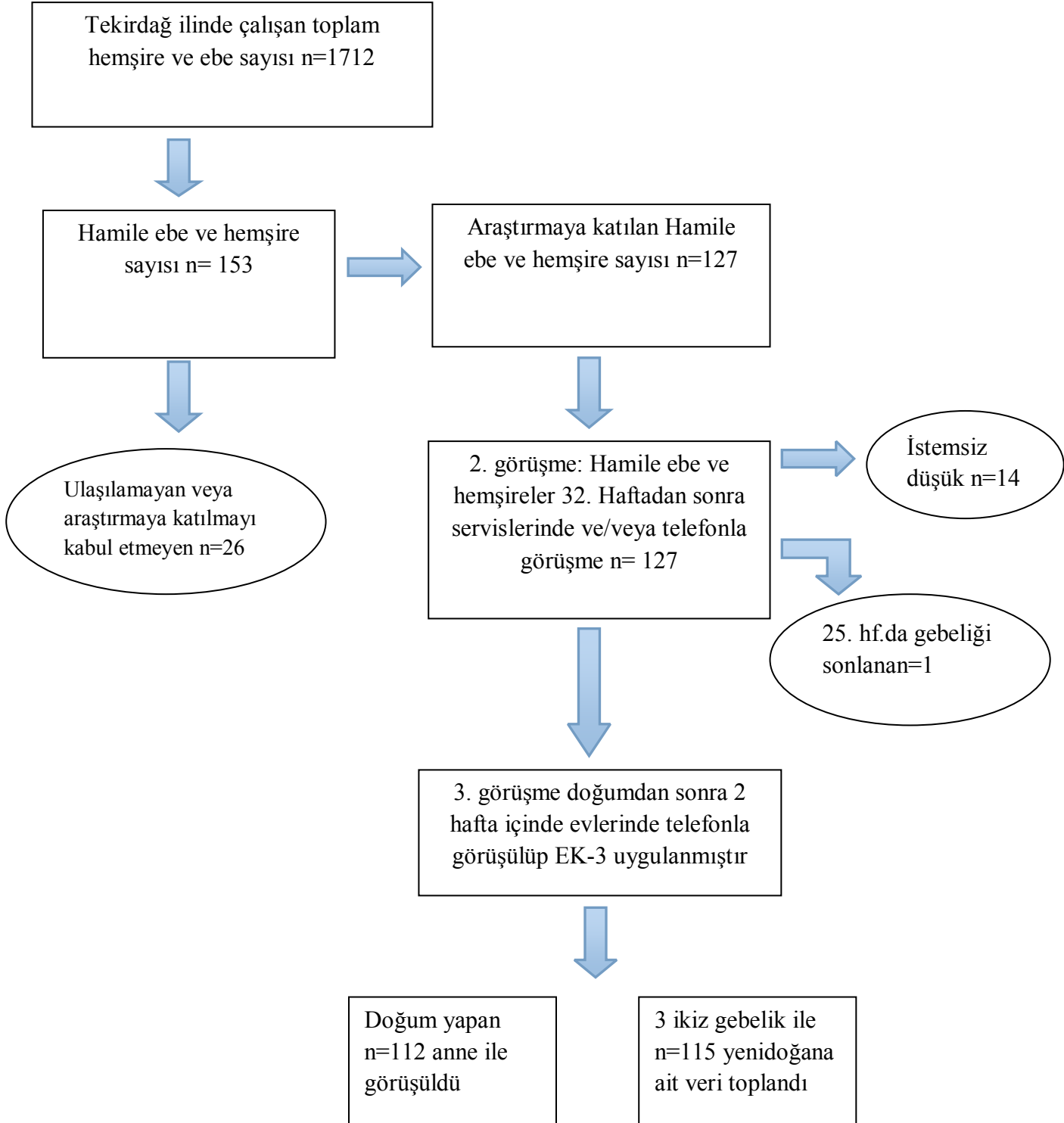
ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini, Tekirdağ İl'indeki kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında 1 Mart 2013 tarihinde hamile olanlar ile, en son 30 Ağustos 2014 tarihine kadar doğum yapan veya gebeliği sonlanan ebe ve hemşireler oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına; Tekirdağ İli genelinde, söz edilen özelliği taşıyan tüm çalışanların alınması planlanmıştır. Çalışma başlangıcında; Tekirdağ İl'i genelinde, İl Sağlık Müdürlüğü, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve özel hastanelerden alınan resmi bilgiler ışığında 1228'i hemşire ve 484'ü ebe olmak üzere toplam 1712 hemşire ve ebe çalıştığı öğrenilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı zaman aralığında, il genelinde belirlenen hamile ebe ve hemşire sayısı 153'tür. Araştırmaya evrendeki bireylerin tümünün alınması hedeflenmiş olmasına rağmen, bu bireylerden 26'sı (%16,9) çalışmaya katılmayı red ya da nöbet izni, rapor almış olma vb nedenlerle kendilerine ulaşılamamış olması nedeniyle, çalışmaya 127 hamile ebe ve hemşire alınmıştır. Çalışmaya genel katılım oranı % 83.1'dir. Araştırmanın akış şeması aşağıdadır (Şekil 1).

Araştırmanın Akış Şeması



Şekil 1. Araştırmanın akış ve veri toplama şeması

ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma; hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risklerini belirlemek ve bu mesleki risklerin hamilelik süreci ve yenidoğan bebeklerin sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada hamile ebe ve hemşirelerin, doğuma kadar en az 2 kez ve doğumdan sonra da yenidoğan izlemine içeren bir izlem ile toplamda 3 kez izlenmesinin planlandığı ve uygulandığı prospektif tipte bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Hastanelerde Bakım Hizmetleri Müdürlüğü ile yapılan görüşmelerde hamile çalışanlara ait hamilelik bilgisine ait bir kayıt sisteminin olmadığı görülmüştür. Kurumlarında kaç tane hamile çalışan olduğu sorusuna yeterli cevap verilememesi, birim amirinin hangi hamilenin hangi serviste çalıştığına dair net bilgi sahibi olmaması zaman kaybına yol açmıştır.
- Kimi bilgiler araştırmaya katılanların kendi bildirimleri olup, doğru bilgi verdikleri varsayılmıştır.
- Doğum sırasında bireylerin yanında bulunmak mümkün olmadığından, tutulan kayıtların doğru olduğu varsayılmıştır.
- Araştırmaya katılmayanların, katılan grupla benzer özellikte olduğu varsayılmıştır.
- Doğum sonrası görüşmenin telefonla yapılması, özellikle görüşmelerde annelerin telefona cevap vermemesi, cevap verse bile yenidoğanın bakımı ile ilgilenme zamanına rastlaması nedeniyle görüşme için tekrarlı aramalar zorunluluğu zaman kaybına neden olmuştur.
 - Bazı doğumların, beklenen doğum tarihinden önce olması yenidoğanın izlenmesinde gecikmelere neden olmuştur. Düşükle sonlanan gebeliklerin bazıları da erken dönemde fark edilememiş, ikinci telefon görüşmelerinde öğrenilmiştir.
- Telefonlarını değiştiren hamilelere ulaşmakta sorun yaşanmıştır.
- Görüşmelerde annelerin bazıları araştırmacıyla telefonda tereddütlü olarak konuşmuşlar ancak araştırmacı ile katılımcı arasında oluşturulan güven ilişkisi sonucu araştırma rahatlıkla sürdürülmüştür.
- Araştırma Tekirdağ ilinde çalışan hamile ebe ve hemşirelerde yapıldığı için sonuçlar Türkiye'ye genellenmesi mümkün olmayabilecektir.

- Araştırmadan elde edilen bulgular katılımcıların beyanlarını esas almaktadır. Boy, kilo, kan basıncı, tam kan sayımı v.b. niceliksel değerler ölçüm yoluyla değil, katılımcıların beyanlarından elde edilmiştir.

- Araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünülerek araştırma kapsamına sadece:

- . Hamile ebe ve hemşireler,
- . Tekirdağ ilinde çalışan,
- . Görüşmeyi kabul eden,
- . İletişim kurulabilen kişiler alınmıştır.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bu çalışmanın bağımlı değişkenleri;

- Gebelik sürecinde yaşanan sağlık sorunları
- Doğum sonrası yenidoğanda belirlenen sorunlar

Çalışmanın bağımsız değişkenleri;

- Yaş
- Öğrenim durumu
- Çalıştığı servis
- Çalışma yılı
- Şu an çalıştığı birimdeki çalışma süresi,
- Haftalık çalışma süresi
- Ayakta çalışma
- Haftalık çalışma süresi
- Vardiyalı çalışma durumu
- Doğum sayısı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı
- VKİ
- İş kazası durumu
- Şiddet yaşama durumu
- Çalışma ortamındaki risk faktörleri

VARSAYIMLAR

H0: Tekirdağ ilinde görev yapan hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk faktörleri, gebelik süreci ve yenidoğan sağlığını etkilememektedir.

H1: Tekirdağ ilinde görev yapan hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk faktörleri, gebelik süreci ve yenidoğan sağlığını etkilemektedir.

VERİLERİN TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada, verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek (1,3,6,9,10,12,13,15,70,132) oluşturulan anket formları kullanılmıştır.

Hamile ebe Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Mesleki Risklerle İlgili Veri Toplama Formu (Ek-1)

Hamile ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özellikleri; yaş, eğitim, çalışma yılı, çalıştığı birim, gelir durumu, haftalık çalışma saati, vardiya çalışması, ayakta kalma süresi bu forma işlenmiştir. Mesleki riskler olarak çalıştığı birimde bulunan fiziksel, kimyasal, ergonomik, biyolojik ve psikolojik risklerin varlığı, risk algısı, hamilelikte iş nedeniyle geçirdiği enfeksiyonlar, iş kazası, şiddet, kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, stres ile sağlık sorunları ve önerileri de bu forma işlenmiştir.

Hamile Ebe ve Hemşirelerin Gebelik Süreci ve Gelişen Sağlık Problemleri ile İlgili Veri Toplama Formu (Ek-2)

Bu form ile; hamile ebe ve hemşirelerin gebelik süreci ve gelişen sağlık problemleri ile ilgili veriler toplandı. Gebelik haftası, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, hamile kalmada sorun yaşama, prenatal bakımı aldığı yer, ölü doğum, düşük, küretaj ve canlı doğum sayısı, kronik hastalık durumu, izlemlerde risk tespiti, tansiyon, nabız solunum değerleri, tam kan sayımları, idrar tahlili, gebelikte sağlık sorunları, işyerinde artma özelliği, rapor alma durumu, hastanede yatma, gebelik komplikasyonları, alkol, sigara kullanımı, beslenme özellikleri ile ilgili veriler bu forma işlenmiştir.

Hamile Ebe ve Hemşirelerin Doğum Sonu ve Yenidoğan İle ilgili veri toplama formu (Ek-3)

Doğum, yenidoğan ve doğum sonrasına ait özelliklerin sorgulandığı sorulardan oluşmuştur. Gebeliğin sonucu, kaçınıcı haftada düşük veya canlı doğum olduğu, doğumun nerede olduğu, doğum biçimi, kararı kim verdi, bebeğin cinsiyeti, bebekte sağlık sorunu, yoğun bakımda veya yenidoğan servisinde yatma durumu, emzirme durumu, annenin sağlık sorunları bu forma işlenmiştir.

Araştırma Yapılan Kurumlarla İlgili Veri Toplama Formu (Ek-4)

Araştırmaya alınan her hamile çalışanın çalıştığı servise ait mevcut risklerin değerlendirilmesi yapıldı. Araştırmacı servisi bizzat gözlemleyerek, hastanede iş ve çalışma ortamı kaynaklı riskler belirlendi, değerlendirmek için anket formu dolduruldu. Mesleki riskler; fiziksel, kimyasal, ergonomik ve diğer olarak sınıflandırıldı. Riskler evet, hayır olarak kodlandı.

ÖN UYGULAMA

Araştırmacılar tarafından geliştirilen hamile ebe ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve mesleki risklerle ilgili veri toplama formu (Ek-1), hamile ebe ve hemşirelerin gebelik süreci ve gelişen sağlık problemleri ile İlgili veri toplama formu (Ek-2) ve doğum sonrası yenidoğan sağlığını değerlendirme veri toplama formu (Ek-3) ve araştırma yapılan kurumlarla ilgili veri toplama formu (Ek-4) araştırmanın uygulama aşamasından önce geliştirilip ön uygulamaya hazır hale getirildi. Veri toplama formları Tekirdağ ilindeki sağlık kuruluşlarında tespit edilen 10 hamile ebe ve hemşireye uygulandı. Doğum sonrası yenidoğan sağlığını değerlendirme veri toplama formu ise doğumdan sonraki ilk iki hafta içinde telefonla görüşülerek uygulandı. Hamile ebe ve hemşirelerin mesleki riskleri, gebelik süreci ve doğum sonrası yenidoğan sağlık durumunu içeren anket formları okutulup anlaşılabilirliği test edilerek formların son şekli verildi.

VERİ TOPLAMA FORMLARININ UYGULANMASI

Araştırmamızda veri toplama 01 Mart 2013 – 30 Ağustos 2014 tarihleri arasında 18 ayda tamamlandı.

Araştırma iki aşamada yürütüldü. Birinci aşamada çalışan hamile ebe ve hemşireler ile çalıştıkları birimlerde tanışıldı ve anket formları uygulandı, ikinci aşamada ise doğum yapanlar ile hastanede ziyaret veya telefonla görüşme yapıldı.

Birinci aşamada; araştırmacı tarafından Tekirdağ il ve ilçelerindeki öncelikli olarak ikinci ve üçüncü basamak tüm sağlık kuruluşları tek tek ziyaret edildi ve Bakım Hizmetleri Müdürlüğü ile görüşüldü. Birinci basamaktaki sağlık kuruluşları ile telefonla görüşülerek hamile çalışan olup olmadığı belirlendi ve hamile çalışan var ise bu kurumlara da gidildi. Belirlenen kuruluşlarda gebelerle tanışıldıktan sonra, araştırmanın amacını açıklayarak araştırmaya katılmayı kabul edenlerden sözel olarak izin alındı ve veri toplama araçlarından Hamile Ebe Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Mesleki Risklerle İlgili veri Toplama Formu ve Hamile Ebe ve Hemşirelerin Gebelik Süreci ve Gelişen Sağlık Problemleri ile İlgili Veri Toplama Formları uygulandı (Ek-1-2). Bir sonraki görüşmenin doğumdan önce bir kez ve doğumdan sonra da bir kez olacağı konusunda tekrar bilgi verildi. Katılımcılardan anket formlarına isimlerini yazmaları talep edilmemiş rumuz veya sayı ile kodlama yapılmıştır. Ancak Hamile Ebe ve Hemşirelerin doğum sonu yenidoğan ile ilgili veri toplama formunu uygulayabilmek için telefon numaraları alınmıştır. Aynı şekilde araştırmacının ev ve cep telefon numaraları ebe ve hemşirelere yazılı olarak verildi ve bu telefonlarla araştırmacıya istedikleri her zaman ulaşabilecekleri belirtildi. Veri formlarının uygulanması 30-35dk sürdü. İkinci görüşme ise, son trimesterinde telefonla veya yüzyüze görüşülerek, zaman içinde gelişen gebelik boyunca yaşadığı mesleki riskleri ve gebelik ile ilgili sağlık problemleri veri formlarına kaydedildi. İkinci görüşme ise gebeliği devam edenlerle doğum öncesi izne ayrılmadan önce yapıldı.

İkinci aşamadaki telefon görüşmesi, yenidoğan sağlığına yönelik değerlendirmeyi yapmak için, doğum yapan kadının soruları yanıtlayabileceği, dolayısıyla kendini rahat hissedebileceği postpartum ilk 2 haftası içinde yapıldı. EK- 3 uygulandı ve telefon görüşmesi 10 dk sürdü.

Araştırma yapılan kurumlarla ilgili veri toplama formu ise hamile tespit edilen her servis/birim için birer tane form dolduruldu. Bu amaçla araştırma kapsamına alınan hamile ebe ve hemşirelerin çalıştıkları toplam 52 birim, araştırmacı tarafından bizzat yerinde

incelendi. Araştırmaya alınan birimler; fiziksel, (gürültü, zemin, havalandırma, aydınlatma, sıcaklık, elektrik düzenekleri, yangın söndürücüler, yangın merdiveni, yangın çıkış kapısı), kimyasal (kimyasal maddeler ile ilgili yazılı uyarı, açıklama, duş alanı) biyolojik (atık kutuları), ergonomik (kullanılan araç-gereçler, desk ve odalar) ve diğer özellikleri (tuvaletler, sabun, peçete) bakımından tek tek incelendi. Araştırmacı ve danışmanı tarafından geliştirilen anket formu dolduruldu (Ek-4).

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen sonuçlar değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı (SPSS 20.0 programı için seri numarası: 10240642). Analizde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca, maksimum ve minimum) ve ki-kare testleri kullanıldı. Farklılıkların belirlenmesinde $p < 0.05$ olduğu sonuçlar anlamlı biçimde farklı olarak kabul edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın ön uygulama ve uygulamasının yapılabilmesi için Trakya Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Tekirdağ Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'nden, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden ve Namık Kemal Üniversitesi Rektörlüğü'nden yazılı, özel hastanelerden ise sözlü izinler alınmıştır (Ek -5).

Buna ek olarak; araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerden sözel izin alındıktan sonra anket uygulanmıştır. Hamile ebe ve hemşirelerin hem iletişim numaraları alınmış, hem de araştırmacının iletişim numaraları verilip, daha sonra telefonla görüşme yapılacağı bildirilmiştir. Hamile ebe ve hemşirelerin de ilk görüşme tamamlandıktan sonra istedikleri takdirde araştırmacıyı arayabilecekleri belirtilmiştir.

BULGULAR

Araştırmamızın verilerinin toplandığı dönemde, Tekirdağ İl genelinde çalışmakta olan toplam 1712 hemşire ve ebeden 153'ünün hamile olduğu belirlenmiştir (%8.8). Bu hamile çalışanlardan 7'si çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, 19'u ise kendilerine ulaşılabilmesi nedeniyle araştırmaya dâhil edilmemişler ve çalışma toplam 127 hamile ile tamamlanmıştır (evrenin %83.1'i).

Çalışmamızda elde edilen bulgular dört ana başlık altında incelenmiştir.

1. Katılımcıların sosyodemografik, çalışma özellikleri ve mesleki riskleriyle ilgili tanımlayıcı nitelikteki bulgular.
2. Hamile ebe ve hemşirelerin gebelik dönemiyle ilgili bulgular.
3. Doğum sonrası ve yenidoğanın özellikleriyle ilgili bulgular.
4. Araştırma yapılan kurumların özellikleri ilgili bulgular.

1-HAMİLE EBE VE HEMŞİRELERİN SOSYO-DEMOGRAFIK, ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ ve MESLEKİ RİSKLERİYLE İLGİLİ BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Çalışma grubumuzun %71.7'sini (n= 91) hemşireler ve kalan %28.3'ünü ebeler (n=36) oluşturmaktadır olup; yaş ortalaması 30.2 ±4,6 yıldır (min 21, maks 43, ortanca 30). Katılımcıların yaş grupları değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun (%72.5) 25-34 yaş grubunda olduğu, %21.2'sinin (n= 27) 35 yaş ve üstü olduğu ve % 6.3'ünün (n=8) 18-24 yaş arasında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; %53.5'i (n=68) lisans mezunu, %22.8'i (n=29) sağlık meslek lisesi mezunu, %16.5'i (n=21) önlisans mezunu ve %7.1'inin (n=9) lisansüstü eğitim almış olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %71.7'i (n=91) gelir durumunu orta düzeyde olarak bildirmiştir (Tablo 4). Hamile ebe ve hemşirelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri (n=127)

Özellikler	Sayı/Ort±SS*	%
Yaş		
18- 24	8	6.3
25-34	92	72.5
35 yaş ve üstü	27	21.2
Ortalama ± SS	30.2 ±4.6	
Meslek		
Ebe	36	28.3
Hemşire	91	71.7
Eğitim		
Sağlık Meslek Lisesi	29	22.8
Önlisans	21	16.5
Lisans	68	53.5
Lisansüstü	9	7.1
Gelir		
İyi	32	25.2
Orta	91	71.7
Kötü	4	3.1

*= Ortalama ± Standart sapma.

Çalışma İle İlgili Özellikler

Ebe ve hemşirelerin çalışma özelliklerine bakıldığında; meslekte toplam çalışma yılı ortalama 8.7±5.5 yıl (min 1, maks 21, ortanca 7) ve halen çalışmakta oldukları serviste ortalama çalışma süreleri 39±42.4 ay (min 1, maks 216, ortanca 24) olarak bildirilmiştir (Tablo 5).

Araştırma grubumuzdaki hamilelerin %94.5'i (n=120) kamuda, %5.5'i (n=7) özel sektörde ve % 85'inin (n=108) kadrolu statüde çalışmakta olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %65.4'ü (n=83) devlet hastanelerinde, %17.3'ü (n=22) Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde, % 8.7'si (n=11) ASM'de, %3.9'u (n=5) özel hastanede, %1.6'sı (n=2) Türk Kızılay'ında, %1.6'sı (n=2) özel diyaliz merkezinde ve %0.8'inin (n=1) ağız ve diş sağlığı merkezi ve 112 acil serviste çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Çalışma grubumuzun çalıştıkları servisler, sıklık sırasına göre; %26.8'inin (n=34) dâhili servisler, %20.5'inin (n=26) cerrahi servisler, %18.1'inin (n=23) yoğun bakım ve %10.2'sinin (n=13) acil servislerdir (Tablo 5).

Tablo 5. Hamilelerin çalışma özelliklerinin dağılımı (n=127)

Özellikler	Sayı /Ort±SS*	%
Çalışma yılı ortalaması	Ort±SS	
	8.7±5.5	
Toplam çalışma süresi		
5 yıl ve daha az	47	37.0
6-10 yıl	39	30.7
11-15 yıl	20	15.7
16 yıl ve üstü	21	16.5
Sektör		
Kamu	120	94.5
Özel	7	5.5
İstihdam		
Kadrolu	108	85.0
Sözleşmeli	19	15.0
Kurum		
Devlet Hastanesi	83	65.4
Tıp Fakültesi	22	17.3
Aile Sağlığı Merkezi	11	8.7
Özel Hastane	5	3.9
Kızılay	2	1.6
Özel Diyaliz Merkezi	2	1.6
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	1	0.8
112 Acil Servis	1	0.8
Servis		
Dahili Servisler	34	26.8
Cerrahi Servisler	26	20.6
Yoğun Bakımlar	23	18.1
Acil	13	10.2
Ameliyathane	9	7.1
ASM	11	8.7
Diğer (polk, kan alma,)	11	8.7

*= Ortalama ± Standart sapma.

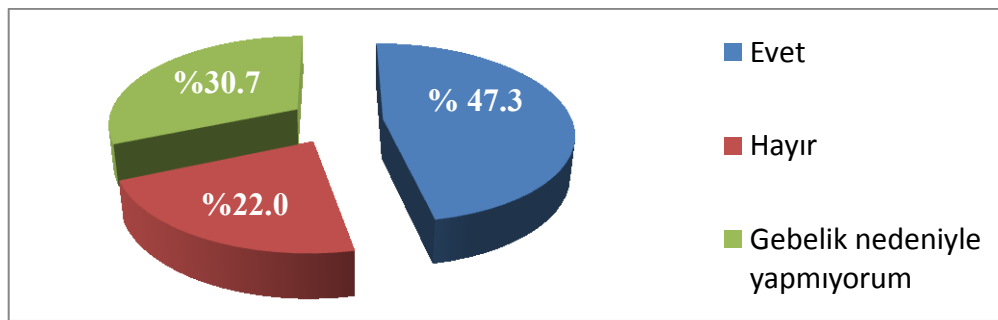
Grubumuzun %47.3'ünün (n=60) vardiyalı çalıştığı, %30.7'sinin (n=39) gebelik nedeniyle vardiya çalışması yapmadığı tespit edilmiştir (Şekil 2).

Hamilelerin %37.8'i (n=48) haftalık çalışma saatinin fazla olduğunu, %75.6'sı da (n=96) genellikle ayakta çalıştığını ifade etmiştir (Tablo 6). Haftalık çalışma süresi ortalama 48.4±5.2 saat (min 45, maks 68, ortanca 45 saat) olarak hesaplanmıştır.

Mesaide ayakta geçen süre ortalaması 6.96 ± 3.9 saat (min 2, maks 22, ortanca 6 saat) ve günde bakılan hasta sayısı ortalama 17.2 ± 24.5 (min 2, maks 120, ortanca 10) olarak bildirilmiştir

Tablo 6. Hamilelerin çalışma özelliklerinin dağılımı (n=127)

Çalışma Özellikleri	Sayı	%
Vardiya çalışması		
Evet	60	47.3
Hayır	28	22.0
Gebelik nedeniyle yapmıyor	39	30.7
Vardiya şekli		
Sadece gündüz	67	52.8
Bazen gündüz, bazen gece	48	37.8
24 saatlik nöbet	12	9.4
Haftalık çalışma saati fazlalığı		
Evet	48	37.8
Hayır	79	62.8
Çalışma şartları		
Genellikle oturarak	6	4.7
Genellikle ayakta	96	75.6
Benzer sürelerde	25	19.7
Ayakta geçen süre (bir günlük mesaide)		
Günde 3 saat ve az	11	8.7
Günde 4- 6 saat	50	46.5
Günde 7 saat ve üzeri	57	44.9



Şekil 2. Hamilelerin vardiyalı çalışma durumları (n=127)

Çalışma grubunun %76.4'ü (n=97) hamileliğin ilk 24 haftasında gece nöbeti tuttuğunu bildirmiştir (Tablo 7). Aylık gece çalışma süresi ortalama 85.4 ± 28.8 saat (min 24, maks 160, ortanca 80 saat) olarak bulunmuştur. Bununla birlikte katılımcıların %62.2'sinin (n=79) gece nöbetinin, hamilelik üzerinde olumsuz etkisi olacağını düşünmektedir.

Gece nöbetinin çalışan üzerindeki etkileri olarak en sık; %59.1'i (n=75) yorgunluk/uykusuzluk, %35.4'ü (n=45) kanama riski ve %29.9'u (n=38) beslenme sorunları bildirmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların gece nöbeti ile görüşlerinin dağılımı (n=127)

Nöbet Durumu ve Görüşler	Sayı	%
Hamilelik döneminde gece nöbeti		
Evet	97	76.4
Hayır	30	23.6
Gece nöbetinin hamilelik üzerine etkisi		
Var	79	62.2
Yok	18	14.2
Cevapsız	30	23.6
Gece nöbetinin sağlık ve gebeliğe etkisine ilişkin düşünceler*		
Kanama riski	45	35.4
Abortus riski	34	26.8
GİS şikâyetleri	35	27.6
Yorgunluk/ Uyku sorunu	75	59.1
Beslenme sorunları	38	29.9

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Çalışma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerin %3.5'i (n=41) hamilelik nedeniyle çalışma ortamının değişmesi için birim amiri ile görüşüğünü ve bunlardan %70.7'sinin (n= 29) servisi değiştiğini bildirmiştir. Buna ek olarak katılımcıların %28.3'ünün (n=36) toplam günlük çalışma süresi değişikliği talebinde bulunduğu ve bunlardan %52.8'inin (n=19) bu isteğinin karşılandığı öğrenilmiştir. Yine ebe ve hemşirelerin %58.3'ünün (n=74) hamilelik nedeniyle çalışma zamanının değişmesi için (gece gündüz-hafta sonu) istekte bulunduğu ve bunların %56.6'sının (n=30) bu isteğinin karşılandığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Hamile ebe ve hemşirelerin hamilelik nedeniyle çalışma özelliklerinin değişikliğine yönelik isteklerinin dağılımı (n=127)

Çalışma Değişikliği	Sayı	%
Gebelik nedeniyle çalışma ortamı değişikliği isteği		
Hayır	86	67.5
Evet	41	32.5
Sağlandı	29	70.7
Sağlanmadı	12	29.3
Gebelik nedeniyle çalışma süresi (toplam saat) değişikliği isteği		
Hayır	91	71.7
Evet	36	28.3
Sağlandı	19	52.8
Sağlanmadı	17	47.2
Gebelik nedeniyle çalışma zamanı/gece-gündüz-hafta sonu değişikliği isteği		
Hayır	74	58.3
Evet	53	41.7
Sağlandı	30	56.6
Sağlanmadı	23	43.4

Mesleki Risk Özellikleri

Hamile çalışanların %46.5'i (n=59) çalıştıkları servisin, sağlıkları açısından orta derecede, %40.1'i (n=51) ise yüksek derece riskli olarak algıladığını bildirmiştir (Tablo 9).

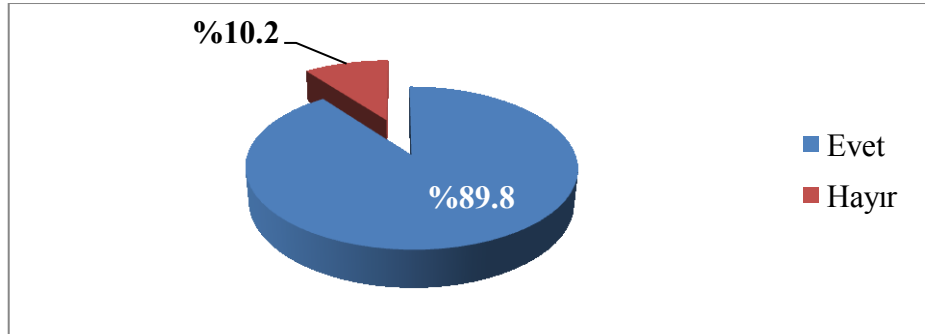
Katılımcıların %88.2'si (n=112) çalışma ortamını güvenli bulmadığını ve %52'si (n=66) mesleki risklerin fetüs üzerine etkisi olacağı düşüncesinde olduğunu bildirmiştir (Tablo 9).

Mesleki riskler konusunda ebe ve hemşirelerin %72.4'ünün (n=92) eğitim aldığı, %27.6'sının (n=35) bu konuda bir eğitim almadığı tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışma grubumuzun mesleki riskler konusundaki görüşlerinin dağılımı (n=127)

Araştırma Grubunun Düşünceleri	Sayı	%
Çalışma ortamı güvenli hissi		
Evet	15	11.8
Hayır	112	88.2
Çalıştıkları servise ait risk algısı		
Yüksek	51	40.1
Orta	59	46.5
Düşük	17	13.4
Mesleki risklerin fetüs üzerine etkisi		
Çok az	19	14.9
Ara sıra	42	33.1
Sık sık	66	52.0

Çalışmaya alınan sağlık çalışanlarının %89.8'i (n=114) çalıştıkları ortamlarda mesleki risklere maruz kaldıklarını ifade etmiştir (Şekil 3).



Şekil 3. Mesleki risklere maruz kalma durumu (n=127)

Hamile çalışanlar; çalıştıkları ortamlarında en çok biyolojik risk faktörü (%86.6) ile karşılaştıklarını, bununla birlikte çalıştıkları birimlerde fiziksel, kimyasal, ergonomik ve psikososyal risklerle de sıkça karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışma ortamlarında karşılaşılan fiziksel risk faktörleri arasında; %75.6 (n=96) yetersiz temiz hava/havasızlık sorununu, %57.4 (n=73) ile gürültüyü ve %35.4 (n=45) ile radyasyonu bildirmişlerdir (Tablo 10).

Hamilelerin karşılaştıkları kimyasal risk faktörleri incelendiğinde; %55.1'i (n=70) dezenfektanlar, %31.5'i (n=40) lateks, %15'i (n=19) anestezi gazları ve %12.6'sının (n=16) kemoterapötik ajanlar olduğu bildirilmiştir (Tablo 10).

Psikolojik risk faktörleri arasında en yüksek oranda %73.2 (n=93) ile stres, %70.1 (n=89) ile iş yoğunluğu yer almaktadır (Tablo 10).

Çalışma grubumuzdaki bireylerin %84.3'ü (n=107) çalışma ortamındaki araç-gereç ve desklerin ergonomik olmadığını ifade etmişlerdir. %76.4'ü (n=107) eğilme, diz çökme gibi hareketleri, %41.7'si (n=53) ağır kaldırma durumunu, %33.9'u da (n=43) fazla çalışma saatlerini ergonomik risk faktörü olarak gördüğü belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk etmenlerinin dağılımı*

Mesleki Risk Etmenleri	Sayı	%
Fiziksel risk etmenleri		
Gürültü	73	57.4
Sıcaklık	17	13.4
Radyasyon	45	35.4
Hava/havasızlık	96	75.6
Kaygan zemin	83	65.4
Aydınlanma	51	40.2
Kimyasal risk etmenleri		
Dezenfektanlar	70	55.1
Kemoterapi ilaçları	16	12.6
Anestezik gazlar	19	15.0
Lateks	40	31.5
Biyolojik risk etmenleri		
Enfeksiyonlar/bulaşıcı hastalıklar	101	86.6
Psikolojik risk etmenleri		
İş yoğunluğu	89	70.1
Baskı	35	27.6
Stres	93	73.2
Şiddet	23	18.1
Ergonomik risk faktörleri		
Eğilme /diz çökme	97	76.4
Ağır kaldırma	53	41.7
Fazla çalışma saatleri	43	33.9
Ergonomik olmayan araç gereç	107	84.3

*Birden fazla cevap verilebilmektedir.

Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin %55.1'i (n=70) mesleki nedenlere bağlı olarak kimi hastalıklara maruz kaldıklarını ifade etmiştir (Tablo 11).

Mesleki riskler nedeniyle gelişen sağlık problemleri arasında %33.1'inde (n=42) varis, %18.1'inde (n=23) gastrointestinal şikâyetler ve %17.3'ünde (n=22) cilt problemleri ilk üç sırada yer almıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Mesleki riskler nedeniyle gelişen sağlık sorunları (n=127)

Mesleki Risklere Bağlı Gelişen Sağlık Sorunları	Sayı	%
Mesleki nedene bağlı olarak gelişen hastalık		
Evet	70	55.1
Hayır	57	44.9
Maruz kalınan riske bağlı ortaya çıkan hastalıklar		
Hepatit- B	1	0.8
Varis	42	33.1
Cilt sorunları	22	17.3
Hernia	12	9.4
Gastrointestinal şikayetler	23	18.1
Psikolojik sorunlar	22	17.3

Çalışma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerin %47.2'si (n= 60) hamilelik döneminde en az bir kez bir enfeksiyon hastalığı geçirdiğini bildirmiştir. En sık görülen enfeksiyon hastalıkları; %75 (n=45) ile üst solunum yolu enfeksiyonu ve %15 (n=9) ile alerjik rinit olarak bildirilmiştir. Bunların dışında araştırma grubumuzda; 3 kişinin bronşit, 2 kişinin mantar enfeksiyonu ve 1'inin sitomegalovirüs enfeksiyonu geçirdiği bildirilmiştir (Tablo 12).

Araştırma grubumuzdaki bireylerin %75.6'sı (n=96) hamilelik döneminde bir kas iskelet sistemi (KİS) rahatsızlığı yaşadığını ifade etmiştir. KİS rahatsızlığı olarak sadece bel ağrısı yaşanların oranı %37.7 (n= 48), bu sisteme ait birden fazla sorun yaşayanların oranı %16.6 (n= 25) olarak belirlenmiştir (Tablo 12).

Hamile hemşire ve ebelerin % 88.2'si (n=112) hamileliğe bağlı olarak en az bir sağlık sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu sağlık sorunları arasında; ilk sırada bulantı-kusma (%69.3, n=88) yer alırken, bunu baş ağrısı (%61.4, n= 78), mide şikayetlerinin (% 47.2, n=60) izlediği saptanmıştır (Tablo 12).

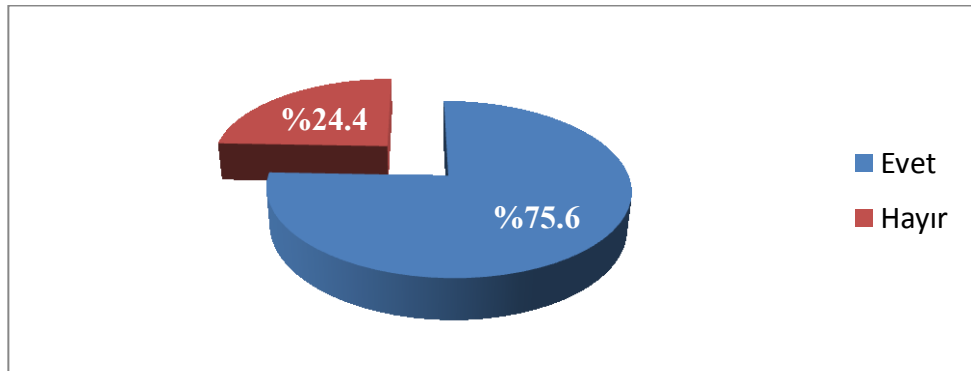
Çalışma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerin %7.9'unun (n=10) hamilelik döneminde ruhsal bir rahatsızlık geçirdiği ve bunlardan yalnızca 1 kişinin profesyonel destek aldığı saptanmıştır.

Hamilelik döneminde geçirilen hastalıkların dağılımı Tablo 12'de sunulmuştur.

Çalışma grubunun %75.6'sı (n=96) hamilelik döneminde yaşadıkları sağlık sorunlarının işyerinde arttığını bildirmişlerdir (Şekil 4).

Tablo 12. Hamilelik döneminde hastalık geçirme durumu (n=127)

Hastalık Durumu	Sayı	%
Hamilelikte enfeksiyon hastalığı geçirme		
Evet	60	47.2
Hayır	67	52.8
Geçirilen enfeksiyon hastalığı		
Rinit	9	7.0
ÜSYE	45	35.4
Bronşit	3	2.3
Astım	1	0.8
Mantar enfeksiyonu	2	1.6
Sitomegalovirüs	1	0.8
Hamile iken kas iskelet sistemi hastalığı yaşama		
Evet	96	24.4
Hayır	31	75.6
Gelişen kas iskelet sistem hastalıkları		
Bel ağrısı	48	37.7
Sırt ağrısı	14	11.0
Her ikisi	25	16.6
Bel, sırt ve el-kol ağrısı	9	7.0
Hamilelikte ruhsal rahatsızlık		
Evet	10	7.9
Hayır	117	92.1
Tedavi olan		
	1	0.8
Hamileliğe bağlı sağlık sorunları		
Evet	112	88.2
Hayır	15	11.8
Sağlık sorunu		
Bulantı kusma	88	69.3
Mide şikayeti	77	60.6
Baş ağrısı	78	61.4
Kramp	53	41.7
Kabızlık hemoroid	46	36.2
Ödem	60	47.2



Şekil 4. Gebeliğe bağlı gelişen sağlık sorunlarının işyerinde artma durumu

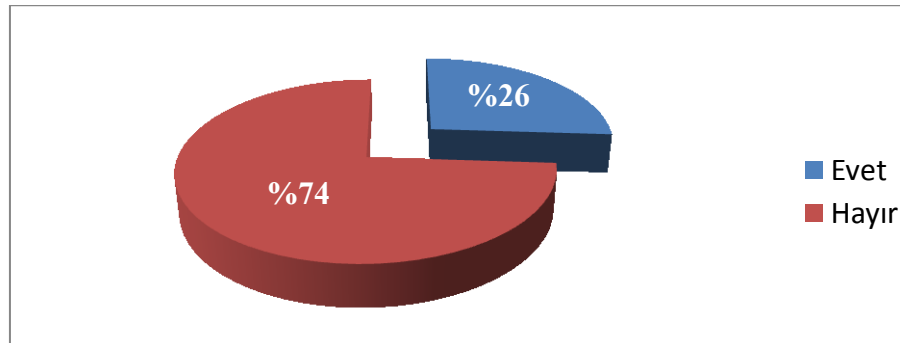
Katılımcılar, çalışma ortamlarında meslek hastalığına yakalanma riskini; %41.7'si (n=53) orta, %40.9'u (n=52) yüksek, %13.4'ü (n=17) düşük olarak gördüğü ve 5 kişinin (% 3.9) “risk yok” olarak bildirmişlerdir (Tablo 13).

Çalışma grubumuzdaki hamile çalışanlar, çalışma ortamlarında iş kazası geçirme risklerini; %52'si (n=66) orta, %28.3'ü (n=36) yüksek olarak gördüğünü belirtirken, yalnızca 3 kişi (%2.4) “risk yok” olarak tanımlamıştır (Tablo 13).

Araştırma grubumuzun %26.0'sı (n=33) en az bir iş kazası yaşadığını bildirmiştir (Şekil 5). Bu iş kazalarının türleri incelendiğinde; 5 (%3 .9) çalışan düşme ve/veya kayma, 28 (%22.1) kişi de iğne batması şeklinde olduğunu bildirmiştir. İğne batması sonucunda 10 kişi tetkik yaptırırken, 9 kişi iğnenin temiz olduğu düşüncesiyle bir şey yaptırmadığını ve yalnızca 3 kişinin üst birime (enfeksiyon kontrol birimine) bildirdiği tespit edilmiştir (Tablo 13).

Katılımcıların %58.2'si (n=74) çalışma ortamında herhangi bir riskli materyal ile temasının olduğunu bildirmiştir. En çok temas edilen materyal; %51.2 (n=65) ile kan ve kan ürünleri ve %33.9 (n=43) hastaların vücut sıvılarına temas biçiminde olmuştur. Temas edilen materyallerin % 39.3'ü (n=50) mukoz membranlara sıçrama, %21.2'si (n=27) delici kesici yaralanma ve %20.4 oranında hasarlı deriye temas şeklinde olduğu öğrenilmiştir (Tablo 13).

Hamile sağlık çalışanlarının meslek hastalığı ve iş kazası riski konusundaki düşünceleri ile iş kazası geçirme durumlarının dağılımı Tablo 13'de sunulmuştur.



Şekil 5. Hamilelik döneminde iş kazası geçirme durumları

Tablo 13. Hamilelerin meslek hastalığı ve iş kazası risk algısıyla iş kazası geçirme durumlarının dağılımı (n=127)

Risk Tanımı	Sayı	%
Meslek hastalığına yakalanma riskini tanımlama		
Risk yok	5	3.9
Düşük	17	13.4
Orta	53	41.7
Yüksek	52	40.9
İş kazası geçirme riskini tanımlama		
Risk yok	3	2.4
Düşük	22	17.3
Orta	66	52.0
Yüksek	36	28.3
Hamilelikte iş kazası geçirme durumu		
Evet	33	26.0
Hayır	95	74.0
İş kazasının özelliği*		
Düşme/kayma	5	3.9
İğne batması	28	22.1
İğne batması sonucunda ne yapıldı*		
Sadece Tetkik yapılan	10	35.7
Kanatma /antiseptikle temizleme	6	21.4
Tetkik/kanatma/üst birime bildirme	3	10.7
İğnenin temiz olduğu düşündüğü için bir şey yapmama	9	32.1
Hamilelikte temas edilen materyal var mı?		
Evet	74	58.2
Hayır	53	41.7
Temas edilen materyal**		
Kan ve kan ürünleri	65	51.2
Vücut sıvıları/atıkları	43	33.9
Kimyasal sıvılar	24	18.9
Temas yolu*		
Delici kesici yaralanma	27	21.2
Mukoz mebranlara sıçrama	50	39.3
Hasarlı deri ile temas	26	20.4

*Sadece kendi içindeki yüzde **Birden çok seçenek işaretli.

Sağlık çalışanlarının işyerinde şiddetle karşılaşma durumları incelendiğinde; %57.5'i (n=73) hasta veya hasta yakınlarından şiddet gördüğünü, %42.5'inin (n=54) ise şiddet yaşamadığı belirlenmiştir. Şiddet türü incelendiğinde en yüksek oranda sözel şiddet (%82.2)

olduğu yalnızca bir kişide ruhsal şiddet (%1.3) gördüğünü bildirmiştir (Tablo 14). Çalışmamızda fiziksel şiddet tespit edilmemiştir.

Hamilelerin %27.6'sının (n=35) çalışma arkadaşları veya idarecilerden şiddet gördüğü ve şiddet görenler arasında, şiddet türü olarak en fazla sözel şiddetin yaşandığı tespit edilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Hamile ebe ve hemşirelerin hamilelik döneminde şiddet görme durumları (n=127)

Şiddetle İlgili Durum		Sayı	%
Hasta veya hasta yakınlarından	Evet	73	57.5
	Hayır	54	42.5
Şiddet türü	Sözel	60	82.2*
	Ruhsal	1	1.3*
	Her ikisi	12	16.5*
Çalışma arkadaşları veya idarecilerden	Evet	35	27.6
	Hayır	92	72.4
Şiddet türü	Sözel	25	71.4*
	Ruhsal	3	8.6*
	Her ikisi	7	20.0*

*Şiddet görenler içindeki yüzde.

Katılımcıların % 87.4'ü (n=111) çalışma ortamında, en az bir kişisel koruyucu araç kullandığını bildirmiştir. Alınan önlemlerin yeterliliği ile ilgili soruya, hamilelerin %45.7'si (n=58) evet, % 29.1'i (n=37) hayır olarak cevap vermişlerdir (Tablo 15).

Çalışma sırasında uygulanan koruyucu uygulamaların neler olduğu incelendiğinde; katılımcılardan %60.6'sı (n=77) hastayla temastan önce/sonra el yıkama, %61.4'ü (n=78) kan alırken ya da damar yolu açarken her zaman eldiven kullanma alışkanlığının olduğunu ve %57.5'inde gerektiğinde maske veya koruyucu önlük giydiği bildirilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların çalışma sırasında yaptıkları koruyucu uygulamalar (n=127)

Koruyucu Uygulamalar		Sayı	%
Koruyucu malzeme kullanımı	Evet	111	87.4
	Hayır	16	12.6
El yıkama	Her zaman	77	60.6
	Genellikle	47	37.0
	Ara sıra	3	2.4
	Hiç yapmam	0	0.0
Eldiven giyme	Her zaman	78	61.4
	Genellikle	25	19.7
	Ara sıra	22	17.3
	Hiç yapmam	2	1.6
Maske kullanımı	Her zaman	73	57.5
	Genellikle	31	24.4
	Ara sıra	20	15.7
	Hiç yapmam	3	2.4
Alınan önlemler yeterli mi?	Evet	32	25.2
	Hayır	37	29.1
	Kısmen	58	45.7

Hamile ebe ve hemşirelerin %92.9'unun (n=118) Hepatit B'ye karşı aşıları olduğu, bir kişinin Hepatit B taşıyıcısı olduğu ve sadece 7'sinin (% 5.5) grip aşısı yaptırdığı belirlenmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Hamile ebe ve hemşirelerin aşılama durumlarının dağılımı (n=127)

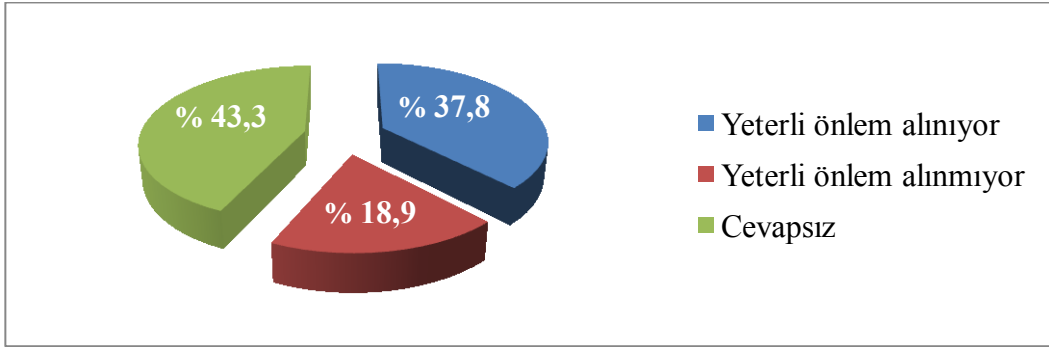
Aşılama Durumları	Sayı	%
Hepatit B		
Aşılı	118	92.9
Aşısız	8	6.3
Taşıyıcı	1	0.8
Grip aşısı		
Evet	7	5.5
Hayır	120	94.5

Katılımcıların %64.6'sının (n=82) işe giriş muayenesi yaptırdığı ve %53.5'inin (n= 68) düzenli olarak periyodik kontrollerinin yapıldığı tespit edilmiştir (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların işe giriş ve periyodik kontrol durumlarının dağılımı (n=127)

İşe Giriş ve Periyodik Kontroller		Sayı	%
İşe giriş muayenesi	Var	82	64.6
	Yok	45	35.4
Periyodik muayeneler	Var	68	53.5
	Yok	59	46.5

Hamile çalışanların %37.8'i (n=48) çalışma ortamlarında yeterli koruyucu önlem alındığını, %18.9'u (n=24) da kurum tarafından yeterli önlem alınmadığını belirtirken %43.3'ünün de (n=55) bu soruya cevap vermemiştir (Şekil 6).



Şekil 6. Katılımcıların kurumlarındaki koruyucu önlemlere ilişkin düşünceleri

Çalışma grubumuzdaki hamilelerin %48.8'i (n=62) çalışma ortamlarında gerekli koruyucu önlemlerin alınması konusunda, yöneticilere öneride bulduklarını belirtmiştir. Alınması istenen öneriler için; sırasıyla %66.9 (n=85) oranında personel sayısının artırılması, %53.5 (n=65) ile çalışma ortamında kullanılan malzemelerin yeterli sayıda ve uygun bir özelliğe sahip olması, %54.3 (n=69) stressiz çalışma ortamının olması, %33.1 (n=42) yönetici desteğinin olması ve %29.1 (n=37) oranında bakılan hasta sayısının azaltılması gibi önerilerinin olduğu tespit edilmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Hamile ebe ve hemşirelerin kurum tarafından alınmasını istediği önlemlerin dağılımı (n=127)

Öneri Durumu	Sayı	%
Önlem için öneride bulunma		
Evet	62	48.8
Hayır	65	51.2
Toplam	127	100.0
Öneriler*		
Malzeme yeterli sayıda ve donanımlı olmalı	68	53.5
Mesleki risklere yönelik eğitimler olsun	33	26.0
Personel sayısı arttırılsın	85	66.9
Stressiz çalışma ortamı sağlanmalı	69	54.3
Fazla çalışma saatleri azaltılsın	52	40.9
Yönetici desteği olmalı	42	33.1
Bakılan hasta sayısı azaltılmalı	37	29.1
Radyasyondan korunma sağlanmalı	36	28.3
Güvenlik bulunmalı	36	28.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kurum tarafından alınan önlemler incelendiğinde; çalışanların %52.0'si (n=66) hizmet içi eğitim programları uygulandığını, %51.2'si düzenli aşılama hizmetlerinin olduğunu, %42.5'i (n=54) yeterli sayıda ve uygun atık kutularının olduğunu, %28.3'ü servis temizliğinin düzenli ve yeterli yapıldığını belirtmişlerdir (Tablo 19).

Tablo 19. Hamile ebe ve hemşirelere göre kurumları tarafından alınan önlemlerin dağılımı

Alınan Önlemler	Sayı*	%
Malzeme sorunu yok	26	20.5
Ortam temizliği sürekli yapılıyor	36	28.3
Atık kutuları uygun ve yeterli	54	42.5
Aşılama hizmeti sağlanıyor	65	51.2
Hizmetiçi eğitimler veriliyor	66	52.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

2- GEBELİK DÖNEMİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Obstetrik özellikler

Araştırma grubumuzdaki sağlık çalışanlarının %49.6'sı (n=63) ilk, %34.6'sı (n=44) ikinci ve %15.8'i (n=20) üç ve daha sonraki gebeliği yaşamaktadır. Buna göre gebelik sayıları ortalamaları $1,7 \pm 1,03$ (min 1, max 7, med 2) olarak bulunmuştur (Tablo 20).

Araştırma grubumuzdaki hamilelerin %57.5'inin (n=73) henüz çocuğunun olmadığı ve %37.8'inin (n=48) bir çocuğu olduğu ve çocuk sayısı ortalaması 0.48 ± 0.61 (min 0, maks 3,ortanca 0) olarak bildirilmiştir (Tablo 20).

Çalışma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerin önceki gebelikleri sonucunda; %42.5'inin (n=54) canlı doğum yaptığı, %57.5'inin (n=73) çocuğunun olmadığı, %15.7'sinin (n=20) gebeliğinin düşük ile sonlandığı, %9.4'ünün (n=12) erken doğum yaptığı ve 4 kişinin de mesleki bir risk nedeniyle gebeliğinin sonlandığı belirlenmiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Hamile ebe ve hemşirelerin bazı doğurganlık özelliklerinin dağılımı (n=127)

Özellikler	Sayı/ Ort±SS	%
Gebelik sayısı ortalaması *	1.7±1.03	
Çocuk sayısı ortalaması*	0.48±0.61	
Gebelik sayısı		
Bir	63	49.6
İki	44	34.6
Üç	13	10.3
Dört ve ↑	7	5.5
Çocuk sayısı		
Yok	73	57.5
Bir	48	37.8
İki	5	3.9
Üç	1	0.8
Önceki gebelikte düşük		
Evet	20	15.7
Hayır	107	84.3
Önceki gebelikte DDAB		
Evet	9	7.1
Hayır	118	92.9
Önceki gebelikte erken doğum		
Evet	12	9.4
Hayır	115	90.6
Mesleki bir risk nedeniyle hamileliğin sonlanması		
Evet	4	3.1
Hayır	122	96.1

*= Ortalama ± Standart Sapma.

Araştırma grubumuzdaki ebe ve hemşirelerin, hamilelikten önce aile planlaması yöntemi olarak en çok kondom (%33.1), ikinci sırada oral kontraseptif (%26.8) kullandığı ve %20.5'inin de herhangi bir yöntem kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 21).

Hamilelerin % 27.6'sının (n=35) hamile kalmakta güçlük yaşadığı ve bunlardan 12 tanesinin (%9.4) yardımcı üreme tekniklerinden faydalandığı bildirilmiştir. Yardımcı üreme teknikleri olarak 4'ü aşılama, 8'i (%6.3) de tüp bebek yöntemi ile hamile kalmış, tüp bebek yöntemi olarak bir tanesi dondurulmuş embriyo yönteminden faydalanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Hamile ebe ve hemşirelerin aile planlaması ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=127)

Özellikler	Sayı	%
Aile planlaması yöntemi		
Rahim içi araç	12	9.4
Oral kontraseptif	34	26.8
Kondom	42	33.1
Geleneksel	12	9.4
Enjeksiyon	1	0.8
Kullanmıyor	26	20.5
Hamile kalmada güçlük		
Evet	35	27.6
Hayır	92	72.4
Yardımcı üreme teknikleri		
Aşılama	4	3.1
Tüp bebek	8	6.3
Hayır	115	90.6

Hamile çalışanların tamamı, prenatal bakım için düzenli olarak doktor kontrolüne gittiğini bildirmiştir. Bu hizmeti grubumuzun % 40.2'si (n=51) özel hastane kadın doğum polikliniğinden, %29.1'i (n=37) özel hekim muayenehanesinden, %22.8'i (n=29) devlet hastanesi kadın doğum polikliniğinden ve %5.5'inin (n=7) de üniversite hastanesi kadın doğum polikliniğinden almıştır. İlk prenatal bakımın alınma haftası ortalama 5.5±1.3 (min 3, max 10, ortanca 5) olarak hesaplanmıştır (Tablo 22).

Hamile çalışanların düzenli olarak gittikleri izlemlerde %37'sinde (n=47) bebeklerinde herhangi bir risk tespit edildiği, %15.7'sinde (n=20) de tarama testlerinde de risk olduğu belirlenmiş ve bu gebelerden 11'ine (%8.6) perinatoloji muayenesi ile beraber amniyosentez yapılmıştır (Tablo 22).

Ayrıca araştırmaya alınan hamilelerin %15'inde (n=19) kan uyuşmazlığının olduğu belirlenmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Hamile ebe ve hemşirelerin gebelikle ilişkili özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Sayı/ Ort±SS	%
İlk prenatal bakım aldığı hafta ortalaması	Ort ±SS	
	5.5±1.3	
Prenatal bakımı aldığı yer		
Üniversite Sağ.Arş.Uyg. kadın doğum polk	7	5.5
Devlet hastanesi kadın doğum polk	29	22.8
Özel hastane kadın doğum polk	51	40.2
Özel hekim polikliniği	37	29.1
ASM	3	2.4
İzlemde risk tespiti		
Evet	47	37.0
Hayır	80	63.0
Tarama testlerinde risk tespiti		
Evet	20	15.7
Hayır	95	74.8
Test yapılmadan düşük olan	12	9.4
Ne yapıldı		
Perinatoloji muayenesi	11	8.6
Perinatoloji+amniyosentez	9	7.1
Kan uyumsuzluğu		
Evet	19	15.0
Hayır	108	85.0

Hamile ebe ve hemşirelerin hamilelik döneminde; % 30'u (n= 38) tansiyon sorunu yaşadığı, bunların %20.5'inde (n=26) hipotansiyon, % 9.5'inde (n=12) ise hipertansiyonun geliştiği belirlenmiştir. Sistolik kan basıncı ortalaması 106.92±16.4mmHg (min 70, maks 190, ortanca 110), diyastolik kan basıncı ortalaması 66.16±11.06 mmHg (min 10, maks 100, ortanca 70), olarak bulunmuştur. Hamile çalışanların %77.2'si (n=98) çalışma sırasında harekete bağlı olarak solunum zorluğu yaşadığı öğrenilmiştir (Tablo 23).

Araştırmaya alınan hamile ebe ve hemşirelerin %11.8'inin (n=15) kronik hastalığı olduğu, kronik hastalık olarak en fazla hipotiroidinin (%5.4, n=6) görüldüğü, 2 hipertansiyon hastası (%1.9) ve 1'er talasemi, mitral yetmezlik, astım, çölyak, karaciğer hemanjiyomu ve tromboz hastalıkların olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

Hamile ebe ve hemşirelerin hamilelik döneminde yaşam bulgularına ilişkin veriler Tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 23. Hamile ebe ve hemşirelerin hamilelik döneminde yaşam bulgularına ilişkin değerlerin dağılımı

Yaşam Bulguları	Sayı /Ort ±SS	%
Sistolik kan basıncı ortalaması	Ort ±SS	
	106.92±16.4	
Diastolik kan basıncı ortalaması	Ort ±SS	
	66.16±11.06	
Hamilelikte tansiyon sorunu		
Evet	38	30.0
Hayır	89	70.0
Tansiyon sorunu		
Hipotansiyon	26	20.5
Hipertansiyon	12	9.5
Çalışma sırasında solunum zorluğu		
Hayır	29	22.8
Nefesim yetmiyor, zorlanıyorum	98	77.2
Kronik hastalık durumu		
Var	14	11.0
Yok	113	89.0
Kronik hastalıklar		
Hipotiroidi	6	5.3
Hipertansiyon	2	1.8
Astım	1	0.9
Mitral yetmezlik	1	0.9
Çölyak	1	0.9
Talasemi	1	0.9
Derin ven tromboz	1	0.9
Karaciğer hemanjiyomu	1	0.9

Katılımcıların hamilelik öncesinde VKİ'ye göre %5.5'i (n=7) zayıf, %66.1'i (n=84) orta ve %28.3'ünün (n=36) şişman-çok şişman grubunda olduğu saptanmıştır. Bununla beraber hamilelik öncesi ağırlıkları ortalama 63.40±10.11 kg (min 42 kg, maks 96 kg, ortanca 62 kg), hamilelik sonundaki ağırlıkları ortalama 76.58±10.55 kg (min 55, maks 110, ortanca 76) ve hamilelik süresince aldıkları ağırlıkları ortalama 14.1±5.02 kg (min 4, maks 37, ortanca 14) olarak tespit edilmiştir (Tablo 24).

Ayrıca hamilelerin VKİ'ye göre gebelik komplikasyon durumları incelendiğinde zayıf-orta olan grupta gebelik komplikasyonlarının daha istatistiksel önemlilikte daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir (p=0.048), (Tablo 25). Ayrıca vajinal ve erken doğum yapanların çok yüksek oranda zayıf-orta olan grupta olduğu belirlenmiştir (p=0.026, p=0.31) (Tablo 25).

Tablo 24. Katılımcıların gebelik öncesi ve sonrası ağırlıklarıyla ilgili özellikler (n=127)

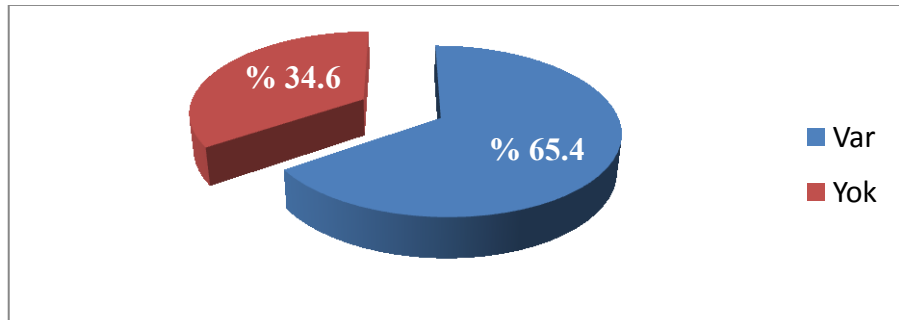
Özellikler	Sayı /Ort ±SS	%
VKİ (kg/m²) gebelik öncesi		
Zayıf (VKİ< 18.5 kg/m ²)	7	5.5
Orta (VKİ =18.5-24.9 kg/m ²)	84	66.1
Şişman-çok şişman (VKİ>25 kg/m ²)	36	28.3
Toplam	127	100.0
Gebelik öncesi ağırlık ortalaması	Ort ±SS	
	63.40±10.11 kg	
Gebelik sonrası ağırlık ortalaması	Ort ±SS	
	76.58±10.55 kg	
Toplam alınan ağırlık ortalaması	Ort ±SS	
	14.1 ±5.02 kg	

Tablo 25. Hamilelerin VKİ ye göre gebelik ve doğum özelliklerin dağılımı

Çalışma Özellikleri		VKİ				Toplam		p*
		Zayıf-Orta		Şişman-çok şişman		Sayı	%	
		Sayı	%	Sayı	%			
Gebelik komplikasyonu	Var	55	66.3	28	33.7	83	100.0	0.048
	Yok	36	81.8	8	18.2	44	100.0	
Erken doğum	Evet	12	52.2	11	47.8	23	100.0	0.031
	Hayır	67	75.3	22	24.7	89	100.0	
Doğum şekli	Vajinal	14	93.3	1	6.7	15	100.0	0.026
	Sezaryen	65	66.3	33	33.7	98	100.0	

*p<0.05, Ki kare.

Çalışma grubumuzdakilerin %65.4'ünde (n=83) en az bir gebelik komplikasyonun geliştiği belirlenmiştir (Şekil 7).



Şekil 7. Katılımcıların gebelik komplikasyonu gelişme durumları

Katılımcılarda en çok görülen komplikasyonlar sırasıyla; kanama (%46.5), erken doğum tehditi (%27.6), amniyon sıvısı sorunları (%11.8), gestasyonel diyabet (%8.7), preeklamsi ve plesanta yetmezlikleri olarak saptanmıştır (Tablo 25). Bu komplikasyonlar nedeniyle hamilelerin %11'i (n=14) hastanede yatmış, %38.6'sı (n=49) gebelik döneminde tokolitik ilaç kullanmıştır (Tablo 26).

Araştırmaya katılan hamilelerin %59.1'inin (n=75) hamilelik döneminde rapor aldığı, rapor alanların tamamına yakınının (%97.3) (n=72) raporlu gün sayısı 3 gün ve daha fazla, raporlu gün ortalaması ise 23.46±22.26 gün (min 2, maks 90, ortanca 15) olarak bulunmuştur. Bunlara ek olarak katılımcıların %13.4'üne (n=17) 32 haftadan sonra zorunlu yatak istirahatının verildiği saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Hamile ebe ve hemşirelerde gelişen gebelik komplikasyonlarının dağılımı (n=127)

Özellikler	Sayı	%
Gelişen gebelik komplikasyonları*		
Kanama	59	46.5
Erken Doğum Tehditi	35	27.6
Amniyos sıvısı sorunları	15	11.8
Gestasyonel diyabet	11	8.7
Preeklamsi	9	7.1
Plesanta yetmezlikleri	7	5.5
Hastanede yatan		
Evet	14	11.0
Hayır	113	89.0
Tokolitik ilaç kullanımı		
Evet	49	38.6
Hayır	78	61.4
Rapor alma		
Evet	75	59.1
Hayır	52	40.9
Raporlu gün ortalaması	Ort±SS	
	23.46±22.26	
32 haftadan sonra zorunlu istirahat		
Evet	17	13.4
Hayır	110	86.6

Araştırma grubumuzun çalışma özelliklerine göre gebelik komplikasyonu yaşama durumlarına bakıldığında; gebelik döneminde fazla mesai yapan hamilelerde (p=0.023) ve daha yüksek oranda ayakta çalışanlarda (p=0.007), gebelik komplikasyonu yaşama oranının anlamlı düzeyde daha yüksek oranda yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 27).

Çalışmada vardiyalı çalışanların çalışmayanlara göre gebelik sürecinde komplikasyon gelişmesi açısından anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p = 0.110$), (Tablo 27).

Gebelik döneminde komplikasyon yaşayanlar, yaşamayanlara göre daha yüksek oranda çalışma süresi değişikliği için istekte bulunmuşlardır ($p < 0,05$), (Tablo 27).

Hamilelerin çalışma özelliklerine göre hamilelik döneminde komplikasyon yaşama durumlarının dağılımı Tablo 27’de sunulmuştur.

Tablo 27. Hamile ebe ve hemşirelerin çalışma özelliklerine göre gebelik komplikasyonu yaşama durumları (n=127)

Çalışma Özellikleri		Gebelik Komplikasyonu				Toplam		p
		Var		Yok		Sayı	%	
		Sayı	%	Sayı	%			
Haftalık çalışma saati fazla olan	Evet	37	77.1	11	22.9	48	100.0	0.023
	Hayır	46	58.2	33	41.8	79	100.0	
Vardiyalı çalışan	Evet	43	71.7	17	28.3	60	100.0	0.110
	Hayır	40	59.7	27	40.3	67	100.0	
Çoğunlukla ayakta çalışan	Evet	69	71.9	27	28.1	96	100.0	0.007
	Hayır	14	45.2	17	54.8	31	100.0	
Çalışma süresi değişikliği isteği	Evet	29	80.6	7	19.4	36	100.0	0.018
	Hayır	54	59.3	37	40.7	91	100.0	

* $p < 0,05$. Ki-kare.

Çalışma grubumuz, mesleki risk faktörlerine göre gebelik komplikasyonu yaşayan ve yaşamayan olarak 2 gruba ayrılarak değerlendirildiğinde; hamilelik döneminde komplikasyon gelişenlerin %69.1’inde (n=67) ergonomik risklerden eğilme, %63.2’sinde (n=36) gürültü, %74’ünde (n=34) radyasyon, %62.5’inde (n=10) kemoterapötik ilaçlara maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu riskler ve gebelik komplikasyonu farksız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 28).

Ancak gebelik komplikasyonu gelişen hamilelerde, dezenfektan ($p = 0.037$), anestezi gazları ($p = 0.012$), stres ($p = 0.003$) ve ergonomik risklerden ağır kaldırma ($p = 0.032$) gibi risk faktörlerine yönelik maruziyetin daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Hamile çalışanların kendi beyanlarına göre maruz kaldıkları mesleki risk faktörlerine göre gebelik döneminde komplikasyon yaşama durumları Tablo 28’de sunulmuştur.

Tablo 28. Hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk faktörlerine göre gebelik komplikasyonu yaşama durumları (n=127)

Risk Faktörleri		Gebelik Komplikasyonu				Toplam		p**
		Var		Yok		Sayı	%	
		Sayı	%	Sayı	%			
Gürültü	Var	36	63.2	21	36.8	57	100.0	0.388
	Yok	47	67.1	23	32.9	70	100.0	
Radyasyon	Var	34	74.0	12	26.0	46	100.0	0.090
	Yok	49	60.5	32	39.5	81	100.0	
Dezenfektanlar	Var	51	72.9	19	27.1	70	100.0	0.037
	Yok	32	56.1	25	43.9	57	100.0	
Anestezik gazlar	Var	17	89.5	2	10.5	19	100.0	0.012*
	Yok	66	61.1	42	38.9	108	100.0	
Kemoterapötikler	Var	10	62.5	6	37.5	16	100.0	0.501
	Yok	73	65.8	38	34.2	111	100.0	
Eğilme	Var	67	69.1	30	30.9	97	100.0	0.088
	Yok	16	53.3	14	46.7	30	100.0	
Ağır kaldırma	Var	40	75.5	13	24.5	53	100.0	0.032
	Yok	43	58.1	31	41.9	74	100.0	
Stres	Var	68	73.1	25	26.9	93	100.0	0.003
	Yok	15	44.1	19	55.9	34	100.0	

Fisher's Exact Test. *p<0.05. Ki kare. **p<0.05.

Gebelik döneminde fazla mesai yapanlarda, vardiyalı çalışanlarda, özellikle gece çalışanlarda, hamileliğin ilk 24 haftasında gece nöbeti tutanlarda ve çalışma şekli genellikle ayakta olan hamilelerde daha yüksek oranda kanama komplikasyonu yaşandığı belirlenmiştir. Ayrıca fazla mesai yapanlarda (p = 0.005), vardiyalı çalışanlarda (p = 0.003), devamlı gece çalışanlarda (p = 0.016) ve çalışma şartları genellikle ayakta olanlarda, buy özellikleri taşımayanlara göre önemli düzeyde daha fazla gebelik döneminde kanama yaşandığı saptanmıştır (p = 0.015), (Tablo 29).

Ayrıca hamileliğin ilk 24 haftasında gece nöbeti tutanlarda, tutmayanlara göre gebeliğe bağlı kanama komplikasyonunun istatistiksel önemlilikte daha yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir (p = 0.017), (Tablo 29).

Tablo 29. Hamile ebe ve hemşirelerin çalışma özelliklerine göre gebelikte kanama yaşama durumları (n=127)

Çalışma Özellikleri		Gebelikte Kanama				Toplam		p*
		Var		Yok		Sayı	%	
		Sayı	%	Sayı	%			
Haftalık çalışma saati fazla olan	Var	29	60.4	19	39.6	48	100.0	0.005
	Yok	28	35.4	51	64.6	79	100.0	
Vardiyalı çalışan	Evet	35	58.3	25	41.7	60	100.0	0.003
	Hayır	22	32.8	45	67.2	67	100.0	
Vardiya çeşidi	Gündüz	22	32.8	45	67.2	67	100.0	0.016
	Gündüz+gece	28	58.3	20	41.7	48	100.0	
	24 saat nöbet	7	58.3	5	41.6	12	100.0	
Çoğunlukla ayakta çalışan	Evet	50	52.1	46	47.9	96	100.0	0.003
	Hayır	7	22.6	24	77.4	31	100.0	
İlk 24 hafta gece nöbeti tutan	Evet	49	51.0	48	49.0	97	100.0	0.017
	Hayır	8	26.7	22	73.3	30	100.0	

*p<0.05. Ki kare.

Hamile ebe ve hemşirelerin, kendi ifadelerine göre maruz kaldıkları mesleki risk faktörleri incelendiğinde; gebelikte kanama sorunu yaşayan hamilelerde, dezenfektanlara maruziyetinin anlamlı biçimde daha fazla olduğu bildirilmiştir (p = 0.014). Benzer biçimde, hamilelik döneminde ağır kaldırma gibi ergonomik risklere maruz kalanlarda, gebelikte kanama önemli biçimde daha fazla bildirilmiştir (p=0.044), (Tablo 30). Çalışma grubumuzdaki hamile sağlık çalışanlarının; gürültü, radyasyon, anestezi gazları ve kemoterapötik ilaçlara maruziyet durumları ile kanama komplikasyonunun gelişmesi bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05), (Tablo 30).

Hamile ebe ve hemşirelerin bazı mesleki risk faktörlerine göre gebelik döneminde kanama yaşama durumları Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30. Hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk faktörlerine göre gebelikte kanama durumu (n=127)

Mesleki Risklere Maruziyet	Gebelikte Kanama				Toplam		p*	
	Var		Yok		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Gürültü	Var	28	49.1	29	50.9	57	100.0	0.246
	Yok	29	41.4	41	58.6	70	100.0	
Radyasyon	Var	25	54.3	21	45.6	46	100.0	0.076
	Yok	32	39.5	49	60.5	81	100.0	
Dezenfektanlar	Var	38	54.3	32	45.7	70	100.0	0.014
	Yok	19	33.3	38	66.7	57	100.0	
Anestezi gazları	Var	11	57.9	8	42.1	19	100.0	0.162
	Yok	46	42.6	62	57.4	108	100.0	
Kemoterapötikler	Var	6	37.5	10	62.5	16	100.0	0.360
	Yok	51	45.9	60	54.1	111	100.0	
Ağır kaldırma	Var	29	54.7	24	45.3	53	100.0	0.044
	Yok	28	37.8	46	62.2	74	100.0	
Eğilerek çalışma	Var	46	47.4	51	97	52.6	100.0	0.205
	Yok	11	36.7	19	30	63.3	100.0	
Stres	Var	48	51.6	45	48.4	93	100.0	0.009
	Yok	9	26.5	25	73.5	34	100.0	

*p<0.05. Ki kare.

Riskli Gebelik Özellikleri

Araştırmaya grubumuzdakilerin gebelikteki risk durumları; yaş, parite, kronik hastalık varlığı gibi özellikler bakımından incelenmiştir. Katılımcıların %21.2'sinin (n=27) 35 yaş ve üzeri olduğu, %11'inin (n=14) kronik hastalığa sahip olduğu ve %14.2'sinin (n=18) gebelik sayısı 4 üzeri, %16.9'unun gebelik sıklığı 2 yıldan kısa sürede olduğu için, bu hamileler riskli gebelik olarak değerlendirilmiştir.

Buna göre araştırmaya alınan hamilelerin 47'sinin (%37) riskli gebelik kategorisinde bulunmaktadır. Taşınan risk sayısına göre grubumuzun; %29.1'i (n=37) en az 1 risk ve %7.9'u (n=10) ise en az 2 riske sahiptir (min=1, maks=4, ortanca 1) (Tablo 31).

Tablo 31. Hamile ebe ve hemşirelerin riskli gebelik sayılarının dağılımı (n=127)

Riskli Gebelik Durumu	Sayı	%
Riskli gebelik		
Evet	47	37.0
Hayır	80	63.0
Risk durumu		
En az 1 risk olan	37	29.1
En az 2 risk ve üzeri olan	10	7.9

Gebeliği riskli olanlarda, gebelik komplikasyonu ve kanama gibi sağlık sorunlarının gelişmesi değerlendirildiğinde; bu grupta istatistiksel önemlilikte daha yüksek oranda komplikasyon geliştiği belirlenmiştir (p=0.012). Ancak riskli gebeliğe sahip olanlarla olmayanlar arasında gebelik döneminde kanama yaşama ve gebelik sonucunu etkileme durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p = 0.104, p = 0.343), (Tablo 32).

Tablo 32. Riskli gebeliklerin gebelik süreci üzerine etkisi

Özellikler		Riskli Gebelik Var		Riskli Gebelik Yok		Toplam		p**
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gebelik komplikasyonu	Var	37	44.6	46	55.4	83	100.0	0.012
	Yok	10	22.7	34	77.2	44	100.0	
Kanama	Var	25	43.9	32	56.1	57	100.0	0.104
	Yok	22	31.4	48	68.6	70	100.0	
Gebelik sonucu	Canlı doğum	42	37.5	70	62.5	112	100.0	0.343*
	Düşük	4	28.6	10	71.4	14	100.0	

Fisher's Exact Test, *p<0.05. Ki kare, **p<0.05.

Hamilelerin Sigara, Alkol Kullanma Durumu

Araştırma grubumuzun %27.6'sı (n=35) gebelik öncesinde sigara içtiğini, %9.4'ü (n=12) gebelik döneminde günde en az 3 sigara kullanmaya devam ettiğini ve %48.8'i (n=62) hamilelik döneminde pasif içici konumunda olduğu ve pasif içiciliğin en çok işyerinde olduğunu (%22.0) bildirmiştir (Tablo 33).

Ayrıca grubumuzun %21.3'ü (n=27) hamilelik öncesinde ara sıra alkol kullandığını ve % 6.3'ü (n=8) ise hamilelikte en az bir defa alkol aldığını bildirmiştir (Tablo 33).

Hamile ebe ve hemşirelerin günlük sigara, alkol, kullanma durumları Tablo 33'te sunulmuştur.

Tablo 33. Hamile ebe ve hemşirelerin günlük sigara, alkol kullanma durumları (n=127)

Alışkanlıklar	Sayı	%
Gebelik öncesi sigara kullanma		
Evet	35	27.6
Hayır	92	72.4
Gebelikte sigara kullanma		
Evet	12	9.4
Hayır	115	90.6
Gebelikte pasif içicilik		
Evet	62	48.8
Hayır	65	51.2
Pasif içicilik		
Evde	25	19.7
İşyerinde	28	22.0
Hem evde hem işyerinde	9	7.1
Alkol kullanma		
Evet (ara sıra)	27	21.3
Hayır	100	78.7
Hamilelikte bir defa alkol kullanma		
Evet	8	6.3
Hayır	119	93.7

Hamile ve Emzikli Çalışanlar İçin Öneriler

Araştırmaya katılanlara bir hamile çalışan olarak gebelik döneminde çalışma ortamında alınmasını istedikleri önlemler sorulduğunda; %81.1'i (n=103) gece nöbetinin olmamasını, %80.3'ü (n=102) yorucu olmayan ve risk düzeyi daha düşük olan bir serviste çalışmayı sürdürmeyi, %60.6'sı (n=77) çalışma süresinin daha az olması gerektiğini ve %26.8'i de (n=34) çalışma ortamında ek besinler verilmesini önermiştir. Aslında hamilelerin %72.4'ü (n=92) gebeliğin 32 haftasından sonra izne ayrılmayı istediği ancak doğum sonrası izin kaygısı nedeniyle bunu gerçekleştiremediği belirlenmiştir (Tablo 34).

Hamilelerin %91.3'ü (n=116) doğum sonrası ücretli izinlerin arttırılmasını önermişlerdir. Bu süre için önerilen ortalama; 10.44 ± 0.4 aydır (min 4, maks 24, ortanca 12). Araştırma grubumuzun %82.7'si (n=105) iki yıl gece nöbetinin olmaması, %74'ü (n=94) süt izinlerinin arttırılması, %73.2'si (n=93) kurum kreşinin olması, %59.1'i (n=75) 0-2 yaş için bakım evinin olması ve %43.3'ü de (n=55) parasal destek verilmesi konusunda öneriler getirdiği belirlenmiştir. Ayrıca hamilelerimizin %31.5'inin de (n=40) doğum sonrasında ücretli izin almak istediği saptanmıştır (Tablo 34).

Tablo 34. Hamile ebe ve hemşirelerin gebelik ve emzicilik dönemi için istenen önerilerin dağılımı

Öneriler	Sayı* Ort± SS	%
Gebelik dönemi için		
Gece nöbeti olmasın	103	81.1
Uygun servise geçme	102	80.3
32 haftada izne ayrılma	92	72.4
Çalışma süresi az olsun	77	60.6
Ek besin verilsin	34	26.8
Emzicilik dönemi için		
Ücretli izinler arttırılsın	116	91.3
Süt izni arttırılsın	94	74.0
0-2 yaş bakımevi	75	59.1
Kurum kreşi	93	73.2
İki yıl gece nöbeti olmamalı	105	82.7
Parasal destek	55	43.3
Ücretsiz izne çıkma		
Evet	40	31.5
Hayır	87	68.5
Doğum sonrası ücretli izin ortalaması	Ort± SS	
	10.44 ±0.4	

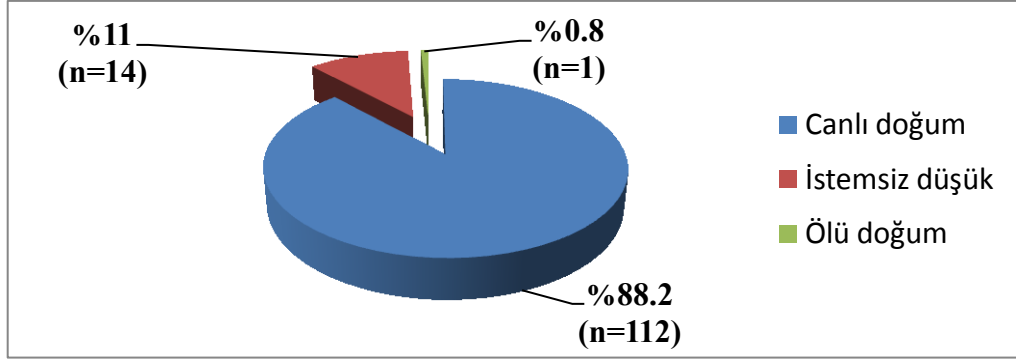
*Birden fazla seçenek işaretli

3- DOĞUM SONRASI VE YENİDOĞAN DÖNEMİNE İLİŞKİN BULGULAR

Doğum Özellikleri

Bu bölümde araştırma grubumuzun gebelik sonucuna ilişkin verileri incelenmektedir. Buna göre çalışmamızda, araştırma grubumuzda yer alan 127 hamilenin %88.2'si (n=112) canlı doğum, %11.0'i (n=14) istemsiz düşük ve 1 kişi de fetüste belirlenmiş olan sağlık problemi nedeni ile gebeliği ölü doğum ile tamamlanmıştır (Şekil 8).

Ölü doğum yapan hamile 23+4. haftadaki periyodik doktor kontrolünde fetüste konjenital anomali şüphesiyle perinatolojik muayeneye gönderilmiş ve yapılan inceleme sonucu, fetüste ileri derecede hiatal herni, akciğer gelişim yetersizliği, diyafram kas yetersizliği saptandığı için, aile gebeliğin sonlandırılması kararını alarak, gebeliğin 25+2.hf.'da devlet hastanesinde gebeliği ölü doğumla sonlandırılmıştır.



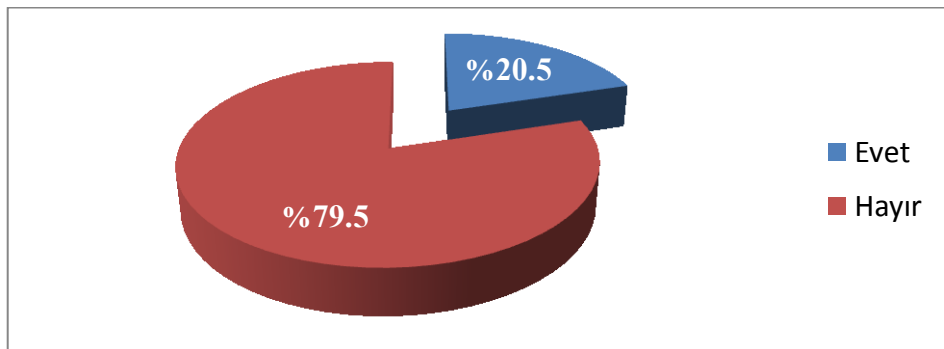
Şekil 8. Katılımcıların gebelik sonuçları (n=127)

İstemsiz düşükle sonuçlanan 14 hamilenin düşük nedenleri incelendiğinde; 10'unda kanama, 4'ünde kalp atımının durması/alınmaması olduğu belirlenmiştir (Tablo 35).

Doğumların %70.1'i (n=89) özel hastanede gerçekleşirken sadece %17.3'ü (n=22) devlet hastanesinde olduğu tespit edilmiştir. Doğumların %86.7'si sezaryen (n=98) ve %13.3'ü vajinal doğum (n=13) şeklinde olmuştur. Sezaryen doğumların %43.9'u (n=43) hekim kararı ile alınmıştır. Hamilelerin %29.6'sının (n=29) mükerrer ve %26.5'inin de (n=26) kendi isteği ile sezaryen olduğu belirlenmiştir (Tablo 35).

Araştırma grubumuzun ortalama doğum haftası 38.02 ± 1.9 (min 27, maks 42, ortanca 38) olarak belirlenmiştir. Doğumların %78.8' i (n= 89) 37 haftadan sonra ve %20.5'i (n= 23) ise 37 hafta ve öncesinde olduğu saptanmıştır (Şekil 9).

Çalışma grubumuzdakilerin %77.7'sinde (n=87) doğumda sorun yaşanmamış; ancak 9'unda (%8) kordon dolanması, 7'sinde (%6.2) ters geliş, 5'inde (%4.5) mekonyum aspirasyonu, 3'ünde (%2.8) uzun travay ve 1 (%0.8) doğumda doğum travması/düşme olduğu belirlenmiştir (Tablo 35).



Şekil 9. Katılımcıların erken doğum durumları

Tablo 35. Hamile ebe ve hemşirelerin gebelik sonuçlarının dağılımı (n=112)

Özellikler	Sayı	%
Düşük nedeni		
Kanama	10	7.7
Kalp atımı alınmadı	4	3.1
Doğum şekli (n=113)		
Vajinal	15	13.3
Sezeryan	98	86.7
Sezaryen kararı (n=98)		
Kendisi	26	26.5
Hekim	43	43.9
Mükerrer sezaryen	29	29.6
Doğum nerede oldu		
Özel hastane	89	70.1
Devlet hastanesi	22	17.3
Tıp Fakültesi	2	1.6
Doğumda sorun yaşama		
Hayır	87	77.7
Mekonyum aspirasyonu	5	4.5
Kordon dolanması	9	8.0
Uzun travay	3	2.8
Ters geliş	7	6.2
Doğum travması/düşme	1	0.8
Ortalama doğum haftası	Ort± SS	
	38.02±1.9	

Araştırma grubumuzdaki hamilelerden, haftalık çalışma saati fazla olanların %19.2'sinin (n=9) ve vardiyalı çalışanların %18.7'sinin (n=11) istemsiz düşük yaptığı tespit edilmiştir. Buna göre fazla mesai yapanlarda (p=0.029) ve vardiyalı çalışanlarda (p=0.012) istemsiz düşük oranı bu özelliği taşımayan hamilelere göre anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Hamilelik döneminde çoğunlukla ayakta çalışanlarda durum benzer biçimdedir (p>0.05), (Tablo 36).

Tablo 36. Çalışma özelliklerine göre gebelik sonuçlarının dağılımı (n =126)

Çalışma Özellikleri		Gebelik Sonucu				Toplam		p**
		Canlı doğum		İstemsiz düşük				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Haftalık çalışma saati fazla olan	Var	38	80.8	9	19.2	47	100.0	0.029*
	Yok	74	93.6	5	6.4	79	100.0	
Vardiyalı çalışan	Evet	48	81.3	11	18.7	59	100.0	0.012*
	Hayır	64	95.5	3	4.5	67	100.0	
Çoğunlukla ayakta çalışan	Evet	83	87.3	12	12.7	95	100.0	0.278*
	Hayır	29	93.5	2	6.5	31	100.0	

Fisher's Exact Test, *p<0.05, Ki kare, **p<0.05.

Çalışmada, istemsiz düşük yapanların %29.6'sının (n=8) hamilelik öncesi dönemde alkol içme davranışının olduğu tespit edilmiştir. Bu oran hamilelik öncesinde alkol tüketmeyenlere göre istatistiksel önemlilikte daha yüksekti (p=0,002). Bunun dışında hamilelerin %27,7'sinin (n=35) sigara içme öyküsünün olduğu ve istemsiz düşük yapanların %14.3'ünün (n=5) sigara içme davranışının olduğu belirlenmiştir. Ancak sigara içen ve içmeyenlerde istemsiz düşük farksız bulunmuştur (p=0.338), (Tablo 37).

Tablo 37. Hamilelerin alkol ve sigara içme durumlarına göre gebelik sonuçlarının dağılımı (n=126)

Hamilelik Öncesi Alkol ve Sigara Kullanımı		Gebelik Sonucu				Toplam		p*
		Canlı Doğum		İstemsiz Düşük				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Alkol	Evet	19	70.4	8	29.6	27	100.0	0.002
	Hayır	93	93.9	6	6.1	99	100.0	
Sigara	Evet	30	85.7	5	14.3	35	100.0	0.338
	Hayır	82	90.1	9	9.9	91	100.0	

* Fisher's Exact Test, Ki-kare, p<0.05.

Araştırma grubumuz erken doğum yapma ile çalışma özellikleri açısından incelendiğinde; fazla mesai yapanların yapmayanlara göre (p=0.030) ve vardiyalı çalışanların böyle çalışmayanlara göre (p=0.014) daha yüksek oranda erken doğum yaptığı belirlenmiştir. Erken doğumların %26.5'inde (n=22) çalışma süresinin büyük bölümünde, ayakta çalıştığını bildirenlerde gerçekleşmiştir (p<0,05), (Tablo 38).

Tablo 38. Çalışma özelliklerinin erken doğum üzerine etkilerinin dağılımı (n=112)

Çalışma Özellikleri		Erken Doğum				Toplam		p**
		Evet		Hayır				
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Haftalık çalışma saati fazla olan	Evet	12	31.6	26	68.4	38	100.0	0.030
	Hayır	11	14.9	63	85.1	74	100.0	
Vardiyalı çalışan	Evet	15	31.2	33	68.8	48	100.0	0.014
	Hayır	8	12.5	56	87.5	64	100.0	
Çoğunlukla ayakta çalışan	Evet	22	26.5	61	73.5	83	100.0	0.005*
	Hayır	1	3.4	28	96.6	29	100.0	

Fisher's Exact Test, *p<0.05, Ki kare, **p<0.05.

Hamile çalışanların çalışma ortamlarındaki mesleki risklerine göre erken doğum yapma durumları değerlendirildiğinde; mesleki olarak radyasyona maruz kalanların kalmayanlara göre istatistiksel önemlilikte, daha yüksek oranda erken doğum yaptığı belirlenmiştir (p=0,019).

Gürültü, dezenfektanlar, anestezi gazlar, kemoterapötik ilaçlar, ağır kaldırma ve stres gibi diğer risk faktörleri ve erken doğum oranları farksız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 39).

Tablo 39. Hamilelerin gebelik döneminde bazı mesleki risk durumlarına göre erken doğum durumları (n=112)

Mesleki Risklere Maruziyet		Erken Doğum				Toplam		p*
		Evet		Hayır		Sayı	%	
		Sayı	%	Sayı	%			
Gürültü	Var	10	20.0	40	80.0	50	100.0	0.545
	Yok	13	21.0	49	79.0	62	100.0	
Radyasyon	Var	13	32.5	27	67.5	40	100.0	0.019
	Yok	10	13.8	62	86.2	72	100.0	
Dezenfektanlar	Var	13	21.0	49	79.0	62	100.0	0.545
	Yok	10	20.0	40	80.0	50	100.0	
Anestezi gazlar	Var	4	25.0	12	75.0	16	100.0	0.425
	Yok	19	19.8	77	80.2	96	100.0	
Ağır kaldırma	Var	12	25.0	36	75.0	48	100.0	0.218
	Yok	11	17.2	53	82.8	64	100.0	
Stres	Var	15	18.7	65	81.3	80	100.0	0.310
	Yok	8	25.0	24	75.0	32	100.0	
İş kazası	Var	9	34.6	17	65.4	26	100.0	0.044
	Yok	14	16.3	72	83.7	86	100.0	
Enfeksiyon hastalığı	Evet	10	18.2	45	81.2	55	100.0	0.356
	Hayır	13	22.8	44	77.2	57	100.0	

* $p<0.05$. Ki-kare

Araştırma grubumuzda iş kazası geçirmiş olanların %34,6'sının (n=9) erken doğum yaptığı belirlendi. Hamilelerin gebelik döneminde iş kazası geçirme durumlarına göre erken doğum yapanlar arasındaki fark önemli düzeyde bulunmuştur ($p=0,024$). Ayrıca gebelikte enfeksiyon hastalığı geçiren ve geçirmeyenler açısından erken doğum durumu arasında fark bulunamamıştır ($p>0,05$), (Tablo 39).

Gebelik döneminde komplikasyon gelişen hamilelerin önemli biçimde daha yüksek oranda erken doğum yaptığı tespit edilmiştir. Gebelik komplikasyonu, kanama ve erken doğum arasında anlamlı fark önemli bulunmuştur ($p=0.003$), ($p=0.006$), (Tablo 40).

Tablo 40. Hamilelerin gebelik dönemi sağlık sorunlarına göre erken doğum durumlarının dağılımı (n=112)

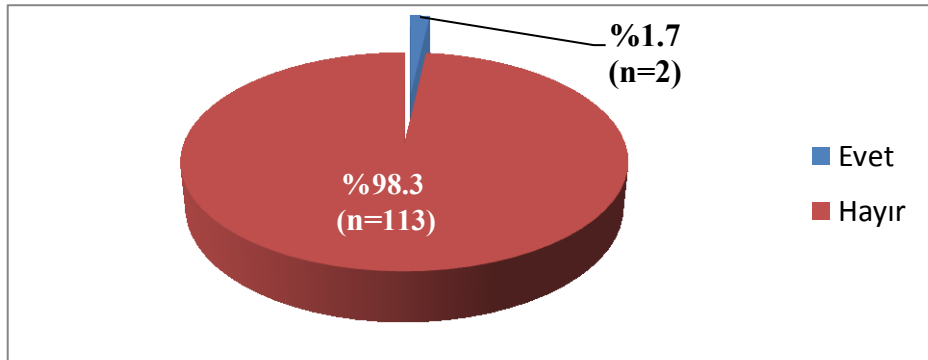
Gebelikte Sağlık Sorunu		Erken Doğum				Toplam		p**
		Evet		Hayır		Sayı	%	
		Sayı	%	Sayı	%			
Herhangi bir komplikasyon	Var	21	28.8	52	71.2	73	100.0	0.003*
	Yok	2	5.1	37	94.9	39	100.0	
Kanama	Evet	15	32.6	31	67.4	46	100.0	0.006
	Hayır	8	12.1	58	88.9	66	100.0	

Fisher's Exact Test, *p<0.05, Ki kare, **p<0.05.

Yenidoğan Özellikleri

Araştırmaya alınan 127 hamilenin 112'si canlı doğum yapmıştı. Canlı doğumların 3'ü (n=%2.6) ikiz bebek ve %53.1'i (n=61) erkek, %46.9'u (n=54) kız bebektir (Tablo 41).

Doğum sonrasında 115 yenidoğandan 2 tanesi (%1.7) erken neonatal (0-7 gün) dönemde; bir tanesi kalp anomalisi nedeniyle neonatal 2. günde, diğeri ise respiratuar distres sendromuna (akciğer surfaktan eksikliği) bağlı olarak neonatal 5. günde kaybedilmiştir (Şekil 10).



Şekil 10. Yenidoğanların erken neonatal ölüm durumu (n=115)

Yenidoğan bebeklerin %45,1'i (n=52) 3001gr-3500gr arasında bir ağırlığa sahipken, 12 yenidoğanın (%11.6) 2500gr ve altında olduğu ve 2 yenidoğanın (%1.7) 4500gr ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Şekil 11). Yenidoğan bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması 3183.61±562.75gr (min 930 gr, maks 5140 gr, ortanca 3200 gr) olarak hesaplanmıştır (Tablo 41).

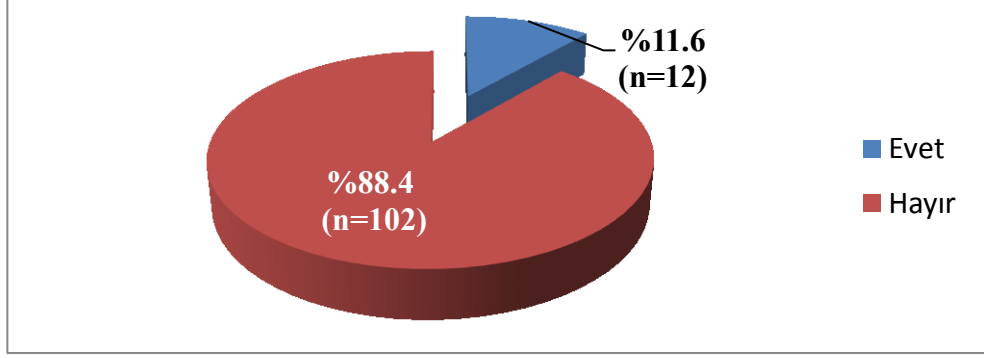
Yenidoğanların %71.3'üne (n=82) doğum sonrasında herhangi bir müdahale gerekmemiş, %24.3'üne (n=28) sadece oksijen verildiği, 5 yenidoğanın (%4,3) entübe edildiği tespit edilmiştir (Tablo 41).

Yenidoğanların %20.8'i (n=24) yenidoğan yoğunbakımda yattığı (Şekil 12), 12'sinde solunum yetmezliği/akciğer enfeksiyonunun geliştiği (%10.4), 3'ünde (%2.6) yenidoğan taşipnesi, 6'sında (%5.2) hem akciğer enfeksiyonu hem de yenidoğan taşipnesinin geliştiği, 2'sinde hipoglisemi (%1.7), 1 yenidoğanda da (%0.8) gastrointestinal sistem kanaması sonucunda yenidoğan yoğun bakımda yattığı belirlenmiştir (Tablo 41).

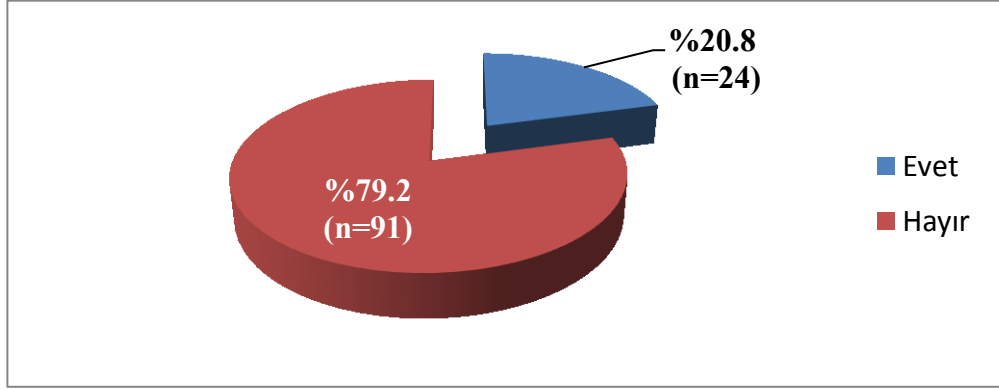
Yeni doğanların özellikleri ve sağlık sorunları Tablo 41'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 41. Yenidoğan ile ilgili özelliklerin dağılımı (n=115)

Özellikler	Sayı	%
İkiz bebek	3	2.6
Yenidoğanın cinsiyeti		
Kız	54	46.9
Erkek	61	53.1
Neonatal ölüm		
Evet	2	1.7
Hayır	113	98.3
Yenidoğan kilosu (gram-gr)		
2500 ve ↓	12	11.6
2501 ve 3000	25	21.7
3001 ve 3500	52	45.1
3501 ve 4500	24	22.6
4501 ve ↑	2	1.7
Yenidoğana müdahale		
Hayır	82	71.3
Sadece oksijen, aspire	28	24.3
Entübe edildi	5	4.3
Yoğun bakıma yatma		
Evet	24	20.8
Hayır	91	79.2
Yoğun bakım nedeni		
Solunum yetmezliği/akciğer enf	12	10.4
Yenidoğan taşipnesi	3	2.6
Taşipne ve solunum yetmezliği	6	5.2
Hipoglisemi	2	1.7
GİS kanaması	1	0.8



Şekil 11. Düşük doğum ağırlıklı yenidoğan (≥ 2500 gr) dağılımı (n=115)



Şekil 12. Yenidoğanların yoğun bakımda yatma durumları (n=115)

Araştırmaya alınan 115 yenidoğanın 5'inde (%4.4) konjenital malfarmasyon belirlenmiştir. Bunlardan; 2'sinde hipospadias, 2'sinde kalp anomalisi, 1 tanesinde kemik iliği yetersizliği belirlenmiştir (Tablo 41). Yenidoğanların diğer sağlık sorunları ise; 2'ser bebekte göz enfeksiyonu/görme kaybı ve fitik (kasık, göbek fitiği), 1'er bebekte böbrek kisti, mikrosefali ve TSH yüksekliği geliştiği saptanmıştır (Tablo 42).

Yenidoğanların 37'sinde (%32,2) fizyolojik sarılığının gelişmiş ve sarılık gelişen 11 bebek (%9.6) fototerapi için yenidoğan servisinde yatırılmıştır (Tablo 42).

Doğumdan sonra ilk bir saat içinde anne sütü alanların oranı %73 (n=84) olarak belirlenmiştir. Bebeklerin %27'sinin (n=31) çeşitli nedenlerden dolayı anne sütü alamadığı öğrenilmiştir (Tablo 42).

Yenidoğanlarda emzirme ve sağlık durumlarına ilişkin veriler Tablo 42'de ayrıntılı şekilde sunulmuştur.

Tablo 42. Yenidoğanlarda emzirme ve sağlık sorunlarının dağılımı (n=115)

Emzirme ve Sağlık Sorunu	Sayı	%
Emzirme (ilk 1st)		
Evet	84	73.0
Hayır	31	27.0
Sarılık		
Evet	37	32.2
Hayır	78	67.8
Hastanede yatma		
Evet	11	9.6
Hayır	104	90.4
Bebekte konjenital anomali		
Evet	5	4.4
Hayır	110	95.6
Konjenital anamoli		
Hipospadias	2	1.7
Kalp kapak hastalıkları	2	1.7
Kemik iliği yetersizliği	1	0.8
Yenidoğanda diğer sağlık sorunları		
Göz enf /görme kaybı	2	1.7
Kasık fitiği/göbek fitiği	2	1.7
Böbrek kisti	1	0.8
Mikrosefali/fontonel kapalı	1	0.8
TSH yüksekliği	1	0.8

Yüksek Riskli Yenidoğan Özellikleri

Araştırma grubumuzdaki yenidoğanları risk türlerine göre; düşük doğum ağırlığı, erken doğum, solunum yetersizliği/enfeksiyonu ve konjenital malfarmasyon varlığı gibi kriterler şeklinde sınıflandırılmıştır.

Yenidoğanlarımızın 23'ü erken doğum (%20.5), 12'si düşük doğum ağırlıklı (%10.4), 2'si iri bebek (%1.7), 5'i konjenital malfarmasyonlu (%4.4) ve 24'ünde akciğer yetmezliği (% 20.8) gibi sağlık sorunları nedeniyle yoğun bakımda yatırılmıştır. Buna göre araştırmaya alınan 115 yenidoğanın 35'i (%30.4) yüksek riskli yenidoğan kategorisindedir. Yüksek riskli yenidoğanlarda en az 1 risk olan 19 (%16.5), en az 2 risk olan 8 (%7) ve en az 3 risk ve daha fazla riske sahip 8 yenidoğan (%7) olduğu belirlenmiştir (Tablo 43).

Tablo 43. Araştırma alınan yenidoğanların risk özelliğine sahip olma durumlarının dağılımı (n=115)

Özellikler	Sayı	%
Yüksek riskli yenidoğan		
Evet	35	30.4
Hayır	80	69.6
Risk sayısı		
En az 1 risk olan	19	16.5
En az 2 risk olan	8	7.0
En az 3 risk ve üzeri	8	7.0

Araştırmaya alınan hamile ebe ve hemşirelerin çalışma ortamlarında radyasyona maruz kalma riskinin, yenidoğana etkisi değerlendirildiğinde; düşük doğum ağırlığına sahip 13 yenidoğanın 9'u (%81.8) radyasyona maruz kaldığını bildiren gebelerin bebekleridir. Radyasyona maruz kalan annelerin bebeklerinden 14'ünün (%63.6) yoğun bakımda yattığı, 19'una (%61.3) doğumdan sonra müdahale edildiği belirlenmiştir. Radyasyon riski olan gebelerin yenidoğanlarının 18'i (%51.4) riskli yenidoğan grubunda yer almakta iken radyasyon riski olmayan annelerin bebeklerinde bu sayı 28 (%21.0) dir. Özellikle radyasyon riski; yenidoğanın kilosu (p=0.011), yoğun bakımda yatma durumu (p=0.003), doğumdan sonra müdahale edilmesi (p=0.001) ve riskli yenidoğan (p=0.024) özellikleri arasındaki fark önemli bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 44).

Tablo 44. Gebelikte radyasyon riskine göre yenidoğan özellikleri

Yenidoğan Özellikleri		Radyasyon Riski				p**
		Evet		Hayır		
		Sayı	%	Sayı	%	
Yenidoğan ağırlığı (gr)	2500 ↓	9	22.0	2	2.7	0.011*
	2501 ve 3000	7	17.0	18	25.0	
	3001 ve 3500	17	41.5	34	47.2	
	3501 ve ↑	8	19.5	18	25.0	
	Toplam	41	100.0	72	100.0	
Yoğun bakım	Evet	14	63.6	26	28.9	0.003
	Hayır	8	36.4	64	71.1	
	Toplam	22	100.0	90	100.0	
Yenidoğana müdahale	Evet	19	61.3	21	25.9	0.001
	Hayır	12	38.7	60	74.1	
	Toplam	31	100.0	81	100.0	
Riskli yenidoğan	Evet	18	51.4	28	30.4	0.024
	Hayır	17	48.6	64	69.6	
	Toplam	35	100.0	92	100.0	

Fisher's Exact Test, *p<0.05. Ki kare. **p<0.05.

Postpartum Dönem Anne Özellikleri

Araştırmaya alınan 127 hamile sağlık çalışanının 14'ünün (%11.0) istemsiz düşük yapması nedeniyle, postpartum dönemde 113 anne ile görüşülmüştür.

Araştırmaya alınan kadınların %90.3'ünde (n=102) postpartum dönemde herhangi bir sağlık probleminin gelişmediği, %9.7'sinde (n=11) çeşitli sağlık problemleri olduğu belirlenmiştir. Bu sorunlar arasında; 5 kişide hipertansiyon (%4.4), 2'inde aşırı kanama (%1.9), 2'inde anesteziye bağlı uyuşukluk (%1.9) gibi komplikasyonlar olduğu ve 1 annede (%0.9) de ağır bir mastit gelişmiş olduğu öğrenilmiştir. Doğum yapan annelerin 2'si (%1.9) gelişen sağlık sorunları nedeni ile yoğun bakım servislerinde yatmışlardır (Tablo 45).

Tablo 45. Postpartum dönemde anneye ilişkin veriler (n=113)

Anneye İlişkin Veriler	Sayı	%
Sağlık sorunu		
Evet	11	9.7
Hayır	102	90.2
Sağlık sorunları		
Kanama	3	2.6
Tansiyon problemi	5	4.4
Mastit	1	0.9
Anestezi komplikasyonu	2	1.9
Yoğun bakıma alınma		
Evet	2	1.7
Hayır	111	98.3

4- ARAŞTIRMA YAPILAN KURUMLARIN ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışma Servislerinin Özellikleri

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hamile ebe ve hemşirelerin çalıştıkları toplam 52 birim, araştırmacı tarafından bizzat yerinde incelenmiş ve bu birimlerle ilgili bulgular aşağıda sunulmuştur.

Bu birimlerin fiziksel özellikleri incelendiğinde; 25'inde (%48.1) gürültü ve bu birimlerden 13'ünde (%25) gürültünün iş konsantrasyonunu olumsuz yönde etkilediği, 18'inde (%34.6) yetersiz aydınlatma ve 11'inde (%21.2) çalışma alanlarında bozuk lambalar olduğu saptanmıştır (Tablo 46).

Çalışılan birimlerin zemin özellikleri incelendiğinde; 42'sinde (%80,8) kaygan zemin olduğu, 11'inde (%21.2) zeminin kirli olduğu, 19'unda (%36.5) yürümeyi engelleyen araç bulunduğu ve hiçbir birimde gürültüyü engelleyen bir zemin özelliğinin olmadığı görülmüştür (Tablo 46).

Birimlerin sıcaklık durumları incelendiğinde; 11'inde (%21.2) ortamın olması gerekenden soğuk, 9'unun (%17.3) sıcak olduğu ve 42'sinde (%80.8) bir ısı ölçerinin olmadığı gözlenmiştir (Tablo 46).

Birimlerden 44'ünde (%84.6) doğal havalandırma yapılabildiği, 35'inde (%67.3) havalandırmanın yeterli olmadığı ve sadece 32'sinde (%61.5) ortamın temiz kokmadığı tespit edilmiştir (Tablo 46).

Birimlerdeki araç-gereçlerin sağlamlık durumları incelendiğinde; 31'inde (%40.4) kırık parçası veya çalışmayan, sağlam olmayan araç-gerecin olduğu, 33'ünde (%63.5) araç gereçlerin kablolarının açıkta olduğu, kırılma riski ile birlikte, dolaşma ve yürümeye engel konumda olduğu ve prizlerin %96.2'sinde kapak olmadığı gözlemlenmiştir (Tablo 46).

Çalışılan birimlerin yangın donanımları incelendiğinde; 21'inde (%40.4) yangın alarm sisteminin ve 19'unda (%36.5) yangın söndürme tüplerinin olmadığı, 44'ünde (%84.6) yangın söndürme cihazlarının düzenli aylık kontrollerinin yapılmadığı, 23'ünde (%44.2) çıkış işaretlerinin olmadığı ve 37'sinde (%71.2) çıkış kapılarının yönetmeliğe uygun özellikte olmadığı belirlenmiştir (Tablo 46).

Araştırmaya alınan hamile ebe ve hemşirelerin çalıştıkları 10 birimde (%19.2) tek tuvalet olmasına rağmen çalışanlar hasta ile ortak tuvaleti kullanmadığını, en yakın başka bir servisteki personel tuvaletini kullandıkları öğrenilmiştir. İncelenen tuvaletlerin %46.2'sinin kirli olduğu, 5'inde (% 9.6) sabun bulunmadığı ve 37'sinde (%28.8) peçete veya kağıt havlu olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 46).

İlgili birimlerin ergonomik risk faktörleri değerlendirildiğine; %51.9'unda hemşire odasının olduğu, sadece 12 tanesinde (%23.1) hemşire desk ve çalışma alanının yeterli büyüklükte olduğu ve sadece 10 birimde çalışma alanı oturma araç-gereçlerinin (sandalye, ayarlanabilir özellik) ergonomik özelliğe sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 46).

Tablo 46'da hamile ebe ve hemşirelerin çalışma alanlarının fiziksel özelliklerine ilişkin bulgular ayrıntılı şekilde sunulmuştur.

Tablo 46. Fiziksel ve ergonomik risk faktörleri (n=52)

Fiziksel Risk Faktörleri		Evet		Hayır	
		Sayı	%	Sayı	%
Gürültü	Çalıştığınız birimde gürültü	25	48.1	27	51.9
	Konsantrasyonunu etkileme	13	25.0	39	75.0
Aydınlatma	Görsel zorlanma	20	38.5	32	61.5
	Yeterli	34	65.4	18	34.6
	Bozuk lamba	11	21.2	41	78.8
Zemin	Gürültüyü engelleme	0	0.0	52	100.0
	Kaygan zemin	42	80.8	10	19.2
	Kirli	11	21.2	41	78.8
	Yürümeyi engelleyen araç	19	36.5	33	63.5
Sıcaklık	Çalışma ortamı soğuk	11	21.2	41	78.8
	Çalışma ortamı sıcak	9	17.3	43	82.7
	Isı ölçer var	10	19.2	42	80.8
Havalandırma	Havalandırma yeterli	17	32.7	35	67.3
	Ortam temiz kokuyor	20	38.4	32	61.5
	Havalandırma doğal kaynaklı	44	84.6	8	15.4
Elektrik Düzenliği	Araç-gereç sağlam	31	59.6	21	40.4
	Prizlerde kapak var	2	3.8	50	96.2
	Açıkta kablo, kırılma, dolaşma	33	63.5	19	36.5
Yangın	Alarm sistemi	31	59.6	21	40.4
	Söndürme cihazı	33	63.5	19	36.5
	Söndürme cihazlarının kontrolü	8	15.4	44	84.6
	Çıkış işareti	29	55.8	23	44.2
	Çıkış kapıları mevzuata uygun	15	28.8	37	71.2
Diğer	Tuvaletler temiz	28	53.8	24	46.2
	Çalışanların tuvaleti ayrı	42	80.8	10	19.2
	Lavabolarda sabun	47	90.4	5	9.6
	Tuvalet ve lavabolarda peçete, kağıt havlu	15	28.8	37	71.2
Ergonomik risk faktörleri	Hemşire odası var	27	51.9	25	48.1
	Deski yeterli büyüklükte	12	23.1	40	76.9
	Sandalyeler ergonomik	10	19.2	42	80.8

Araştırma grubumuzun çalışma alanlarının bazı fiziksel özelliklerine ilişkin değerlendirmeleri ile gözlemci bulguları benzer bulunmuştur. Buna göre hamilelerin %84.3'ü (n=107) çalışma ortamlarındaki desk, masa ve sandalyelerin ergonomik açıdan uygun olmadığını, %75.6'sı (n=96) havalandırmanın yeterli olmadığını, %65.4'ü (n=83) zeminin düşme ve kaymaya neden olabilecek özellikte olduğunu, %57.4'ü (n=73) gürültü sorunu olduğunu %40.2'si (n=51) aydınlatma sorunu olduğunu, %13.4'ü (n=17) sıcaklık sorunu olduğunu belirledi.

Ayrıca %48'i (n=61) çalışma alanlarındaki araç gereçlerin düzenli kontrol edilmediğini bildirmişlerdir (Tablo 47).

Tablo 47. Katılımcı ve gözlemciye göre çalışma alanlarının bazı özellikleri

Çalışma Alanı Özellikleri	Katılımcıların Görüşü (n=127)				Gözlemci Görüşü (n=52)			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ergonomik sorunlar	107	84.3	23	15.7	42	80.8	10	19.2
Havalandırma sorunu	96	75.6	31	24.4	35	67.3	17	32.7
Uygunsuz zemin	83	65.4	44	34.6	42	80.8	10	19.2
Gürültü sorunu	73	57.4	54	42.6	25	48.1	27	51.9
Aydınlatma sorunu	51	40.2	76	59.8	18	34.6	44	65.4
Sıcaklık sorunu	17	13.4	110	86.6	20	38.4	32	61.2

Araştırmaya katılan hamilelerin çalışma alanlarındaki atıkların özellikleri incelendiğinde; bazı birimlerde (özellikle sağlık evlerinde) iğne uçları için kendilerince oluşturulmuş bir kap/şişenin kullanıldığı, dolayısıyla tüm birimlerde iğne uçları için ayrı bir atık kutusunun olduğu gözlenmiştir (Tablo 48).

Birimlerin ancak %51.9'unda (n=25) çöp kutularında uyarı işaretinin olduğu, %94.2'sinde (n=49) atıkların günde 1 kez boşaltıldığı, %92.3'ünde (n=48) atık kutuların ulaşılabilir yerde olduğu belirlenmiştir. Birimlerin tümünde (n=52) tehlikeli tıbbi atıklar kırmızı torbada, 40'ında (%76.9) evsel atıkların siyah torbada, 24'ünde (%46.2) tehlikeli olmayan tıbbi atıklar mavi torbada ve sadece 7'sinde (%13.5) plastik, cam ve kâğıt malzemelerin ayrı toplandığı saptanmıştır (Tablo 48).

Tablo 48. Çalışma alanlarındaki atıkların durumu (n=52)

Atıkların Durumu	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Çöp kutularında uyarı etiketi	25	48.1	27	51.9
Enjektör ve iğne uçları ayrı kutularda	52	100.0	0	0.0
Kutular ulaşılabilir yerde	48	92.3	4	7.7
Evsel atıklar siyah torbada	40	76.9	12	23.1
Tehlikeli olmayan tıbbi atıklar mavi torbada	24	46.2	28	53.8
Tehlikeli tıbbi atıklar kırmızı torbada	52	100.0	0	0.0
Plastik, cam ve kâğıt ayrı toplanıyor	7	13.5	45	86.5
Günde 1 kez boşaltılıyor	49	94.2	3	5.8

Çalışma alanlarının 50'sinde (%96.2) kimyasal maddelerin uygulama alanları dışında, depo gibi kapalı alanlarda depolandığı, sadece 2'sinde (%3.8) kimyasal maddelere ilişkin yazılı bir açıklamanın yer aldığı ve 3'ünde (%5.8) kimyasal maddeler veya diğer vücut sıvıları ile temas durumunda çalışanlar için uygun duş alma yerinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 49).

Tablo 49. Çalışma alanlarındaki kimyasal tehlike ve riskler (n=52)

Kimyasal Tehlike ve Riskler	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Kimyasal maddeler kapalı yerde	50	96.2	2	3.8
Kimyasal maddelere ilişkin yazılı bilgi	2	3.8	50	96.2
Kimyasal madde teması durumunda uygun duş yeri	3	5.8	49	94.2

TARTIŞMA

Önemi nedeniyle; konu pek çok sektörde pek çok çalışma ile irdelenmişken, ülkemizde, sağlık çalışanlarında, bizim araştırdığımız kapsamda bir çalışmanın olmadığı, bu alanda bazı parametrelerin araştırıldığı az sayıda çalışmanın olduğu gözlenmektedir.

Bulgular; ‘hamile ebe ve hemşirelerin sosyodemografik, çalışma özellikleri ve mesleki riskler,’ ‘gebelik dönemi ve sağlık sorunları,’ ‘doğum sonrası ve yenidoğanın özellikleri,’ ve ‘araştırma yapılan kurumların özellikleri’ olarak dört başlıkta tartışılmıştır.

HAMİLE EBE VE HEMŞİRELERİN SOSYODEMOGRAFİK, ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ VE MESLEKİ RİSKLER

Hamile Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri

Çalışma grubumuzdaki hamilelerin %21.2’sinin 35 yaş ve üzeri ile ileri yaş gebelik olduğu tespit edilmiştir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada ileri yaş gebeliği prevalansı %12.6 (10), ülkemizde yapılan bir çalışmada ise %14.5 olarak bulunmuştur (131). TNSA 2013 verilerine göre kadınların %32,3’ünün 35-44 yaş grubunda olduğu ve doğurganlık çağındaki kadınların eğitim düzeylerinin giderek yükselmekte olduğu bildirilmektedir (30). Sonuçlar arasındaki farklılıklar çalışmaların özelliklerinden ve araştırma grubumuzdaki gebelerin çoğunluğunun üniversite mezunu olması nedeniyle eğitim ve kariyer durumlarının çocuk sahibi olma isteklerini ertelemiş olmalarından kaynaklanmış olabilir. Ancak bu veriler, çalışan kadınlarda gebelik yaşının ileri yaşlara kaydığını göstermektedir.

Çalışmamızda hamile ebe ve hemşirelerin yaklaşık %77.0'si üniversite mezunudur. Bulgularımız sağlık çalışanlarında yapılan birçok çalışma sonuçları ile benzerdir (48,70,132,133).

Sağlık meslekleri, genellikle bir eğitime sahip olmayı gerektirdiğinden, eğitim seviyesinin diğer mesleklere göre daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Ayrıca çalışanların eğitim düzeyi mesleki riskler ve farkındalık açısından da önemli olabilmektedir.

Katılımcıların %71.7'si orta düzeyde bir gelire sahip olduğunu bildirmiştir. Bulgularımız birçok çalışma ile uyumludur (48,132,134,135). Sağlık çalışanlarının gelir durumları diğer çalışanlara göre görece daha uygun olduğu bilinmektedir. Bireylerin maddi durumları, onların sosyal hayattaki rollerini ve toplumdaki saygınlık ve itibarını da etkilemektedir. Toplumumuzda para, başarı güç ve saygınlık içinde geçerli bir ölçüt niteliğini korumaktadır. Ancak maddi açıdan sıkıntı çeken bireylerin sağlık durumlarının daha çok etkilendiği düşünülmektedir.

Hemşire ve ebelerin %67.7'si 10 yıl ve daha az çalışma süresine sahiptir. Yılmaz ve Özkan'ın yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin %68.7'sinin 11 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olduğu (55), başka çalışmalarda da çalışma yılının fazla olduğu tespit edilmiştir (116,134,136). Bizdeki farklılık araştırmaya sadece hamile çalışanların dahil edilmesi nedeni ile çalışma grubunda genç katılımcıların fazla olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışma grubunuzun %94.5'i kamuda, %5.5'i özelde çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2012 verilerine göre hemşirelerin %16'sının özelde çalıştığı rapor edilmiştir (62). Erkan ve ark'nın çalışmasında özel hastanede çalışma oranı %18'dir (137). Çalışmamıza özel sektör katılımının az olması nedenlerinden biri, bu kurumlarda çok az sayıda hamile çalışanın tespit edilmesi, tespit edilen bazı kurumlarda da yöneticilerinin çalışmaya izin vermemesinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca çalışma şartlarının daha zor olduğu bilinen özel hastanelerin hamilelik döneminde tercih edilmediği ve Tekirdağ'da özel sağlık kuruluşu sayısının azlığının da etkisi olacağı düşüncesindeyiz.

Araştırma grubumuzun büyük çoğunluğu ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, yalnızca %8.7'si ASM'lerde çalışmaktadır. Bakanlık verilerine göre ebe ve hemşirelerin tamamına yakının, tedavi edici hizmetlerde çalıştığı belirtilmiştir (62). Bu bulgumuz bakanlık verileri ile benzer niteliktedir.

Hemşirelik ve ebelik iş yükü çok fazla olan ve vardiyalı çalışan bir meslek grubudur. Nitekim çalışmada hamile ebe ve hemşirelerin %77,9'unun hamilelik döneminde vardiyalı çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin hamilelik dönemlerini retrospektif olarak inceleyen bir çalışmada vardiyalı çalışmanın yüksek olduğu (132), farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (13,15).

Çalışmamızda vardiyalı çalışanların çalışmayanlara göre kanama, erken doğum ve istemsiz düşük oranlarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Quansah ve Jaakkola 1966 ve 2009 yılları arasındaki PubMed yayınlanlarını incelemişler ve 4 farklı vaka-kontrol çalışmasında vardiyalı çalışmanın spontan abortusa neden olduğunu tespit etmişlerdir (138). Lawson ve ark'nın iki farklı çalışmasında da vardiyalı çalışma ile erken doğum ve istemsiz düşük arasında ilişki olduğunu saptanmıştır (13,15). Bulgular, ağır iş yükü ve düzensiz çalışmanın hamile çalışanlar üzerinde olumsuz etkileri göstermesi bakımından oldukça önemlidir.

Çalışmamızda hamile sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ortalama 48.4 ± 5.2 saat olup, %37.8'inin haftalık çalışma süresi fazladır. İş Kanunu'na göre günlük çalışma süresinin 8 saati aşmayacağı ve hamilelerin günde 7.5 saatten fazla çalıştırılmayacağı belirtilmektedir (123). Dünyanın birçok ülkesinde haftalık çalışma süresi 35–50 saat arasında değişmekle birlikte, genelde haftada 40 saat olarak uygulanmaktadır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi aşırı ve yoğun çalışan hemşirenin; sağlığının, çalışma koşullarının, aile ve sosyal yaşamının olumsuz etkileneceğini, meslek hastalıkları ve işe bağlı yaralanma risklerinin artacağını belirtmiştir (70). Nitekim çalışmamızda haftalık çalışma saati fazla olan hamilelerde erken doğum ve istemsiz düşük oranları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer bir sonuç Lawson ve ark'nın iki farklı çalışmasında da tespit edilmiştir. Lawson ve ark'ı ebe ve hemşirelerde mesleki risk faktörleri ile erken doğum (15) ve istemsiz düşüklere (13) ayrı ayrı incelemişler ve haftada 41 saat ve üzeri çalışan hemşirelerde istemsiz düşüklere, haftada 21-40 saat arasında çalışanların haftada 20 saatten daha az çalışanlara göre erken doğum riskinin arttığını bulmuşlardır. Jansen ve ark'ın çalışmasında da haftada 40 saatten fazla çalışanların, 1-24 saat arasında çalışanlara göre bebeklerin doğum kilolarının daha az olduğu saptanmıştır (2). Çalışmamızda çalışma sürelerinin İş Kanunu'na göre fazla olduğu bunun, sağlık çalışanlarının iş yoğunluğunun fazla olması ve personel yetersizliğinden kaynaklandığı kanaatindeyiz. Hamile çalışanlar için yasal hakkın uygulamaya geçirilmesi anne ve bebek sağlığı açısından önem arz etmektedir.

Çalışmada grubumuzun %75,6'sının genellikle ayakta çalıştığı belirlenmiştir. MESAİDE ayakta geçen süre ortalaması ise $6,96 \pm 3,9$ saat/gündür. TAŞÇIOĞLU, çalışmasında bizim bulgularımıza benzer biçimde, hemşirelerin çalışma şartlarının genellikle ayakta olduğunu ve %79,8'inin günde 7 saat ve üzeri çalıştığını bildirmiştir (70). Çalışmamızda genellikle ayakta çalışan hamilelerde gebelik komplikasyonu gelişmesi ve kanama oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanırken ($p < 0.05$) istemsiz düşük ile bir anlamlılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Literatürde, çalışan kadınların daha fazla uterus kasılmalarının olduğu; erken doğum, hipertansiyon veya preeklampsi, düşük doğum ağırlıklı bebek riskinin arttığı belirtilmiş, ancak uzun çalışma saatleri ile erken doğum arasında bir ilişki bulunmamıştır (1,10,132).

Çalışmada hamilelerin aylık gece çalışma süresi ortalama 85.4 ± 28.8 saat, ortalama 80 saattir. Gebe ve Emziren Kadınların Çalışma Şartıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik'te: Kadın çalışanlar, gebe olduklarını sağlık raporuyla tespitinden itibaren doğuma kadar geçen sürede gece çalışmaya zorlanamayacağı (123) belirtilmesine rağmen çalışmada hamilelerin yaklaşık yarısının hamileliğin ilk 24 haftasında gece nöbeti tuttuğu belirlenmiştir. Bununla birlikte hamilelerin %35.4'ü de gece çalışmalarının gebelikte kanamaya neden olacağı düşüncesinde olduğu ve yaklaşık yarıya yakınında kanama olduğu saptanmıştır. Canbaz'ın çalışmasında da sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının gebeliği sırasında nöbet tuttuğu, aylık nöbet sayısının fazla olduğu ve yaklaşık beşte birinin nöbet sonrası izin kullanmadığı tespit edilmiştir (132). Lawson ve ark'nın çalışmasında erken doğum ve istemsiz düşük yapan kadınların yaklaşık %20'sinin gece nöbeti tuttuğu belirtilmiştir (13,15). Literatüre göre de gece nöbetleri anne ve fetus sağlığı açısından risk taşımaktadır (1,6,78,132). Çalışmamızda erken doğum ve istemsiz düşük arasında bir anlamlılık tespit edilmemiştir, ancak gece çalışması yapanlarda kanama oranlarının daha yüksek ve anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Çalışmalar arasındaki farkın Lawson ve ark. çalışmasında sadece erken doğum ve istemsiz düşüklerin araştırılması amacı ile yapılmasından dolayı kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda hamile çalışanların yaklaşık üçte biri çalışma ortamı, çalışma süresi (toplam saat) ve çalışma zamanı/gece gündüz-hafta sonu değişikliği talebinde bulunduğu, istekte bulunan her üç hamileden birinin bu isteğinin karşılandığı belirlenmiştir. Bu bulguyu önemli yapan ise, değişiklik isteğinde bulunan hamilelerin diğerlerine göre daha fazla gebelik komplikasyonu yaşamasıdır ($p < 0.05$).

Sağlıklı bir gebelik ve fetus için özellikle ağır, yorucu ve mesleki maruziyetler açısından riskli olan kliniklerde çalışan hamilelerin daha uygun servislere alınması sağlanmalıdır. Bu konuda en büyük sorumluluk yöneticilere düşmektedir. Ancak sağlık sorununun farkında olan hamile çalışanın bu isteğinin yönetim tarafından karşılanmaması oldukça düşündürücüdür.

Mesleki Riskler

Hamile çalışanların %88.2'sinin çalıştıkları servisi sağlıkları açısından güvenli bulmadığı, %86.6'sının yüksek ve orta derecede riskli olarak görmektedir. Kurt ve ark'ı çalışmalarında katılımcıların %89.5'i çalışma ortamını güvensiz olarak değerlendirmektedir (Kurt 2011). Sivas'ta hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesine ilişkin yapılan bir çalışmada; hemşirelerin çalışma ortamı ölçeği ortalama puanı 88.87 ± 17.03 (min:26, max:130) olarak yani orta-yüksek derecede bulunmuştur (65). Farklı bir çalışmada da hemşirelerin %88.9'unun çalışma ortamını mesleki riskler açısından yüksek derece riskli olarak değerlendirmektedir (70). Bulgular birbiri ile uyumlu olup sağlık çalışanlarının çeşitli mesleki risklerle karşılaştığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda hamilelerin %72.4'ünün çalışma ortamlarındaki risk faktörlerine yönelik eğitim aldığı belirlenmiştir. Bir çalışmada Muğla Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin mesleki risklerle ilgili eğitim alma sıklığı %75.8 (73), başka bir çalışmada %57.6'dır (70) olarak belirlenmiş olup oranlar benzerlik göstermektedir. Bu konuda sağlık çalışanlarının mesleki risk eğitiminin dikkate alınmasını, ihmal edilmemesini ve farkındalığın artırılması gerektiğini göstermektedir.

İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları çok tehlikeli işyeri, ASM'lerin ise tehlikeli sınıfta yer aldığı belirtilmektedir (123). Hangi basamakta çalışırsa çalışsın sağlık çalışanlarının çeşitli mesleki risklere maruz kaldığını belirten birçok çalışma vardır (11,133-135,139-142). Çalışmamızda da Tekirdağ ilindeki tüm sağlık kuruluşlarında tespit edilen hamile ebe ve hemşirelerin %89,8'inin çalışma ortamında mesleki bir riske maruz kaldığı ve en çok karşılaştıkları mesleki risk faktörü biyolojik riskler (%86.1) olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarında yapılan birçok çalışmada biyolojik risk faktörü birinci sırada yer almaktadır (6,65,132,135). Biyolojik risk faktörüne ek olarak fiziksel, kimyasal, psikolojik ve ergonomik risk faktörlerinin de oldukça yüksek oranlarda olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılar, çalışma ortamlarında fiziksel risk faktörlerinden sıklıkla; hava/havasızlık, kaygan zemin, gürültü, aydınlatma ve radyasyon gibi risk faktörlerine maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Literatüre göre bu risk faktörleri iş kazaları ve meslek hastalıklarının oluşmasında oldukça önemlidir (9,26,75,76). Ayrıca bu risk faktörlerinin de gebelik ve fetüs üzerine etkisi daha önce değinilmiştir.

Nitekim çalışmamızda fiziksel risk faktörlerinden radyasyon maruziyeti olduğunu bildiren gebelerde istemsiz düşük, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan ve yoğun bakıma alınma durumlarının daha yüksek oranda ve anlamlı olduğu saptanmış ($p<0.05$), ancak diğer fiziksel risk faktörleri ile böyle bir anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Lawson ve ark. çalışmalarında X-ray maruziyetinin erken dönemde gebelik kaybını arttırdığını ve sınırdaki bir anlamlılık göstermesine rağmen radyasyonun spontan abortus ve erken doğumlarla ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir (13). Sonuçlar bir biri ile uyumlu olup gebelik planlayan ve gebe olan kişilerin riskli çalışma alanlarında çalıştırılmamalarının ne kadar güvenli olduğunu göstermektedir. Hamile çalışanların ve fetüslerinin korunması için öncelikle işyeri değişikliğinin sağlanması, maruziyetin minimuma indirilmesi ve periyodik tarama ve muayenelerin düzenli yapılması sağlanmalıdır.

Hamile sağlık çalışanları, çalışma ortamlarında kimyasal risk faktörlerinden sıklıkla; dezenfektanlara, anestezi gazlarına ve kemoterapötik ilaçlara maruz kaldıklarını beyan etmişlerdir. Çalışma grubumuzdaki hamilelerin %55.1'nin çalışma ortamlarında maruz kaldığı dezenfektanlar hastanelerde oldukça yaygın kullanılmaktadır. Literatür bilgilerine göre dezenfektanların üreme sistemi üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu belirtilmektedir (6,58,105). Çalışmamızda dezenfektanları kullanan hamilelerde daha yüksek oranda gebelik komplikasyonlarının geliştiği ve özellikle kanama sorunlarının fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bizim bulgularımızdan farklı olarak Lawson ve ark. iki farklı çalışmada glutaraldehit, formaldehit ve etilen oksit gibi sterilizasyon maddeleri ile teması olan hemşirelerde erken doğum ve istemsiz düşük vakalarının arttığı saptamışlardır (13,15). Her gün sterilizasyon maddeleri ile çalışanların, haftada 1 saat çalışanlara göre erken doğum riskinin neredeyse ikiye katlandığı bulunmuştur (15). Çalışmalar arasındaki fark, Lawson ve ark.'nın çalışmalarının daha spesifik olması, mesleki maruziyetelerin sadece erken doğum ve düşükler üzerindeki etkilerini araştırmalarına bağlı olabilir. Bizim çalışmamızda ebe ve hemşirelerin beyanlarına göre değerlendirme yapılmıştır. Hamile kadınların bu maddeleri ne kadar kullandığını, ne oranda maruz kaldığını belirten ve daha geniş örneklem üzerinde çalışmaların planlanması gerekmektedir.

Çalışmamızda hamilelerin %15'inin anestezi madde ile maruziyetlerinin olduğu ve anestezi gazlara maruz kalanların kalmayanlara göre daha fazla oranda gebelik komplikasyonunun geliştiği belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Öğün ve ark'nın anesteziistlerde yaptıkları çalışmada, 70 gebelikten 8'inin düşükle sonlandığı, doğan çocukların 8'inde konjenital anomali ve ciddi sağlık problemlerinin olduğu, 18 yenidoğanın da düşük doğum ağırlığına sahip olduğu bulunmuştur (136). Quansah ve Jaakkola anestezi gazların spontan düşük ve konjenital malformasyonlar üzerinde etkisi olduğunu belirtmişlerdir (138). Bir başka çalışmada da anestezi maddelere maruz kalan hemşirelerde erken doğum ve istemsiz düşüklüklerin arttığı belirtilmiştir (13,15). Çalışmamızda literatüre benzer sonuçların elde edilmemesi örneklem grubumuzda anestezi maddelere maruz kaldığını belirten çalışan sayısının az olmasından kaynaklanabilir. Diğer çalışmalardan farklı olarak tespit ettiğimiz bulgunun da hamile çalışanlar için önemli bir risk olduğu görülmektedir. Hem sağlık çalışanının hem de bebeklerinin korunması için bireysel olarak gerekli önlemlerin alınması kurumsal olarak gaz atıkların ortamdan uzaklaştırılması için uygun havalandırma yöntemlerinin kullanılması sağlanmalıdır.

Hemşireler çalışma ortamlarındaki ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasında cilde temas, inhalasyon, iğne batması gibi nedenlerle ilaca direkt maruz kalabilmektedirler. Lawson ve ark. çalışmalarında mesleki faktörlerden onkoloji birimlerinde çalışanlarda istemsiz düşüklüklerin iki kat daha fazla ve erken doğumların anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (15). Quansah ve Jaakkola'da kemoterapötik ilaçların spontan abortus üzerinde etkili olduğunu bildirmişlerdir (138). Bizim çalışmamızda kemoterapötik ilaçlarla çalışanlarda buna benzer bir bulgu tespit edilmemiştir. Bunun nedeni olarak Tekirdağ İlinde onkoloji hastanesinin olmaması, sadece iki hastanede küçük bir kemoterapi ünitesinin olması ve bu birimlerde çalışan sayısının azlığı nedeniyle yeterli sayıda hamile sağlık çalışanına ulaşamamasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada grubumuzun %84.3'ü çalışma ortamlarında ergonomik olmayan araç-gereç ile çalışmak zorunda olduğunu bildirmiştir. Kurt ve ark. çalışmada da fiziksel ve ergonomik riskler %78.8 olarak belirtilmiştir (11). Literatüre göre ergonomik sorunlar özellikle KİS hastalıklarına neden olması bakımından oldukça önemlidir (9,56,76). Çalışmamızda da gebelerin %24.4'ünde KİS rahatsızlığının olduğu, %64.7 ile bel ağrısının en fazla yaşandığı belirlenmiştir. Birçok çalışmada da çalışanlarda en çok bel ağrısının olduğu tespit edilmiştir (134,141,143).

Smith ve Leggat Avusturalya kırsal bölgede eğitim alan hemşirelik öğrencilerinde KİS rahatsızlığını %80 olarak bulmuşlar ve en çok etkilenen bölgenin bel bölgesi (%59.2) olduğunu belirtmişlerdir.

Bu bulgularla yazarlar hemşirelik mesleğinin KİS hastalıklarının gelişmesinde bir risk faktörü olduğunu yorumunu yapmışlardır (141). Kesgin ve ark'nın çalışmasında hemşirelerin %14.4'ünde kas ve eklem ağrıların olduğu saptanmıştır (121). Sonuçlarımız literatür bulguları ile benzerdir.

Çalışmamızda katılımcıların %76.4'ü eğilme-diz çökme, %41.7'si çalışma ortamında ağır kaldırma hareketlerini sık sık yaptıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte ağır kaldırma davranışını yapanlarda daha yüksek oranda gebelik komplikasyonları ve kanama sorunlarının geliştiği ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Lawson ve ark'nın çalışmasında da benzer olarak ağır kaldırma ile erken doğum arasında ilişki olduğu saptanmıştır (15). Özellikle ağır kaldırma ile artan karın içi basınç ve zorlanma ile gelişebilecek olan kanama komplikasyonu gebelik kayıplarına neden olabileceği için oldukça önemlidir. Korunmada sağlık çalışanlarının kendi kendilerine uygulayabilecekleri önlemler dışında çevresel çalışma koşullarının iyileştirilmesi servis değişiklikleri sağlanabilir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanlarının gereksinimlerine yönelik birinci basamak sağlık hizmetini yerine getiren sağlık birimi bulunmadığından, hastanede çalışma süresinde tanımlanan hastalıkların işe bağlı olup olmadığı bilinmemektedir. Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin %55.1'i mesleki risklerden dolayı hastalandıklarını bildirmiştir. Bu hastalıklar arasında en sık karşılaşılanlar; bel ağrısı, varis, gastrointestinal şikâyetler, psikolojik hastalıklar ve cilt hastalıklarıdır. Bir çalışmada, çalışma ortamından dolayı hastalanma durumunun %68 olduğu ve en çok varis, bel ağrısı, psikolojik hastalıklar ve egzama sorunlarının görüldüğü belirtilmiştir (70). Özdemir ve Khorshid (133) çalışmasında hemşirelerin %70'inde varis yakınmalarının bulunduğu, Yılmaz ve Özkan'ın (55) çalışmasında %39.9'unda bel ağrısının olduğu tespit edilmiştir. Dıraçoğlu'nun çalışmasında ise, hemşireler en fazla bel (%41) ve boyun (%28) bölgesinde ağrı olduğunu ifade etmişlerdir (134). Yapılan araştırma sonuçlarına göre, hemşirelik mesleğinin KİS hastalıklarının oluşumunda risk faktörü olduğu sonucuna varılabilir. Gerek işyerinden kaynaklanan sağlık sorunlarının, gerekse yapısal sağlık sorunlarının erken tanısı için aralıklı kontrol muayenelerinin düzenli yapılması uygun olacaktır.

Çalışma grubumuzdaki sağlık çalışanları çok yüksek oranda (%73.2) stres faktörünü mesleki risk faktörü olarak görmektedir. Özdemir ve Khorshid'in çalışmasında hemşireler sağlıklı yaşam biçimi ölçeğinden en düşük puanı stresle başa çıkma alt boyutundan aldığı dolayısıyla çalışanların çalışma ortamında yüksek oranda stres yaşadıkları vurgulanmıştır (133).

İlhan ve ark'nın yaptıkları bir çalışmada da çalışma ortamında işçileri en çok zorlayan faktörün stres olduğu bildirilmiş ve stresi en çok fazla mesai ve olumsuz iş yeri koşullarının etkilediği belirtilmiştir (144). Çalışmamızda stres nedenleri arasında yoğun çalışma ortamı, personel sayısının eksikliği, fazla çalışma saatleri, mesleki riskler ve mesleki maruziyetlerin bebek üzerinde etkisi olacağı düşüncesinin sık sık yaşanması olarak düşünülmüştür. Literatür bilgilerine göre uzun süre strese bağımlı olarak yaşayanlarda çeşitli psikolojik ve bedensel rahatsızlıklar oluşabileceği vurgulanmaktadır (145). Çalışmamızda da gebelik döneminde strese maruz kaldığını belirten kadınlarda gebelik komplikasyonu ve kanama sorunlarının gelişmesi bakımından anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Dolayısıyla bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %35.4'ü hamilelik süresince üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiştir. Sözeri'nin çalışmasında da bu oran %30.5 olarak tespit edilmiştir. Özellikle gebelerde H1N1 tipi influenza virüsü komplikasyonlara neden olabilmektedir. Gebelerin immün, kardiyovasküler ve solunum sisteminde yaşanan fizyolojik değişimler hastalığın ağır seyretmesine, gebenin hastanede yatmasına, hatta ölümüne bile neden olabilmektedir (6,78).

CDC gebelere inaktif influenza aşısının yapılmasını önermiş olmasına rağmen çalışmamızda hamilelerin %5.5'inin grip aşısı olduğu saptanmıştır. Bir çalışmada da grip aşısı oranı bizim bulgumuzla benzer olduğu görülmüş ve oldukça düşük (%5.3) olarak bulunmuştur (146). Farklı bir çalışma da %13.1 olarak belirtilmiştir (70). Bu konuda hamile çalışanların bilgilendirilmesi, kendilerini ve fetüsü korumak için evrensel korunma tedbirlerini almaları önemli bir korunma basamağı oluşturabilir. CDC'nin önerdiği bu temel aşılar (78) dikkate alındığında, ülkemizde sağlık çalışanlarının hem aşılama oranları, hem de aşı çeşitleri açısından eksikleri olduğu da söylenebilir.

Çalışmamızda bir gebe CMV enfeksiyonu geçirdiğini ifade etmiştir. Bu gebenin 38. haftada doğum yaptığı ve yenidoğanın solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakımda yatmıştır. ABD'de bir hemşirenin hamilelik döneminde CMV geçirdiği için bebeğini kaybettiği (6), Almanya'da ise hamile sağlık çalışanlarının sadece %43.9'unun CMV'ye karşı yeterli

bağışıklığının olduğu bildirilmiştir (147). Korunmada tüm çalışanlarının el hijyeni ve dezenfeksiyonun uygulamalarını devamlı yapmaları vurgulanmıştır (6).

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise CMV çok erken yaşlarda geçirilmektedir. Bu nedenle gebelerde rutin CMV taraması yapılması tartışmalı olduğu belirtilmektedir.

Tartışmaya neden olan faktörler, gebelik çağındaki kadınların birçoğunun CMV geçirmiş olması, saptanması durumunda etkin bir tedavisinin olmaması, etkilenmemiş fetüslerde gereksiz yere terminasyon yapılması ve ailenin yaşayacağı anksiyete olarak sıralanmaktadır (78).

Yerel düzeyde yapılan birçok araştırma bulgularında, sağlık çalışanlarında işe bağlı Hepatit-B, KİS hastalıkları, enfekte kesici-delici-batıcı cisim yaralanmaları, şiddet ve istismara maruz kalma sıklığında artış görülmektedir (70,77,121,139). Çalışma grubumuzun %26'sının hamilelik döneminde iş kazası yaşadığı, %51.2'sinin kan ve kan ürünleri ile teması olmuştur. Çin'de yapılan bir çalışmada iğne ucu yaralanmaları doktorlarda %40.6, hemşirelerde %56.6 ve teknisyenlerde %32.6 olarak bulunmuştur (139). Kuruüzüm ve ark'nın çalışmasında perkütan yaralanmalar %58 olarak tespit edilmiştir (77). Hindistan'da yapılan bir çalışmada sadece bir haftada mukoz membran maruziyeti %11, perkütan yaralanma bildiriminin %30 olduğu belirtmişler ve bu bulguları endişe verici olarak rapor etmişlerdir (148). Sonuçlar arasında farklılıklar olmasına rağmen sağlık çalışanlarında iş kazalarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Çalışanların iş yerlerinde korunmasını zorunlu kılan meslek hastalıkları, iş kazaları ve bu nedenle işe devamsızlık durumları, bir ülkenin iş sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde ele alınan önemli ölçütlerdir (9). Ancak ülkemizde sağlık çalışanlarına ilişkin mesleki riskler, meslek hastalıkları ve kazalara yönelik düzenli veriler bulunmamaktadır, iş kazaları ve meslek hastalıklarının bildirimini oldukça yetersizdir. Özellikle meslek hastalığına dair verilerin az olması ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği mevzuatlarının ya belirli sektörleri ya da belirli çalışan gruplarını kapsam altına alması, çalışanların çoğunluğunu oluşturan geri kalanına sosyal koruma sağlamamasından kaynaklanmaktadır (149). Sağlık çalışanlarının ne kadar, hangi sıklıkla, hangi meslek hastalıklarına, iş kazaları ve riskli uygulamalara maruz kaldığı, maruz kalanların, hangi koşullarda ve nasıl yaşamını sürdürdüğü, yine kaç kişinin iş görmez hale geldiği ya da sakatlık geçirdiği ve yaşamını kaybettiğine ilişkin temel verilere sahip değiliz.

Bununla birlikte çalışmada, hamilelik döneminde iş kazası geçirme durumu ile erken doğum arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu farkın özellikle iş kazalarının dörtte birinin düşme kayma şeklinde olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Hamile sağlık çalışanının meslek hastalığına yakalanma risk algılarına bakıldığında, meslek hastalığına yakalanma risk algısının (%40.9), iş kazası geçirme risk algısından (%28.3) daha yüksek olduğu görülmüştür.

Meslek hastalığı riskinin daha yüksek olarak tanımlanması hemşire ve ebelerde işe bağlı hastalık görülme oranının (%55.1), iş kazası sayılabilecek olan mesleksel travma ile karşılaşma oranından (%26.0) yüksek olmasından ya da bütün yaralanmaların iş kazası olarak görülmemesinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışma grubumuzdakilerin %57.5'i hasta ve hasta yakınlarından ve %27.6'sı çalışma arkadaşları ve idarecilerden şiddet görmüştür. Ancak şiddet durumu ve gebelik üzerinde bir anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Hamilelerin şiddet görme durumlarını inceleyen bir çalışmada kadınların %50.8'inin şiddetin herhangi bir türüne maruz kaldığı ve prematüre doğumların hepsinin gebeliğinde şiddet yaşayan gebelere ait olduğu belirtilmiştir (150). Başka bir çalışmada hemşirelerin %49.1'i şiddete maruz kaldıklarını, %46'6 sı sözel, %1.2'si fiziksel şiddete uğradıklarını ve bu şiddetin %40'ünün hasta yakınları tarafından uygulandığını saptanmıştır (55). Bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının son bir yıl içinde %72.4'ünün şiddet uğradığı, %15.8'inin fiziksel şiddet, %26'sının mobbing yaşadığı bildirilmiştir (117). Kwok ve ark. alışmasında kadın ve erkek hemşirelerde şiddet oranlarının %75- 88 arasında değiştiğini diğer sağlık personellerine göre daha fazla şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (151). Bulgular arasında farklılıklar olsa da oranlar sağlık alışanlarında şiddetin arttığını doğrular niteliktedir ancak doğum eylemi üzerindeki etkisine yönelik farklılığın şiddet türü ile ilişkili olduğu düşüncesindeyiz. nk alışmamızda fiziksel şiddet yaşayan gebe bulunmamıştır.

Çalışmada Hepatit B'ye karşı aşılanma oranı %93,7'dir. Altıok'un (152) alışmasında bu oran %79.5, Taşğlunun (70) alışmasında %75.8'dir. Çalışmamızda Hepatit B aşılanma oranının yüksek olması katılımcıların genç olmasından kaynaklanabilir. Hepatit B açısından riskli bir grup olan sağlık alışanlarında aşılanmama durumlarının olması mesleki riskleri artıracadığı düşüncesindeyiz.

Gebenin Hepatit B antijeni seropozitifliğinde perinatal geçiş %90'lara kadar yükselebilir. Perinatal geçişle beraber yenidoğanın kronik HBV enfeksiyonuyla doğma olasılığı artar. Eğer gebede klinik olarak HBV gelişirse gebe olmayanlara göre çok daha ağır seyrederek. Yine alışmamızda bir hamilenin Hepatit B taşıyıcısı olduğu, gebelik sürecinde bir problem yaşanmadığı belirlenmiştir.

İşe giriş ve periyodik muayenelerinin düzenli yapılması etkili bir iş sağlığı hizmetlerinin olmazsa olmazlarından (9). Ancak çalışmada hamilelerin yaklaşık yarısının (%46.5) periyodik kontrollerinin, %35.4'ünün de işe giriş muayenesi yapılmamıştır.

İlhan ve ark.'nın çalışmasında işçilerin %47.4'ünün aralıklı kontrol muayenesinin yapılmadığı tespit edilmiştir (144). Çalışanların yarısından fazlasının aralıklı kontrol muayenesi olmaması çalışanlarda işe bağlı gelişebilecek hastalıkların erken tanısını önleyecektir. Çalışmaya alınan sağlık kurumlarında bu tarama ve kontrolleri yapacak olan çalışan sağlığı birimlerinin olmaması konunun önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 6 Nisan 2011 tarihinde Resmi Gazetede yayınladığı "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" ve ardından Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 30 Haziran 2012 tarihli 6331 sayılı "İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu" ile kamuda çalışan sağlık çalışanlarının da iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlanabilmesine olanak tanımıştır (123). Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğin hayata geçirilmesi ve çalışan güvenliği biriminin oluşturulması konusunda hastaneler bilgilendirilmiştir. Her kurumda işe giriş muayenesi zorunludur ve 50'den fazla çalışanın olduğu yerlerde aralıklı kontrol muayenesi yapılması zorunludur (123). Ancak bu süreç 2016 yılına kadar tekrar uzatılmıştır.

Sağlık risklerinden korunmada hamilelerin tamamının koruyucu malzemeleri kullanması beklenirken çalışmada bu oran %87.4 olarak bulunmuştur. Buna ilave olarak katılımcıların %60.6'sının hasta ile temastan önce ve sonra her zaman el yıkama davranışını yaptığı, %61.4'ünün her zaman eldiven giydiği ve %57.5'i maske kullanımının düzenli olduğu belirlenmiştir. Tel'in çalışmasında hemşirelerin %60'ının ellerini yıkamadan eldiven kullandığı, %70'inin eldiveni çıkardıktan sonra ellerini yıkamadığı bildirilmiştir (116). Akyıl ve Uzun'un çalışmasında el yıkama oranı %78.0 (153), Demir ve ark.'nın çalışmasında %80.4'tür (135). Hastane ortamında eller en önemli taşıyıcılar olup eldeki geçici florayı uzaklaştırma ve kontaminasyonu önlemenin en etkin yolu el yıkamadır (153). Ancak, bu konuda yapılan çalışmalarda hemşirelerin el yıkama oranlarına ilişkin çok farklı sonuçlar elde edildiği, el hijyenine yönelik uyumun yetersiz olduğu görülmektedir. Bu bulgular hemşirelerin kişisel güvenlik önlemlerini yetersiz aldığı, riskli bir çalışma ortamında olmalarına rağmen korunmanın az olması oldukça dikkat çekicidir. Çalışma sırasında kişisel koruyucu kullanma oranlarının yüksek olmaması çalışanların kişisel koruyucularla ilgili eğitime gereksinim duyduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda hamilelerin sadece %25.2'si çalışma ortamındaki koruyucu önlemlerin yeterli olduğu görüşündedir. Taşçıoğlu çalışmasında bu oranı %37.4 (70), Demir ve ark çalışmasında (135) hemşirelerin %21.9'u eldiven kullanmanın tamamen koruduğuna inanmaktadır. Sağlık çalışanlarında yapılan çalışma sonuçları birbirine benzerdir (70,135,153).

Ayrıca katılımcıların %89.2'sinin çalışma ortamını güvenli bulmadıkları belirlenmiştir. Başka bir çalışmada da %84.6 olarak bulunması (73) bizim çalışmayla uyumlu olup sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarındaki risklerin farkında olduğu ancak yeterli önlem almada daha duyarlı olmaları düşüncesindedir.

Katılımcıların en çok personel sayısının arttırılması yönünde önerisinin olduğu, bunu kullanılan malzemelerin özellikle donanımlı olması ve stresiz çalışma ortamlarının sağlanması şeklinde izlediği tespit edilmiştir. Personel sayısının az olması da iş yükünü arttıran önemli bir faktördür. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2012 yılında Türkiye'de 1000 kişiye 2.49 hemşire ve ebe düşmektedir. Bu oran dünyada 2.9, Danimarka'da 16.1, Almanya'da 11.1, Kanada'da 10.4, Çek Cumhuriyeti'nde 8.7 olarak bildirilmiştir (155). Bu durum belirttiğimiz gibi özellikle ülkemizde 1000 kişiye düşen hemşire sayısı ile düşünüldüğünde çalışanların personel sayısının arttırılması şeklindeki önerilerinin ne kadar doğru olduğu düşüncesini destekler niteliktedir. Ayrıca katılımcıların hamilelik döneminde de fazla mesai ve gece nöbeti tuttıkları göz önünde bulundurulursa personel sayısının arttırılması gereklidir.

GEBELİK SÜRECİ VE SAĞLIK SORUNLARI

Çalışmamızda gebelik sayısı ortalaması 1.7 ± 1.03 (min 1, max 7, ortanca 2) ve canlı doğum sayısı 0.48 ± 0.61 (min 0, max 3, ortanca 0) olarak saptanmıştır. Aksu'nun Edirne İl merkezinde 2010 yılında yaptığı çalışmasında, gebelik sayısı ortalaması 1.9 ± 0.09 , canlı doğum sayısı 1.74 ± 0.92 'dir. TNSA 2013 verilerine göre toplam doğurganlık hızı; ülkemizde 2.22, Batıda 1.90 olup eğitim seviyesi yüksek olanlarda bu oran 1,62 olarak belirlenmiştir (30). Ülkemizde son otuz yıl içinde (1978-2008 döneminde) toplam doğurganlık hızının 4.33'den 2.22'ye düştüğü göz önüne alınacak olursa çalışmada bu hızın düşük bulunması, araştırmanın sadece Tekirdağ İlinde ve eğitilmiş bir grupta yapılmış olması, gelir düzeyinin iyi olması ve doğumların ertelenmesi eğiliminin etkili olduğu söylenebilir.

Toplumu bilinçlendirmesi beklenen sağlık çalışanlarının %9.4'ünün gebelik öncesinde geleneksel bir yöntem kullandığını belirtmesi dikkat çekicidir. Sağlık çalışanlarında yapılan bazı araştırmalarda da, benzer sonuçlara ulaşılmıştır (132). 2013 TNSA'a göre halen evli kadınların %26.2'inin geleneksel yöntemlerden birini kullandığı belirlenmiştir (30).

Çalışmada grubumuzun %27.6'sı hamile kalmakta güçlük yaşadığını, %9.4'ü yardımcı üreme teknikleri ile hamile kaldığını bildirmiştir. Dünyada infertilite oranı %5-30 arasında değişmekte, Türkiye'de de bu oranın %10-20 kadar olduğu düşünülmektedir (156). Son yıllarda infertilite için mesleki risk faktörlerinin etkisinin olduğu yönünde çalışmalar yapılmaktadır. Yeni ve ark.'nın anestezi çalışanlarında yaptıkları çalışmada sayı ve motilite başta olmak üzere sperm parametreleri-nin olumsuz etkilendiği, bununla birlikte bu bozukluğun seminal plazmanın oksidatif stresinden kaynaklanabileceği belirtilmiştir (157). Çalışmamızda da literatüre benzer bir sıklık saptanmış olmasına karşılık infertilite nedenleri araştırılmadığından ileri çalışmalar önerilmektedir.

Doğum öncesi sağlığın, fetal sağlığı doğrudan etkilediği, gebelik süresince yapılan etkin ve rutin izlemlerin ne kadar önemli olduğu bilinmektedir. Çalışmada tüm gebelerin doğum öncesi bakımı kadın doğum uzmanından aldığı ve her ay düzenli olarak kontrole gittiği tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı "Doğum Öncesi Bakım Rehberi" ne göre, doğum öncesi ilk üç ay, 24. hafta, 28. hafta, 32. hafta, 36. hafta ve 39. haftada bir kez olmak üzere toplam 6 kez doğum öncesi bakım önerilmiştir (158). TNSA 2013 verilerine göre kadınların %94.4'ünün doğum öncesi bakımı doktordan aldığı, batıda doktordan bakım alma oranının %97.7 olduğu saptanmıştır (30). Çalışma grubumuzun sağlık çalışanı olması, hizmete ulaşmada sorun yaşamaması ve gelir düzeyinin iyi olması düşünüldüğünde doğum öncesi bakımı her ay alması şaşırtıcı değildir.

Çalışmamızda hamilelerin %15.7'sinin tarama testlerinde risk tespit edilmiş ve %7'sinde amniyosentez yapılmıştır. Literatüre göre tarama testlerinde risk tespit edildiğinde en çok yapılan uygulamalardan biri amniyosentez diğeri ileri düzey ultrasondur (159).

İzlemlerde fetüste ileri derecede hiyatal herni, amniyosentezde kromozom anomalisi saptanan bir hamilelik 25 haftalık iken ailenin isteği ile sonlandırılmıştır. Risk tespitleri genellikle 16-20 haftalarda yapılması (159) göz önüne alınırsa, bizdeki tespitin geç olması düşündürücüdür. Fetüste gelişen sağlık problemlerinin erken dönemde tespit edilmesi gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için bir fırsat olmakla birlikte anne ruh sağlığı açısından oldukça önemlidir.

Ayrıca grubumuzun %15'inde kan uyuşmazlığının olması riskleri daha da arttıracığını düşündürmektedir. Çünkü Rh uyuşmazlığı, eritroblastosis fetalise neden olan ve önlenilebilen ciddi bir tablodur (21). Rh uyuşmazlığı olup olmadığının öğrenilmesi, gebe kadının ilk fizik muayenesinde yapılması gereken bir işlem olup, uyuşmazlık tespit edilen gebenin daha titiz izlenmesi ve uygun şekilde tedavi edilmesi gerekmektedir. Ayrıca doğum sonrası Anti-D immunglobulinin uygulanması açısından da takip gerektirmektedir. Canbaz ve ark'nın (132) çalışmasındaki %14.1'i olarak bulunmuş olup bizim bulgumuzla benzerdir.

Katılımcıların %11'inin kronik bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Bulgularımızın diğer çalışmalarla benzer olduğu görülmüş olup Karadeniz'in (149) hemşirelerde yaptığı çalışmada bu oran %12.5, Kılıç ve Çetinkaya'nın (140) çalışmasında %10.1, Canbaz ve ark.'nın (132) çalışmasında %13.0 olarak bulunmuştur. Gebelik sırasında bulunan sistemik hastalıklar, gebelikte hem annenin hem de bebeğin morbidite ve mortalitesini artırıcı yönde etki etmektedir. Ayrıca kronik hastalığa sahip annelerin çocuklarında kalıtsal hastalıkların görülme oranı daha yüksektir (19-21). Bu nedenle gebenin ilk fizik muayenesinde bu hastalıkların belirlenebilmesi için soy geçmişi de içeren ayrıntılı öykü alınmalı, dikkatli fizik muayene ve laboratuvar inceleme yapılmalıdır.

Gebelik döneminde hipertansif bozukluklar maternal ve perinatal mortaliteyi anlamlı olarak attırmaktadır. Son yıllarda hipertansif gebeliklerdeki perinatal mortalite %10'un altında olduğu bildirilmektedir. Literatüre göre gebelikte hipertansiyon sıklığı %7-10'dur (133). Çulha ve ark.'nın çalışmasında gebelerin %7.6'sında hipertansiyon tespit edilmiştir (159). Bizim çalışmamızda da hipertansiyon sıklığı %9,5 olarak bulunmuş olup literatür bulgularıyla benzerdir. Gebelik döneminde hipertansiyona bağlı olarak gelişen eklampsi ve preeklampsi sorunları bizim çalışmamızda %7.1, Özdemir ve Khorshid'in çalışmasında %6.4 (133) ve Çulha ve ark'nın çalışmasında %2.5 olarak bulunmuştur (160). Çalışmamızla diğer çalışma sonucunda elde edilen rakamlar genel olarak birbirine yakın olmakla birlikte, bu sonuçlar çalışmanın izleme dayalı olup olmaması, çalışma grubunun yaş ve çalışma özelliklerinden etkilenebilir. Örneğin; Jacobs ve ark. ev kadını ve işsiz olmanın, gebeliğe bağlı hipertansiyon için önemli bir bağımsız değişken olduğunu bildirmişler ve bu durumu ev kadınlarında obezitenin daha fazla olmasına bağlamışlardır (161). Bu bulgularla, gebelikte hipertansiyon sıklığının önemli olduğu görülmüş, gebelik öncesi ve doğum öncesi bakım hizmetleri içinde dikkatle ele alınması gerektiği kanaatine varılmıştır.

VKİ'ye göre hamilelerimizin %28,3'ünün şişman-çok şişman grubunda yer almaktadır. Hemşirelerde yapılan bir çalışmada bu oran %26.6, Çulha ve ark'nın gebeler üzerinde yaptığı çalışmada %26.1 olarak bulunmuştur (160). TNSA, 2008 verilerine göre de obezite, anneler için önemli bir problemdir. VKİ hesaplamalarına göre, annelerin %58'i şişman ve bu grubun %24'ü ise obezdir. VKİ yaşla birlikte hızlı bir şekilde artmakta, 25 yaş ve üzeri kadınların çoğunda 25.0'i aşmaktadır (36). Yine sağlık çalışanlarıyla İtalya'da yapılan bir çalışmada, kadın sağlık çalışanlarında fazla kilolu olma oranı %16 (n= 633) olarak bildirilmiştir (162). Grubumuzda şişman ve obez oranının ülkemizdeki çalışmalarla uyumlu olduğu ancak yurtdışı çalışmalara göre fazla olduğu tespit edilmiştir (162).

Çalışma grubumuzun sağlık çalışanı olması, çoğunluğunun üniversite düzeyinde eğitime ve aktif çalışma yaşamına sahip olmaları nedeniyle bu oran yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda VKİ'nin gebelik ve doğum özelliği üzerindeki etkisi incelendiğinde zayıf-orta olan gruptaki kadınlarda daha yüksek oranda gebelik komplikasyonunun, erken doğumların ve vajinal doğumların olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Gebelik komplikasyonu ve erken doğum durumların zayıf-orta olan gruptaki sağlık çalışanlarının vücut ağırlıklarının fazla olmaması nedeniyle daha aktif çalışmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmada grubumuzun hamilelik süresince aldıkları ağırlık ortalama 14,1±5,02 kg (min 4, max 37, ortanca 14) olarak tespit edilmiştir. Çulha ve ark'nın çalışmasında gebelerin %39.8'inin fazla kilo aldığı bildirilmiştir (160). Sonuçlar bize kadınların hamilelik süresince fazla kilo almadıklarını göstermektedir.

Gebelik ve doğum yaşam sürecinde normal bir evre olarak kabul edilir. Ancak doğacak çocukların %10-20'si, gebelerin %20-30'u risk grubuna girmektedir (19,20). Bizim çalışmada bu oranlar sırasıyla %30.4 ve %37.0 olarak bulunmuştur. Kısmen birbirine yakın olan bu sonuçlardaki farklılık hamile sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında mesleki risklerin olması ve çalışma koşullarının olumsuzluğu nedeniyle arttığı kanısındayız.

Çalışma grubunun %65.4'ünde gebelik döneminde en az bir komplikasyonun geliştiği belirlenmiştir. Bu komplikasyonlar, kanama, amniyon sıvısı sorunları, gestasyonel diyabet şeklinde sıralanmaktadır. Sözeri ve ark.'nın çalışmasında gebelerin %54.0'ünde gebelikte komplikasyon ve %28.6'sında kanamanın olduğu bildirilmiştir (163). Bizim çalışmamızda komplikasyon gelişme oranlarının yüksek olması örneklem grubunun çalışan kadınlardan oluşması nedeniyle çalışma koşullarının etkisi olduğu düşüncesindeyiz. Çalışmamızda gebelik komplikasyonunun gelişmesinde pek çok mesleki risk faktörleri ve çalışma koşulları arasında anlamlılığın olması bu düşüncemizi destekler niteliktedir.

Çünkü daha önce belirttiğimiz gibi gebelik komplikasyonu ile dezenfektanlar, anestezi gazları, ağır kaldırma ve stres gibi mesleki risk faktörleri ile haftalık çalışma saati fazla ve ayakta çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışma grubumuzun %59.1'nin hamilelik döneminde rapor aldığı, raporlu gün ortalaması 23.46 ± 22.26 'dır. Bu bulgular ilk bakışta fazla görünmekle beraber rapor alma durumu gebelik komplikasyonu yaşama oranı (%65.4) ile ilişkilendirildiğinde birbirini desteklemektedir. Çünkü gebelik döneminde komplikasyon yaşayanların daha fazla rapor aldığı görülmektedir.

Bunlara ek olarak çalışma grubumuzdaki gebelerin %13.4'üne hekim tarafından 32 haftadan sonra zorunlu yatak istirahatinin verilmesi göz önüne alındığında hamile ebe ve hemşirelerin gebelik dönemlerinde daha fazla komplikasyon yaşadığı ve riskli gebelik özelliğe sahip olduğu düşünülebilir.

Çalışma grubumuzdakilerin %9.4'ü sigara, %6.3'ünde hamileliği sırasında alkol kullanmaya devam etmişlerdir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda hamilelik döneminde sigara içme oranları sırasıyla %10.8, %16,3 ve %12 olarak bulunmuştur (45,132,160). Hollanda yapılan çalışmada hamilelerin %22.6'sının sigara, %54.1'inin alkol kullanmaya devam ettiği belirtilmiştir (2). Sonuçlar arasındaki farklılıklar kültürel özelliklerden olabilir. Farklı bir çalışmada da sigara içen annelerin bebeklerinin, maternal kilo alımı her iki grupta da aynı olmasına rağmen, doğum kilosunun daha az olduğu belirtilmiştir (164). Bizim çalışmamızda ise gebelik öncesinde alkol içme davranışı olanlarda istemsiz düşük arasında istatistiksel olarak fark bulunmasına karşılık ($p<0.05$) sigara için böyle bir anlamlılık tespit edilmemiştir. Çalışmamızdaki alkol kullanımı ve istemsiz düşük arasındaki anlamlılık benzer çalışmalarda da elde edilmiştir. Lawson 2012'de (13) hamile ebe ve hemşirelerde yaptıkları çalışmada alkol, sigara ve kafeinli içecekleri fazla tüketenlerde istemsiz düşüklerin daha fazla olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada hamilelik ve sigara arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ancak görüldüğü gibi gerek kamu spotu gerekse kitle iletişim araçlarından sigaranın zararları konusunda gerekli uyarılar yapılırsa da kadınların hamilelik döneminde zararını bildiği halde içmeye devam etmesi oldukça dikkat çekicidir.

Çalışma grubumuzun gebelik dönemine ilişkin olmasını istedikleri öneriler sıklıkla; doğum sonrası ücretsiz izinlerin arttırılması ve doğumdan sonraki ilk iki yıl gece nöbetinin olmaması şeklindedir.

Hamileler doğum sonrası ücretsiz izinlerin en az 10 ay olması yönünde de öneri getirmişlerdir. Ancak 16 hafta olan doğum izinleri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 24 haftaya çıkarılması düşünülmüş fakat özel sektörün karşı çıkması ile 18 hafta olacağı kararlaştırılmıştır. Henüz ilgili yasa daha yürürlükte değildir. Anlaşıldığı gibi annelerin doğum sonrası ücretsiz izinlerin arttırılması yönündeki isteklerinin gerçekleşmeyeceği kanısındayız. Bununla birlikte çalışmamıza başladığımızda gece çalışanların ilk bir yıl nöbet tutmaları söz konusuysen en çok ikinci sırada istenen gece nöbetinin doğum sonrası iki yıl içinde olmaması isteklerinin gerçekleştiği görülmüştür. Torba Kanun Teklifinin (2013) (127) 101. maddesinin ikinci fıkrasında yer alan "doğumdan sonraki bir yıl süreyle" ibaresi "doğumdan sonraki iki yıl süreyle" şeklinde değiştirilmiştir. Bu durum anne ve bebek sağlığı için oldukça olumludur.

DOĞUM SONRASI DÖNEM VE YENİDOĞAN ÖZELLİKLERİ

Çalışma grubumuzdaki gebelerin %89'unun canlı doğum, %11'inin istemsiz düşük yaptığı tespit edilmiştir. TNSA 2013 raporunda kendiliğinden düşük oranı %13.5, (30), Canbaz'ın ve ark'nın (132) çalışmasında canlı doğum %91.3, istemsiz düşük %5.4, Aksu'nun (165) çalışmasında ise istemsiz düşük %7.8 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdaki istemsiz düşük oranın TNSA ile uyumlu ancak diğer çalışmalara göre daha yüksek olması örneklemimizin çalışan grup olması nedeniyle mesleki risk ve çalışma koşullarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ancak tespit ettiğimiz istemsiz düşük oranı yurt dışında hemşire ve ebelerde yapılan çalışmalar ile benzerdir. Lawson ve ark. (13) istemsiz düşük oranını %10 olarak bulmuş ve hemşire ve ebelerin istemsiz düşüklerini mesleki risk faktörleri ve çalışma özelliklerinden kaynaklandığını saptamışlardır. Yine aynı çalışmada yaş, parite, haftalık çalışma saati, vardiyalı çalışma durumunun ve mesleki risk faktörlerinden; radyasyon, antikanser ilaçlar, antiviral ilaçlar, anestezi gazları ve sterilizasyon maddeleri ile çalışanlarda anlamlılık tespit etmişlerdir. Çalışma grubumuzda benzer olarak fazla mesai yapanlarla, vardiyalı çalışanlar arasında anlamlı fark saptanırken ayakta çalışma, gece çalışma arasında anlamlılık saptanmamıştır. İki çalışmada da benzer çalışma özelliklerinin istemsiz düşüklerle ilgili anlamlılığın önemli olduğu düşüncesindeyiz. Aynı zamanda yoğun çalışma şartlarına sahip olanların çalışma koşullarının hafifletilmesi, doğum öncesi bakım hizmetlerinde annenin takibi, beslenmesi, dinlenmesi gibi konulara ağırlık verilmesi gerektiği görülmektedir.

Literatüre göre yenidoğan ölümlerinin dörtte üçü ilk bir hafta içinde meydana gelmektedir (166, 167). Çalışmada erken neonatal ölüm (ilk 7 gün) oranı %1.7 (n=2) olarak bulunmuştur. Doğum sonrası erken neonatal dönemde kaybedilen iki yenidoğanın, prematüre ve düşük doğum ağırlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Erken neonatal dönemde kaybedilen yenidoğanların birinde konjenital kalp hastalığının olduğu, diğerinde Respiratuar Distress Sendromunun olduğu saptanmıştır. Her iki annenin üniversite mezunu olduğu, her ay prenatal bakım alması, hastanede doğum yapması ve bir sağlık çalışanı olması düşünüldüğünde bu bulgu dikkat çekici ve üzücüdür. Ancak bu bulgular literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Aslan ve ark. yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 2007-2011 yılları arasında yaptıkları çalışmada, 5 yıllık sürede yatan yenidoğanlarda ölüm oranı %3,04 olduğu ve %75'inin erken yenidoğan döneminde kaybedildiği bulunmuştur (167). TNSA 2013 verilerine göre yenidoğan ölüm oranı binde 13.6 olarak rapor edilmiştir.

Türkiye'de 1978-2008 TNSA verilerinde sürekli olarak erken yenidoğan ölümlerinin geç yenidoğan ölümlerinden oransal olarak daha fazla olduğu görülmektedir (30). Gelişmiş ülke olarak kabul edilen Kanada'da yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki mortalite oranı %4 olarak bildirilmekte, bebeklerin %75'inin ilk 12 günde kaybedildiği, en sık ölüm nedenlerinin prematürite (<28 hafta, %48), konjenital anomali %34, enfeksiyon %11,4 ve perinatal asfiksi %16 olduğu bildirilmektedir (168). Oranlar incelendiğinde kaybedilen bebekler içerisinde özellikle prematüre olma ve konjenital anomali sıklığının önemli bir yer kapladığı, tüm gelişmişlik düzeyine rağmen bu bebeklerin ölümlerinin engellenemediği saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların tamamına yakını kamu sektöründe çalışmasına rağmen katılımcıların 3/4'ünün doğum öncesi hizmetini özel sektörden aldığı ve aynı oranlarda da doğumlarını özel hastanede gerçekleştirdiği saptanmıştır. Akyol ve ark. (169) sağlık çalışanlarının daha çok özel sektörü tercih ettiğini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının izlemlerde de özel sektörü tercih etmesinin nedeni, doğum yapacakları yeri ve doğum şekli ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Çünkü dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde kamu düzeyinde, az gelişmiş ülkelerde ise özel sektörde sezaryen oranları artış göstermiştir (165). Özel sağlık kuruluşlarının tercih edilmesi sağlık sektöründeki özelleştirme uygulamalarının ne kadar yaygın olduğunu düşündürmektedir.

Literatür bilgisine göre kadınların yaklaşık %85-90'ı normal vajinal doğum yapabilirken, %10'u ise doğum eylemini tamamlarken yardıma ihtiyaç duyduğu ifade edilmiştir (170). DSÖ tarafından öngörülen sezaryen oranı da %15'dir. Özellikle özel hastanelerde bu oranın %80-90 sınırında olduğu bildirilmektedir (170).

ABD 1975 ve 1988 yılları arasında sezaryenlerin beş kat arttığı rapor edilmiştir (132). Türkiye’de sezaryen ile doğum da oldukça yaygındır. TNSA 2008’de doğumların %37 iken ve 2013’de %48’i sezaryen ile yapılmıştır. İlk doğumların yüzde 52’i sezaryen ile yapılmıştır (30). Ülkemizde değişik bölgelerde yapılan çeşitli çalışmalarda sezaryen oranları doğudan batıya artmakta ve %10.1 ile %58.2 arasında değişmektedir (36). Topçuoğlu ve ark. (131) ileri yaş gebeliklerde yaptığı çalışmada sezaryen oranı %82.5’tir. Akyol ve ark.’nın (169) çalışmasında %60.1, Canbaz ve ark. (132) ise %70.7 olarak bildirilmiştir. Bunun nedenleri arasında; ileri yaş gebeliklerin olması, kadınların kariyer istekleri, makat gelişler, mükerrer sezaryen gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Sezaryen doğum, vaginal doğumla karşılaştırıldığında; bir yandan hem anne hem de bebek sağlığı açısından önemli riskler taşımakta, diğer yandan da hastane maliyetlerini arttıran bir durumdur. Çalışmamızdaki bulgunun literatür ile uyumlu olduğu ve sezaryen oranının çok yüksek (%86.7) olduğu belirlenmiştir.

Doğumların %8’inde (n=9) kordon dolanması, %4.5’inde (n=5) mekonyum aspirasyonu gelişmiştir. Literatüre göre tüm gebeliklerin yaklaşık %7-22’sinde amniyotik sıvıda mekonyum tespit edildiği ve yenidoğan bebekler için önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasında yer aldığı belirtilmektedir (19,20,170). Bir çalışmada doğumda kordon dolanması %10.3 olarak bulunmuştur (170). Aynı çalışmada özellikle kordon dolanması olan bebeklerde mekonyumlu doğma oranının anlamlı düzeyde arttığı belirtilmiştir (170). Bulguların birbirine benzer olduğu ve riskler dikkate alındığında doğum öncesi dönemde boyunda kordon tespit edilen gebeliklerin mekonyum ve buna bağlı gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmesi önemlidir.

Çalışmada hamile çalışanların %20.5’inin 37 hafta öncesinde yani erken doğum yaptığı, yenidoğanların ise %11.6’sının 2500 gr ve altında olduğu belirlenmiştir. Canbaz ve ark.’nın kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri çalışmasında prematüre %13 ve 2500 gr ve altındaki bebek oranı %8.7 olarak bulmuştur (132). TNSA 2008 verilerine göre Batı Marmara’da doğum kilosu 2.5 kg ve altı bebek oranı %7.6 olarak saptanmıştır (36). Dindar ve ark.’nın çalışmasında düşük doğum ağırlıklı bebek oranı %6.3 olarak belirlenmiştir (172). Başka bir çalışmada ise kadınların %21.2’sinin doğumunu 35 hafta ve öncesinde, her beş kadından birinin (%21.3) 2500 gr ve altında bebek sahibi olduğu belirtilmiştir (165). Lawson ve ark. nin çalışmasında gebelik haftasına göre yaptıkları sınıflandırmada erken doğumların %5 ve %25 arasında değiştiğini bulmuşlardır (15).

Çalışmamızda da çalışma özellikleri (gece çalışma, ayakta çalışma ve fazla mesai) ve radyasyon maruziyeti arasında anlamlılık saptanmıştır ($p<0.005$). Sonuçta çalışan gruplarda erken doğumların daha yüksek oranda olduğu ve aradaki farkın örneklem grupları ile ilişkisinin olduğu söylenebilir.

Hamile sağlık çalışanların bebeklerinin %20.8'inin yoğun bakımda yattığı, akciğer enfeksiyonu ve solunum yetmezliği en sık yatma nedeni olarak belirlenmiştir. Ayrıca yenidoğanlardan 5'inin (%4.3) entübe edildiği, %24.3'üne (n=28) ise oksijen verildiği saptanmıştır. Bir çalışmada yenidoğanın yoğun bakıma yatma nedenlerinin başında prematüre, erken doğum, asfiksi, konjenital anomalilerin olduğu bildirilmiştir (167). Çalışmamızda yaklaşık her beş bebekten birinin erken doğum olduğu dikkate alındığında erken doğumların yoğun bakımda yatmayı arttırdığı düşünülmüştür. Yine çalışmada saptanan düşük doğum ağırlıklı bebekler, mekonyum aspirasyonu ve kordon dolanması vakalarının da bu sayı üzerinde etkisi olduğu görülmüştür.

Çalışmada yenidoğan bebeklerin 5'inde (%4.4) konjenital anomali, 2 yenidoğanda (%1.7) göz enfeksiyonu/görme bozukluğu, 2 yenidoğanda (%1.7) fitik gibi sağlık sorunları mevcuttur. Yurt dışında yapılan geniş tabanlı bir çalışmada doğumda majör konjenital malformasyon ile doğan çocuk oranı yaklaşık %2-3 oranında olduğu tespit edilmiştir. Bunlar kromozom anomalileri, sindirim sistemi, konjenital kalp hastalıkları, ürogenital sistem anomalileri, ICD 10 kriterlerine göre; yarık damak, yarık dudak, kulak, solunum sistem anomalileri, sinir sistemi anomalileri, göz, burun, boyun, dolaşım sistemi anomalileri ve iskelet sistemi anomalileri gibi anomaliler olduğu belirtilmiştir (173). Çalışmamızda da 2 yenidoğanda üriner sistem anomalisi (hipospadias) ve 1 yenidoğanda konjenital kalp anomalisi görülmüştür. Özellikle konjenital kalp anomalilerine bağlı olarak neonatal ölüm riski yüksektir ve bu bebeklerin doğum sonrası dönemde yoğun bakımda yatma gereksinimi ve müdahale edilme durumu fazla olmaktadır. Çalışmamızda konjenital anomalisi olan yenidoğan, neonatal 2. günde kaybedilmiştir. Bulgularımızın literatür ile benzer olduğu görülmektedir.

Çalışmada yaklaşık her üç yenidoğanının birinde (%32.2) fizyolojik sarılık gelişmiş, %9.6'sı tedavi amaçlı yenidoğan servisinde yatmıştır. Sağlıklı yenidoğanların %60'unda total serum bilirubin düzeyi 5-7 mg/dl düzeyinde olup bu bebeklerin çoğunda bilirubin düzeyi fizyolojik sınırlardadır. Fakat bir kısmında total serum bilirubin düzeyi artarak, santral sinir sistemine geçiş gösterip kernikterusa neden olabilir (19,20).

Sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu ve bir yenidoğanın serum bilirubin düzeyinin 21.3 mg/dl'e kadar yükseldiği saptanmıştır. Literatüre göre hiperbilirubinemi yenidoğan döneminde, morbidite ve mortalitesi yüksek olan bir sorundur (19,21). Bu nedenle yenidoğan bebeklerin hiperbilirubinemi açısından risk faktörlerinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu bulgu sağlık kuruluşlarındaki takiplerin yetersizliğine, sezaryen oranının yüksekliği ile birlikte doğumların yaklaşık on gün daha erken yapılması ve sezaryenli annelerin daha çok emzirme problemi ile karşılaşması dolayısıyla bebeklerin uzun süre aç kalmaları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Hamile sağlık çalışanlarının %73'ü postpartum 1. saatte bebeğini emzirmiştir. TNSA 2013'e göre ilk 1 saatte emzirme %49.9 olarak bulunmuştur. Gölbaşı ve Koç'un çalışmasında emzirme oranı %42.2'dir (142). Bazı çalışmalarda sezaryen ile doğum yapan annelerin emzirme başarısı daha düşük bulunmuş ve bu annelerin vajinal doğum yapan annelere göre emzirme ve meme problemleri ile ilişkin daha çok destek almaya ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (142,164).

Bununla birlikte bebeğin kilosu, sağlık problemi gibi faktörlerin de emzirmeyi etkilediği bilinmektedir (19-20). Çalışmamızda yenidoğanların yaklaşık %20'sinin yoğun bakımda yatması durumunun da emzirmeyi etkilediği düşüncesindeyiz. Ancak diğer çalışmalara göre emzirme oranımızın yüksek olması çalışma grubunun emzirme konusunda topluma eğitim ve destek veren ebe ve hemşirelerden oluştuğu göz önünde tutulursa emzirmenin yüksek olması beklenen bir durumdur.

Postpartum dönemde annelerin %9.7'sinde sağlık probleminin geliştiği belirlenmiş olup iki annenin yoğun bakıma alındığı tespit edilmiştir. En çok görülen sağlık problemi tansiyon sorunu ve kanamadır. Çubukçu yaptığı çalışmasında kadınların %17.8'sinin erken postpartum dönemde sağlık probleminin geliştiğini rapor etmiştir (165). Kadının doğum sonu dönemdeki sağlığı, gebelik ve doğum süreçlerini ne kadar sağlıklı geçirdiğine de bağlıdır (19-20). Doğum sonrası dönem çoğu zaman bireyler için gelişimsel ve durumsal krizlere neden olabilmektedir. Bu olayların güvenli ve sağlıklı bir şekilde yaşanması için bireylerin ihtiyaç duyduğu hizmetlerin zamanında ve etkin bir şekilde verilmesi önemlidir.

ARAŞTIRMA YAPILAN KURUMLARIN ÖZELLİKLERİ

Çalışma yapılan kurumlar gözlemci tarafından bizzat incelenmiş ve sağlık kuruluşlarında fiziksel risk etmenlerinin (kaygan zemin, havalandırma, aydınlatma, gürültü ve sıcaklık) oldukça yüksek oranlarda olduğu görülmüştür. Aynı risk etmenleri çalışma grubumuz tarafından değerlendirildiğinde de gözlemci ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hastanedeki tehlike ve risklerin nesnel olarak belirlenmesinin yanında, hemşirelerin risk algısının saptanması da işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerinin işlevleri arasında kabul edilmektedir. Çalışma ortamı ile ilgili risk algısının belirlenmesi; hemşirede tutum değişikliği yaratmada, sağlık ve güvenlik duygusu geliştirmede, akılcı müdahaleler planlayabilmede temel araç olarak belirtilmektedir (75). Buna karşın, gerek hemşirelerin gerekse diğer sağlık çalışanlarının iş ve çalışma ortamı tehlike ve risklerini nasıl algıladığı, bu tehlike ve riskleri nasıl tanımladığı ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Araştırmamızı yürüttüğümüz sağlık kuruluşlarında, zemin, havalandırma, sıcaklık, gürültü, elektrik düzeneği ve yangın ile ilgili pek çok fiziksel tehlike ve riskin olduğu gözlenmiştir.

Çoğu serviste elektrik düzeneği ve kullanımı hakkında yazılı bilgi ve standartların asılı olmaması, prizlerde kapakların bulunmaması, elektrik düzeneği ile ilgili her 5 servisten 1'inde yürümeyi engelleyen araç-gerecin bulunması, her 3 birimin ikisinde havalandırmanın yetersiz olduğu, servislerin hemen hemen tamamında bir ısı ölçerin bulunmaması, servislerin büyük bir bölümünde yangın söndürücülerin aylık kontrollerinin yapılmaması, yangın söndürücülerinin doğru yerde olmaması, ayrı bir yangın ekibinin bulunmaması, birimlerin yarısında yangın çıkış işaretlerinin bulunmaması, tehlikeli olmayan tıbbi atıkların mavi torbalarda biriktirilmemesi, plastik-cam-kâğıdın ayrı olarak toplanmaması ve herkesin kolaylıkla ulaşabileceği yerde çöp kutularının bulunmaması başlıca eksikler olarak gözlenmiştir. Taşçıoğlu'nun çalışmasında da incelenen servislerin yarısından fazlasında çalışma alanında yürümeyi engelleyen araç-gerecin olduğu, yangın söndürücülerin kontrollerinin yapılmadığı, çıkış işaretlerinin bulunmadığı, havalandırmanın ortamı yeterli temizlemediği ve gürültü sorunlarının olduğu tespit edilmiştir (70). İki çalışmadaki bulguların birbirine benzer olduğu ve hastanelerde işyeri sağlık birimlerine ne kadar ihtiyaç olduğunu göstermesi bakımından oldukça önemlidir. Çünkü işyeri sağlık biriminin yapacağı risk analizleri ile riskli durumları kötü bir olay yaşanmadan tespit etmesi özellikle can ve mal kayıplarını önlemesi bakımından gereklidir.

Mevcut kimyasal tehlike ve risklere bakıldığında; servislerin büyük bir bölümünde kullanılan kimyasal maddelerin listesinin mevcut olmadığı, üzerlerinde uyarı yazılarının, doğru kullanımlarına ilişkin yazılı bilgilerin bulunmadığı, kimyasal maddelerin hazırlığının uygun ortamda yapılmadığı ve tüm servislerde kimyasal madde teması sonrasında bölgenin hemen yıkanabilmesi için uygun duşların bulunmadığı gözlemlenmiştir. Bir çalışmada da çalışmamızla benzer biçimde, araştırmasını yürüttüğü servislerde kimyasalların listesinin, doğru kullanımına ilişkin yazılı prosedürlerin ve kimyasal madde teması sonrası uygun duşların bulunmadığı tespit edilmiştir.

Bu sayılan tehlike ve risklerin büyük çoğunluğu hastane yönetimleri tarafından önlenebilecek tehlikelerdir. Bu risklerin önlenememesi ya da uygun önlemlerin alınmaması durumunda sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları sonuçlardan olumsuz etkilenebilmektedir. Mevcut tehlike ve risklerin önlenememesi durumunda başta çalışanlar iş kazalarına ve meslek hastalıklarına ya da hastalıklara maruz kalabilecekleri düşüncesindeyiz. Bu riskler özellikle de hamile sağlık çalışanların çeşitli teratojenlere ve iş kazalarına maruz kalacaklarını ortaya koymaktadır.

Çalışmada bazı çalışma özellikleri ve mesleki risklere maruz kalan hamilelerde istemsiz düşük, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, riskli yenidoğan, gebelik komplikasyonu ve kanama gibi riskler daha yüksek bulunmuş olup aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Çalışma bulgularımız literatür ile uyumlu olup (1-3,6,9,13-15,56,78) sağlık çalışanlarının çalışma özellikleri ve mesleki risklerinin gebelik sürecini etkilediği, yenidoğan bebeklerinin sağlıkları üzerinde olumsuz etkilerin olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Buna göre 'H1= "Tekirdağ ilinde görev yapan hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk faktörleri, gebelik süreci ve yenidoğan sağlığını etkilemektedir" şeklindeki hipotezin doğru çıktığı görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı İş Sağlığı programı kapsamında planlanan çalışmamızın amacı, Tekirdağ İlinde çalışan hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk etmenlerini belirlemek ve bu risk etmenlerinin gebelik süreci ve yenidoğanların sağlıkları üzerindeki etkilerini tespit etmek, belirlenecek farklılıklara göre öneriler geliştirmek, bu sonuç ve önerileri ilgili birimler ile paylaşmaktır.

Çalışma ile ortaya çıkan sonuçlar aşağıda sıralanmıştır;

- 1- Çalışmada her beş hamileden birinin ileri yaş gebelik olduğu belirlenmiştir.
- 2- Hamile sağlık çalışanlarının çoğunlukla üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.
- 3- Hamilelerin yaklaşık yarısının fazla mesai yaptığı, vardiyalı çalıştığı, $\frac{3}{4}$ 'ünün çoğunlukla ayakta ve gebelik döneminde gece nöbeti tuttuğu tespit edilmiştir.
- 4- Haftalık çalışma saati fazla olanların ve çoğunlukla ayakta çalışan hamilelerin daha yüksek oranda gebelik komplikasyonu yaşadığı ve aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir.
- 5- Gebelik nedeniyle çalışma ortamı değişikliği, çalışma süresi (toplam saat) ve çalışma zamanı/gece-gündüz-hafta sonu değişikliği talebinde bulunanlarda daha fazla gebelik komplikasyonu geliştiği ve aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir.
- 6- Gebelik nedeniyle çalışma özelliğinin değişmesini isteyenlerin daha yüksek oranda kanama komplikasyonu yaşamaktadır.
- 7- Haftalık çalışma saati fazla olanların ve çoğunlukla ayakta çalışan hamilelerin daha yüksek oranda kanama yaşadığı ve aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir.
- 8- Gece nöbeti tutan hamileler de daha yüksek oranda kanama yaşamaktadır.

- 9- Hamile sağlık çalışanlarının %40.1'i çalıştığı birimleri yüksek derece riskli olarak algıladıkları bulunmuştur.
- 10- Çalışma grubumuzun %89.8'inin çalışma ortamlarında mesleki risklere maruz kaldıkları ve %67.7'sinin bu mesleki risklere karşı kendini güvende hissetmediği saptanmıştır.
- 11- Katılımcıların %72.4'ünün mesleki riskler konusunda eğitim aldığı belirlenmiştir.
- 12- Hamile sağlık çalışanlarının %52'si mesleki risklerin fetüs üzerine etkisini sık sık düşündüğü tespit edilmiştir.
- 13- Araştırma grubumuzdakilerin %86.6'sı çalışma ortamlarında en çok biyolojik risk etmenleri karşılaştığı bunu ergonomik, fiziksel ve kimyasal risk faktörlerinin izlediği belirlenmiştir.
- 14- Çalışma ortamlarında daha fazla oranda dezenfektan kullananların, anestezi gazlara maruz kalanların, ağır kaldırma hareketini yapanların ve çalışma ortamında stres yaşayanlarda daha yüksek oranda gebelik komplikasyonu yaşadığı ve aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir.
- 15- Çalışma ortamlarında daha yüksek oranda dezenfektanlara maruz kalanların, ağır kaldırma hareketini yapanların ve stres yaşayanların hamilelik döneminde daha fazla kanama yaşadığı ve aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir.
- 16- Radyasyon maruziyeti olanlarla olmayanlar arasında gebelik komplikasyonu açısından fark yoktur.
- 17- Gürültü maruziyeti olanlarla olmayanlar arasında gebelik komplikasyonu açısından fark yoktur.
- 18- Ebe ve hemşirelerin %55.1'i mesleki riskler nedeniyle sağlık sorunlarının geliştiğini ve en çok varis, cilt sorunları ve psikolojik sorunlar olduğu tespit edilmiştir.
- 19- Çalışma grubumuzun %47.2'sinin hamilelik döneminde en az bir kez enfeksiyon hastalığı ve % 75.6'sının kas iskelet sistemi rahatsızlığı yaşadığı saptanmıştır.
- 20- Hamilelerin %88.2'sinde gebeliğe bağlı sağlık sorunlarının olduğu ve %75.6'sının sağlık sorunlarının işyerinde arttığı belirlenmiştir.
- 21- Çalışmada hamilelerin %26'sının en az bir iş kazası yaşadığı ve en çok iğne batması vakalarının olduğu tespit edilmiştir.
- 22- Hamilelik döneminde iş kazası yaşayanların daha yüksek oranda erken doğum yaptığı belirlenmiştir.
- 23- Katılımcıların % 87,4'ünün çalışma ortamında koruyucu araçlardan en az birini kullandığı ancak % 29.1'inin bu önlemleri yeterli bulmadığı belirlenmiştir.

- 24- Hamile sağlık çalışanlarının %92.9'unun Hepatit B'ye karşı aşılı olduğu, bir kişinin Hepatit B taşıyıcısı olduğu ve sadece % 5.5'inin grip aşısı yaptırdığı belirlenmiştir.
- 25- Katılımcıların % 64.6'sının işe giriş muayenesi olduğu ve %53.5'inin düzenli olarak periyodik kontrollerinin yapıldığı tespit edilmiştir.
- 26- Hamilelerin yaklaşık yarısı hasta veya hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.
- 27- Her üç hamileden birinin çalışma arkadaşları veya idareciler tarafından şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir.
- 28- Hamilelerin %37.8'i çalışma ortamlarında yeterli koruyucu önlemlerin alındığını belirtmişlerdir.
- 29- Çalışanların kurumdan alınmasını istedikleri öneri en yüksek oranda %66.9 ile personel sayısının arttırılması olarak belirlenmiştir.
- 30- Araştırmaya alınan sağlık çalışanlarının yarısının ilk gebeliği olduğu belirlenmiştir.
- 31- Gebelik sayıları ortalamaları 1.7 ± 1.03 olarak belirlenmiştir.
- 32- Ebe ve hemşirelerin hamilelikten önce aile planlaması yöntemi olarak en çok kondom kullandığı belirlenmiştir.
- 33- Çalışma grubumuzdaki her dört kişiden birinin hamile kalmakta güçlük yaşadığı belirlenmiştir.
- 34- Hamilerin tamamının düzenli doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir.
- 35- Hamilerin %15.7'sinin tarama testlerinde risk tespit edilmiştir.
- 36- Araştırmaya alınan hamile ebe ve hemşirelerin %11.8'inin kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir.
- 37- Katılımcıların %15'inde kan uyuşmazlığının olduğu belirlenmiştir.
- 38- Her dört hamileden birinin gebelik öncesi kilosu VKİ' ye göre şişman çok şişman olarak belirlenmiş olup şişman-çok şişman olan grupta gebelik komplikasyonlarının daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir.
- 39- Hamilelerin %65.4'nde en az bir komplikasyonun geliştiği ve yaklaşık yarısında kanama olduğu tespit edilmiştir.
- 40- Gebelik komplikasyonu gelişen hamilelerin %11'inin hastanede yattığı belirlenmiştir.
- 41- Ebe ve hemşirelerin yarısından fazlasının gebelik döneminde rapor aldığı belirlenmiştir.
- 42- Çalışma grubumuzdaki hamilelerin %37'si riskli gebelik olarak tespit edilmiştir.
- 43- Hamilelerin %88.2'sinin canlı doğum yaptığı, %11'inin istemsiz düşük yaptığı belirlenmiştir.

- 44- Hamilelik döneminde alkol kullananların daha fazla istemsiz düşük yaptığı ve aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir.
- 45- Vardiyalı çalışanların çalışmayanlar arasında istemsiz düşük yapma durumu açısından anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.
- 46- Bir gebenin anomali nedeniyle gebeliğinin sonlandırıldığı ve ölü doğum yaptığı belirlenmiştir.
- 47- Çalışmada ikiz gebeliği olan ve canlı doğum yapan üç katılımcının olduğu belirlenmiştir.
- 48- Doğumların yüksek oranda sezaryen olduğu belirlenmiştir.
- 49- Doğumların %20.5'inin 37 hafta ve öncesinde olduğu saptanmıştır.
- 50- Gece nöbeti tutanların tutmayanlara göre daha yüksek oranda erken doğum yaptığı ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- 51- Çoğunlukla ayakta çalışanların, çoğunlukla oturarak çalışanlara göre daha yüksek oranda erken doğum yaptığı ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- 52- Haftalık çalışma saati fazla olanların olmayanlara göre daha yüksek oranda erken doğum yaptığı ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.
- 53- Hamilelik döneminde radyasyon maruziyeti olanların olmayanlara göre erken doğum yaptığı ve anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.
- 54- Gebelik döneminde kanama yaşayanlarla yaşamayanların erken doğum açısından fark olduğu belirlenmiştir.
- 55- Hamilelik döneminde radyasyon maruziyeti olanlarla olmayanların yenidoğanlarının daha yüksek oranda yoğun bakımda yatması, düşük doğum ağırlıklı olması açısından fark olduğu belirlenmiştir.
- 56- Yenidoğanların %11.2'sinin 2500 gr altında olduğu ve %20.8'inin yoğun bakımda yattığı belirlenmiştir.
- 57- Yenidoğanlardan ikisinin erken neonatal dönemde öldüğü belirlenmiştir.
- 58- Yenidoğanların %32.2'sinde sarılık olduğu ve %9.6'sının yenidoğan servisinde yattığı tespit edilmiştir.
- 59- Çalışmada yenidoğanların %30.4'ünün yüksek riskli yenidoğan olduğu saptanmıştır.
- 60- Post-partum dönemde her on annenin birinde sağlık probleminin olduğu tespit edilmiştir.
- 61- Hamileler doğum sonrası yasal izinlerin 10 ay olmasını istedikleri belirlenmiştir.
- 62- Gözlemci ve katılımcıların birimlerde tespit ettiği sorunlar genellikle benzerdir.

- 63- Araştırma yapılan birimlerin yarısından fazlasında havalandırmanın yetersiz olduğu, yangın söndürme cihazlarının olmadığı, kabloların açıkta, kırılma ve dolaşma olduğu, hemşire çalışma deksinin yeterli büyüklükte olmadığı belirlenmiştir.
- 64- İncelenen birimlerin hemen hemen tamamında kimyasal maddeler ile ilgili yazılı talimat olmadığı ve temas durumunda uygun duş yerinin olmadığı belirlenmiştir.

ÖNERİLER

- 1- Özellikle hastane sağlık çalışanlarının, sağlıklarının bozulmasını önlemek, iş ve çalışma ortamı tehlike ve risklerini belirlemek ve çalışanı bu konuda bilgilendirmek, eğitimler düzenlemek, çalışanların işe giriş ve periyodik muayenelerini yapmak, kişisel kayıtları tutmak, korunma için tıbbi ve teknik önlemler geliştirmek için hastanelerde işyeri sağlık birimi oluşturulmalıdır.
- 2- Çalışma ortamlarında risk değerlendirmeleri objektif ölçümlerle yapılmalı ve işyeri sağlık birimi tarafından bu risk faktörlerine yönelik mümkünse premordiyal veya primer önlemler ivedilikle alınmalıdır risk tespitinde gerekli önlemler alınmalıdır.
- 3- Hemşire ve ebelerin mesleki şikayetlerinin, hastalıklarının azaltılması ve daha verimli çalışabilmeleri için fiziksel çalışma koşulları ve hasta yükleri yeniden gözden geçirilmeli, yeterli hemşire ebe ve personel sağlanmalıdır.
- 4- Çalışma, bazı mesleki risk faktörlerinin gebelik ve fetüs üzerinde bazı olumsuz etkilerini göstermiş olduğundan, çalışma ortamında eğitim ve korunmanın önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Gebeliği planlayan ve/veya gebe olan sağlık çalışanlarında farkındalık yaratmak amacıyla mesleki risklerin, gebelik dönemi ve yenidoğanların sağlığı üzerindeki etkileri konusunda eğitilmeli, bilgi ve farkındalıkları arttırılmalıdır.
- 5- Mezuniyet öncesi hemşirelik ve ebelik gibi kadın sağlık çalışanlarının eğitim müfredatlarına mesleki risk faktörleri ve çalışma özelliklerinin üreme sistemi üzerindeki etkisine yönelik konulara yer verilmelidir.
- 6- Sağlık çalışanların mesleki risklere yönelik sadece teknik bilgilerinin üst düzeyde olması yeterli olmayıp, gerekli koruyucu uygulamaları yapmaları ve bu konuda gerekli uyarıların olması oldukça önemlidir. Bu amaçla sürekli eğitim ve denetim sağlanmalıdır.
- 7- Yürürlükte olan mevzuatlarda hamile çalışanlara yönelik düzenlemelerde genellikle doğum izinleri ön planda olup annenin ve fetüsün korunmasını içeren yasal uygulamalara da yer verilmelidir.

8- Hemşire ve ebelerin meslekle ilgili şikâyetlerinin, hastalıklarının azaltılması için fiziksel çalışma koşulları ve hasta yükleri yeniden gözden geçirilerek yeterli personel sağlanmalı, çalışma koşulları düzetilmeli ve olumlu çalışma ortamları sağlanmalıdır.

9- Tüm sağlık kurumlarında fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikososyal ve ergonomik risk faktörlerine yönelik kurumsal önlem alınmalı, bu konuda yasal uygulamalar geliştirilmelidir.

10- Çalışma özellikleri açısından ve mesleki risk faktörlerine maruz kalanlarda gebelik komplikasyonları, istemsiz düşükler ve erken doğumlar olmaktadır. Bunun muhtemel nedeni yorucu, aşırı iş yükü ve mesleki riskler olabilir. Ancak gebelik ve doğum sonucu ile ilgili bu farkın nereden kaynaklandığını ayrıntıları ile ortaya koyabilecek, çalışanları temsil edecek prevalansları belirleyebilecek ve çözüm üretilmesine katkı sağlayabilecek yeni araştırmalar planlanmalıdır.

ÖZET

Bu araştırma; ebe ve hemşirelerin hamilelik döneminde karşılaştıkları mesleki riskleri belirlemek ve bu risklerin hamilelik süreci ve yenidoğan bebeklerinin sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla prospektif tipte tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmaya Mart 2013-Ağustos 2014 tarihleri arasında örneklem grubu özelliklerine uyan 152 hamile ebe ve hemşire alınmıştır. Bu sağlık çalışanlarının 127 tanesine ulaşılmıştır. Araştırma verileri; sosyodemografik ve gebelik dönemindeki mesleki riskleri içeren form, gebelik dönemi özelliklerini içeren form, doğum sonrası yenidoğan sağlığını değerlendirme formu ve araştırma yapılan kurumların özellikleri ile ilgili formlarla toplanmıştır. Verilerin istatistiki değerlendirmesinde; sayı ve yüzdelik hesaplama ile ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hamile ebe ve hemşirelerin; %47.3'ünün vardiyalı, %75.6'sının çoğunlukla ayakta çalıştığı, %74.8'inin hamilelik döneminde gece nöbeti tuttuğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki hamilelerin %89.8'inin mesleki risklere maruz kaldığı, bu mesleki riskler sıklıkla; %86.6'sı biyolojik riskler, %75.6'sı havalandırma, %73.2'si stres, %57.4'ü gürültü, %55.1'i dezenfektanlar ve %35.4'ü radyasyon olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların %65.4'ünde gebelik döneminde en az bir komplikasyonun geliştiği ve gebelik komplikasyonu gelişenlerde vardiyalı çalışma, ayakta çalışma, radyasyon, dezenfektan, ağır kaldırma ve stres risk faktörlerine yönelik maruziyetin daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hamilelerin %37.0'sinin riskli gebelik olduğu, %11.0'inin istemsiz düşük yaptığı, %20.5'inin erken doğum yaptığı belirlenmiştir. Vardiyalı çalışma, ayakta çalışma, haftalık çalışma saatinin fazla olması ve radyasyon maruziyeti olanlarda anlamlılık saptanmıştır($p<0.05$). Yenidoğanların %30.4'ünün riskli yenidoğan olduğu, %11.6'sının düşük doğum ağırlıklı olduğu, %20.8'inin yoğun bakımda yattığı ve %1.7'sinin erken neonatal dönemde kaybedildiği tespit edilmiştir. Radyasyon riski olan gebelerde fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda, araştırmanın daha büyük örneklem üzerinde tekrarlanarak, sağlık çalışanlarını temsil edecek prevalansların ortaya konulması, bu sonuçların sağlık çalışanlarının hamilelik döneminde korunmasını sağlamaya yönelik politikaların oluşturulmasında yararlanılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler : Ebe, hemşire, hamile sağlık çalışanı, mesleki riskler, üreme sistemi.

EVULATION OF THE OCCUPATIONAL RISK FACTORS ON PREGNANT MIDWIVES AND NURSES WORKING IN TEKIRDAG AND THE EFFECTS ON THEIR PREGNANCY PERIOD AND ON THEIR NEWBORN BABY

SUMMARY

This research was planned as a prospective type descriptive research in order to determine the occupational risk factors of midwives and nurses and their effects on their pregnancy period and their newborn babies.

The reseach was carried out between March, 2013 and August, 2014 with 152 pregnant midwives and nurses suitable for the sample group. 127 of these midwives and nurses were available. The data of the research were collected through the sociodemographic forms and forms including occupational risks during the prenancy period as well as forms of postnatal period, neonatal babies and forms including institutional features of the working places. Frequence, percentage chi square test were used in the statistical assessment of the data.

According to the results, it was determined that 47.3% of the midwives and nurses worked in shifts, 75.6% of them standing worked, and 74.8% of them worked at night shifts during their gestation period.

It was determined that 89.8% of them were exposed to occupational risks, which of them were often biological risks at 86.6%, air conditioning at 75.6%, stress at 73.2%, noise at 57.4%, sanitizer at 55.1%, and radiation at 35.4%.

It was determined that the participators had minimum one complication and that this complication during pregnancy period was the exposure to risks were shift work, working on foot, radiation, sanitizer, lifting heavy things, and stress at high level. It was found out that 37.0% of the pregnancies were high-risk pregnancies, 11.0% of the pregnancies resulted in involuntary miscarriage, and 20.5% of them resulted in preterm delivery.

During the research, shift working, standing working, excessive weekly working hours, and exposure to radiation was significant. It was found out that 30.4% of the neonatal babies were at high risk, 11.6% of them had low birth weight, 20.8% of them were in intensive care unit, and 1.7% of them deceased during their neonatal period. It was determined that pregnant midwives and nurses under radiation risk were at significant level.

It was suggested that in accordance with these results, the research should be repeated with a bigger group of subjects, and the results of this research to be used in order to reveal the prevalence representing the health workers, and used to establish the policies in order to protect the female health workers during their pregnancy period.

Key words: Midwife, nurse, pregnant health workers, occupational risks, reproductive system.

KAYNAKLAR

1. Salihu HM, Myers J, August EM. Pregnancy in the workplace. *Occupational medicine* 2012; 62: 88–97.
2. Jansen PW, Tiemeier H, Verhulst FC, Burdorf A, Jaddoe VW, Hofman A, et al. Employment status and the risk of pregnancy complications: the generation study. *Occup Environ Med* 2010; 67: 387-394.
3. Bonzini M, Coggon D, Godfrey K, Inskip H, Crozier S, Palmer K. Occupational physical activities, working hours and outcome of pregnancy: Findings from the Southampton women's survey occup. *Environ Med* 2009; 66(10): 685–690.
4. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çalışma Hayatı İstatistikleri 2012. <http://www.csgb.gov.tr/csgbPortal/ShowProperty/WLP%20Repository/csgb/dosyalar/istatistikler/calismahayati> 2012 Erişim 15.5.2014.
5. Garcia AM, Carmen M, Gonzales G, Ronda E, Ballester F, Estarlich M, et al. Prevalence of exposure to occupational risks during pregnancy in Spain. *Int J Public Health*, 2012; 57:817–826.
6. Alex MR. Occupational hazards for pregnant nurses finding a balance between service and safety. *Ajn* 2011;111(1): 28-38.
7. Dyke VP. A literature review of air medical work hazards and pregnancy. *Air Medical Journal*. *Air Medical Journal Associates* 2010; 29: 40-48.
8. Hoskins IA. Environmental and occupational hazards to pregnancy. *Prim Care Update Ob/Gyns* 2003;10 (5); 253-258.
9. Bilir N, Yıldız AN. İş sağlığı ve güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, genişletilmiş ikinci baskı Ankara (2013) 3-676.

10. Figa-Talamanca I. Occupational risk factors and reproductive. Health of Women Occupational Medicine 2006;56: 521-531
11. Kurt AÖ, Öner S, Yapıcı G, Şaşmaz T, Buğdaycı R. Occupational risk factors among primary healthcare workers in Mersin/Turkey. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(5): 1204- 1194.
12. Burdorf A, Brand T, Jaddoe VW, Hofman A, Mackenbach JP, Steegers EAP. The effects of work-related maternal risk factors on time to pregnancy, preterm birth and birth weight: the Generation R Study. Occup Environ Med 2011;68:197-204.
13. Lawson CC, Rocheleau CM, Whelan EA, Hibert EN, Grajewski B, Spiegelman D, et al. Occupational exposures among nurses and risk of spontaneous abortion. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2012; 327: 1-8.
14. Katz V. (2012) work and work related stress in pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology, 55 (3): 765–773.
15. Lawson CC, Rocheleau CM, Whelan EA, Hibert EN, Grajewski B, Spiegelman D, et al. Occupational factors and risk of preterm birth in nurses. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2009; 5: 1-8.
16. World Health Organization. The constitution of World Health Organization. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Erişim tarihi:16.11. 2014.
17. Çelik Y. Sürdürülebilir kalkınma kavramı ve sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2006; 9 (1):19-39.
18. Yanikkerem Y, Saruhan A, Şirin A. Güvenli annelik açısından anne hakları. Kor Hek. 2008; 7(2):179-186.
19. Çoşkun MA. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi yayımları- SANERC Kitapları, 2012: 16-576.
20. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 10. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2011: 1-734
21. Akın A, Özvarış ŞB. Üreme sağlığı ve aile planlaması. Akın L (Ed). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2012: 210-336.
22. Erten H. Bir araştırma ve uygulama hastanesinde kadın sağlığı hemşireliği eğitim ve danışmanlık biriminin oluşturulması ve etkinliğinin değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2008.
23. Özbaş S, Özkan S. Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı ve etkisi. TAF Prev Med Bull 2010; 9(5): 541-546.

24. Avcı SM. Hacettepe Üniversitesi hastanesinde bebekleri yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan ve yatmayan annelerin riskli gebelik ve doğum öncesi bakımı yönünden karşılaştırılması (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
25. Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü (2008). Kadın ve Sağlık. [[http:// www.ksgm.gov.tr/Pdf/saglik.pdf](http://www.ksgm.gov.tr/Pdf/saglik.pdf)]. Erişim Tarihi: 01.03.2014
26. Öztürk Y, Öztürk A, Naçar M. Ana sağlığı ve aile planlaması. Öztürk Y, Günay O (Ed). Halk sağlığı genel bilgiler. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları 2011:469-618.
27. Tezcan S. Epidemiyoloji. Güler Ç, Akın L (Ed). Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2012: 96-131.
28. Günay O. Temel Epidemiyoloji. Öztürk Y, Günay O (Ed). Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları 2011:793-799.
29. Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. Evlenme ve boşanma İstatistikleri, 2013: Sayı: 16051, 26 Mart 2014. (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16051>)
30. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara: Hacettepe Yayınları, 2014.
31. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın, 2013 haber bülteni. 05 Mart 2014.Sayı: 16056 (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16056>)
32. Grice M, Govern P, Alexander BH, Ukestad L, Hellerstedt W. Balancing work and family after childbirth: a longitudinal analysis. Women's Health Issues 2011; 21(1), 19–27.
33. World Health Organization. World Health Statistics 2014. http://www.who.int/gho/indicator_registry/en/, Erişim 22 March 2014.
34. Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, Nüfus ve demografi verileri. <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim 15.08.2014.
35. World Health Organization. World Health Statistics 2010 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10_Full.pdf?ua=1
36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara: Hacettepe Yayınları, 2009.
37. Dertlioğlu SB, Çiçek D, Uçak H, Çelik H, Halisdemir N. Gebelikte gözlenen deri değişiklikleri ve Gebelik dermatozlarının incelenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2011; 16 (4): 170-174.
38. Tekin Y. Kadın hastalıkları ve doğum. Ankara: Klinisyen Tıp Kitapevi, 2006: 123-581

39. Api O, Ünal O, Şen C. Gebelikte beslenme, kilo alımı ve egzersiz. *Perinatoloji Dergisi* 2005; 3(2):71-79.
40. Apay SE, Pasinlioğlu T. Obezite ve gebelik. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8(4):345-350.
41. Rasmussen KM, Catalano PM, Yaktinec AL. New guidelines for weight gain during pregnancy: what obstetrician/gynecologists should know. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009; 21(6): 521–526.
42. Terzioğlu F, Türk R, Yücel Ç. Sigaranın üreme fonksiyonlarına etkisi. *Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst* 2008;18(6): 383-94.
43. Windham, G, Fenster L. Environmental contaminants and pregnancy outcomes. *Fertility and Sterility* 2008; 9(1): 111-117.
44. Kutlu R. The Effects of active and passive smoking upon pregnancy and fetus. *TAF Prev Med Bull*. 2008; 7(5): 445-448.
45. Mutlu LC, Saraçoğlu GV. Prevalence of smoking and factors affecting smoking behaviour during pregnancy: A sample from Tekirdağ. *Turk J Public Health* 2014;12(1).
46. Yurdakul M, Işık T, Eker A. Mersin İli Mezitli Beldesinde Yaşayan Gebelerde Sigara içme durumunun değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2005; Eylül- Aralık sayısı: 12-16
47. Mutluer T, Bozkurt H, Coşkun M, Zoroğlu SS. Fetal alcohol spectrum disorder: A current Review of the Literature. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2013; 20(1): 56 -47.
48. Yılmaz F. Türkiye’de kadın çalışanların mesleki ve sağlık güvenlik koşulları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2010; 3 (13): 268-285.
49. Assadi SN. Is being a health-care worker a risk factor for women's reproductive system? *Int J prev med*. Jul 2013; 4(7): 852–857.
50. Torres-arreola L, Constantino-casas P, Villa-barragán J, Doubova S. Health and working conditions of pregnant women working inside and outside the home in Mexico City. *BMC Public Health* 2007; 7: 25.
51. T.C Kalkınma Bakanlığı Temel Ekonomik Göstergeler. www.kalkinma.gov.tr/Pages/TemelEkonomikGostergeler.aspx Erişim 10.05.2014
52. Avcı P, Yarikkaya A. Türkiye’de kadınların çalışma hayatındaki yeri, Türkiye’de kadının işgücüne katılımı. Tekgıda-İş Sendikası raporu. http://www.tekgida.org.tr/Dosya/Bilgi-syaları/Tekg%C4%B1da_i%C5%9FKadinRaporu.pdf
53. Dünya Bankası Grubu - Türkiye İşbirliği: Ülke programının görünümü Nisan 2014 <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/Turkey-Snapshot-tr.pdf>

54. Ünal Ç, Kadın çalışanlar çalışma hayatı. İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi 2007; 36 (7): 37-42.
55. Yılmaz E, Özkan S. Bir ilçede çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:3 (2006) 81-100.
56. Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2004.
57. Bilir N. Çalışma hayatı ve üreme sağlığı. STED 2002: 11(3); 86-91.
58. Mengeot MA, Vogel L. Üretmek ve üremek gelecek kuşakları tehdit eden çalışma (çeviri: MT Soyer). Çiceklioğlu M, Pala K, Zencir M, Soyer MT (Editörler).
59. Gül H, Yalçınoğlu N, Atlı ZC. Türkiye’de çalışma yaşamında kadının konumu ve sorunları. TAF Preventi ve Medicine Bulletin 2014; 13(2): 176-169.
60. Sağlık Çalışanlarının mesleki riskleri
http://www.ttb.org.tr/kutuphane/sc_meslek_riskleri.pdf (Erişim Tarihi: 14.5.2014).
61. World Health Organization. Density of nursing and midwifery personnel (total number per 1000 population, latest available year), 2012.
http://www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/. (Erişim Tarihi: 12.01.2013).
62. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012.
www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf
63. Öcal A. Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği (tez) İstanbul: Beykent Üniversitesi; 2010.
64. Aldem M, Arslan FT, Kurt AS. Sağlık Profesyonellerinde çalışan güvenliği. Tıp Araştırmaları Dergisi 2013; 11(2); 60-67.
65. Mollaoğlu M, Fertell TK, Tuncay FÖ. Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5 (15); 30 -17.
66. İnce BS. Hemşire güvenliği: Çalışma Ortamı ve Riskler. Ege Ü. HYO Dergisi 24 2008: (3); 61-71.
67. Beyzadeoğlu H, Cengiz İ. Sağlık çalışanlarının riskleri ve sağlık takipleri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2013; 28: 28-33.
68. Yavuz E. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde iş sağlığı ve güvenliği durumlarının incelenmesi (tez) İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2009.
69. Esin NE, Sezgin D. Yoğun bakım ortamında çalışan güvenliği. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2012;16(1): 20-14.

70. Taşcıoğlu İ. Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82.Yıl Devlet Hastane'lerinde iş ve çalışma ortamından kaynaklanan riskler ve bu riskleri hemşirelerin algılama düzeylerinin saptanması (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
71. Beşer A. Sağlık çalışanlarının sağlık riskleri ve yönetimi. Sağlık çalışanlarının riskleri. DEÜHYO e-dergi [5 (1), 39-44] 2012. <http://www.deuhyoedergi.org>.
72. Olgun S, Khorshid L, E İ. Hemşirelerde delici kesici alet yaralanması sıklığının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 30(2); 48-34.
73. Uğurlu N, Yılmaz B, Karacak F. İki farklı hastanede çalışan hemşirelerin mesleki risk faktörlerinin belirlenmesi. İ.U.F.N. Hemşirelik Dergisi 2010; 18(1): 19-25.
74. Öztürk H, Babacan E, Anahtar EÖ. Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(4) : 252.
75. Özkan Ö, Emiroğlu ON. Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10(3).
76. Ceyhan O, Gün İ. İş Sağlığı Genel İlkeleri. Öztürk Y, Günay O (Ed). Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları 2011:1459-1473
77. Kuruüzüm Z, Elmalı Z, Günay S, Gündüz Ş, Yapan Z. Sağlık çalışanlarında kan ve beden sıvılarıyla oluşan mesleki yaralanmalar. Mikrobiyoloji Bülteni 2008; 42: 69-61.
78. Yenal K, Ozan DY. Gebe hemşireler için riskler ve güvenlik Önlemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;10 (2): 3-7
79. National Institute for Occupational Safety and Health. The effects of work place hazards on female reproductive health. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1999. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-104/pdfs/99-104.pdf>. (Erişim Tarihi: 12.01.2013).
80. Rocha EB, Azevedo MF. João aragão ximenes filho study of the hearing in children born from pregnant women exposed to occupational noise. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology 2007; 73(3): 359-69.
81. Criteria for a Recommended Standard: Occupational Exposure to Heat and Hot Environments. Revised Criteria 2013 <http://www.cdc.gov/niosh/docket/review/docket266/pdfs/heatHotEnvironmentsCritDoc-ExtRev-120913.pdf>
82. Güler Ç, Vaizoğlu SA. İyonlaştırıcı ve iyonlaştırmayan radyasyon. Güler Ç, Akın L (Editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler cilt2. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları;2012. s.856-829.
83. Yaren H, Karayılıanoğlu T. Radyasyon ve insan sağlığı üzerine etkileri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005: 4 (4); 199-209.

84. Adalı F, Adalı E. Gebelikte tanısal görüntüleme yöntemlerinin fetüse etkisi. Van Tıp Dergisi 2008; 15(2): 69-64.
85. Smedley J, Dick F, Sadhra S. Oxford handbook of occupational health. Reproductive disorders. Oxford University press. New york. 2007: 357-362.
86. Bakkal BH, Sayın M. Radiotherapy and pregnancy: together or alone? Journal of Inonu University Medical Faculty 2012;19(2): 120-7.
87. Groen RS, Bae JY, Lim KJ. Ionizing radiation exposure during pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2012; Sayı No Yok: 456-462.
88. Bural GG, Laymon CM, Mountz JM. Nuclear imaging of a pregnant patient: should we perform nuclear medicine procedures during pregnancy? Molecular imaging and radionuclide therapy 2012; 21(1): 1-5.
89. İlhan NM. Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Elektromanyetik Alan Haritası Çıkarılması ve Sağlık Çalışanlarında Sağlık Etkilerinin Belirlenmesi (tez) Ankara: Ankara Üniversitesi; 2008.
90. Kaya D, Oskay Ü. Gebelikte travma. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 5(2):105-102.
91. Mihmanlı V, Karahisar G. Gebelikte travma. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2012; 46(4): 232-225.
92. Chin TL, MacGowan AP, Jacobson SK, Donati M. Viral infections in pregnancy: advice for healthcare workers Journal of Hospital Infection 2014: 87; 11-24.
93. Martins A, Coelho AC, Vieira M, Matos M, Pinto ML. Age and years in practice as factors associated with needlestick and sharps injuries among health care workers in a Portuguese hospital. Accident Analysis and Prevention 47 (2012) 11– 15.
94. Till C, Koren G, Rovet JF. Workplace standards for exposure to toxicants during pregnancy. Canadian Journal of Public Health 2008: 99(6); 472-476.
95. Uçak A, Kiper S, Karabekir HS. Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları iş kazaları ve eğitimin iş kazalarını azaltma durumuna etkisi. Bozok Tıp Dergisi 2011: 3;7-15.
96. Kaptan G, Dedeli Ö. Ebe ve hemşireler için gebelikte iç hastalıkları. Yürügen B. (Editör). İstanbul: Tıp Kitabevi; 2012.s.1-152.
97. Morales-suárez-varela M, Kaerlev L, Zhu JL, Llopis-González A, Gimeno-Clemente N, Nohr E et al. Risk of infection and adverse outcomes among pregnant working women in selected occupational Groups: a study in the danish national birth cohort. Environmental Health 2010; 9:70

98. Berstein H. Maternal ve Perinatal Enfeksiyon- Viral (çeviri Mendilcioğlu İ.). Şener T, Tanır M (Editörler). Obstetri normal ve sorunlu gebelikler. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevi; 2009. s. 1203-1127.
99. Özerol Hİ. Gebe Kadınlarda Viral İnfeksiyonlarınönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008; 15 (4) 291-298.
100. Whitty JE, Domrowski MP. Gebelikte solunum yolu hastalıkları (çeviri O. Ünal). Şener T, Tanır M (Editörler).). Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. İstanbul : Nobel Tıp Kitabevi; 2009. s. 939-948.
101. Adhikari M. Tuberculosis and tuberculosis. HIV co-infection in pregnancy Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 2009; 14: 234-240.
102. Figueroa-Damián R, Arredondo-García JL./ Neonatal outcome of children born to women with tuberculosis. Archives of Medical Research 2001; 32; 66–69.
103. Somer A. Tüberkülozlu anne ve bebeğine yaklaşım ANKEM Derg 2000; 14 (3): 341-346.
104. Tekbaş ÖF. Kimyasallar ve üreme sağlığı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5(1): 60-50.
105. Ayoğlu FN, Dursun A, Kıran S, Ayoğlu H. Etilen oksit maruziyetinin sağlığa etkileri. Sağlık ve Toplum Dergisi 2005. <http://www.ssyv.org.tr/sdetay.asp?Did=82>
106. Duong A, Steinmaus C, McHale CM, Vaughan CP, Zhang L. Reproductive and developmental toxicity of formaldehyde: A systematic review. Mutation Research 2011; 728: 118-138.
107. Ünsaldı E, Çiftçi MK. Formaldehitin kullanım alanları, risk grubu, zararlı etkileri ve koruyucu önlemler. YYÜ Veteriner Fakültesi Dergisi, 2010; 21 (1): 71-75.
108. Can G. Antineoplastik ilaçların yan etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2005; 2 (2):8-15.
109. Toolaram AP, Kummerer K, Schneider M. Environmental risk assessment of anti-cancer drugs and their transformation products: A focus on their genotoxicity characterization-state of knowledge and short comings. Mutation Research 760 (2014) 18–35.
110. Babayiğit MA, Kurt M. Hastane ergonomisi. İstanbul Med J 2013; 14: 153-9.
111. Karadağ M, Yıldırım N. Hemşirelerde çalışma koşullarından kaynaklanan bel ağrıları ve risk faktörleri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004; 7(2): 54-48.
112. DüNDAR PE, ÖZMEN D, İLGÜN M, ÇAKMAKÇI A, ALKIŞ Ş. Low back pain and related factors in nurses in a university hospital. Turkish Journal of Public Health 2010; 8(2): 104-95.
113. Nagai M, Isida M, Saitoha J, Hiratab Y, Natori H, Wada M. characteristics of the control of standing posture during pregnancy. Neuroscience Letters 2009; 462: 130-134.

114. Cheng PL, Pantel M, Smith TJ, Dumas GA, Leger AB, Plamondon A et al. Back pain of working pregnant women: Identification of associated occupational factors. *Applied Ergonomics* 2009; 40: 419-423.
115. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(6): 547-554.
116. Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003; 2: 13-24.
117. Çamcı O, Kutlu Y. Sağlık çalışanlarında işyerinde şiddeti. *Psikiyatri hemşireliği Dergisi* 2011; 2 (1);9-16.
118. Alice-Han A, Donna E. Stewart A. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean Region. *International Journal Of Gynecology and Obstetrics* 2014; 124: 6–11.
119. Farrokh-Eslamlou H, Oshnouei S, Haghghi N. Intimate partner violence during pregnancy in Urmia, Iran in 2012. *Journal Of Forensic and Legal Medicine* 2014; 24: 28-32.
120. Logiudice JA, Prenatal screening for intimate partner violence: a qualitative meta-synthesis. *Applied Nursing Research* xxx (2014) xxx.doi:10.1016/j.apnr.2014.04.004
121. Tokur KM. Özel bir hastanede çalışan hemşirelerin yaşam alışkanlıkları ve çalışma koşullarından kaynaklı sağlık sorunlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011) 41-49.
122. 92/85/EEC sayılı Avrupa Birliği Yönergesi.
<https://osha.europa.eu/en/legislation/directives/sector-specific-and-worker-related-provisions/osh-directives/10>
123. Çalışma ve sosyal Güvenlik Bakanlığı. Mevzuat, Kanunlar.
<http://www.csqb.gov.tr/csqbPortal/csqb.portal?page=mevzuat&id=1>
124. Maternity Protection Convention, No. 3, 1919.
http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312148
125. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2011.pdf erişim 28 Haziran 2014.
126. İştarc C. Kadın işçilerin hamilelik ve analık durumlarının iş sözleşmelerine etkisi. *Kamu-İş Dergisi* 2009; 10(4): 21-53.
127. Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 2 Ağustos 2013 Cuma, Resmî Gazete Sayı : 28726
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130802-1.htm>

128. Tekirdağ Valiliği, Tekirdağ hakkında genel bilgiler, <http://www.tekirdag.gov.tr>, erişim, 23.06.2014.
129. Tekirdağ Nüfus Bilgileri, il il göstergeler TÜİK <http://www.tuik.gov.tr/ilGostergeleri/iller/TEKIRDAG.pdf> erişim 23.06.2014.
130. Tekirdağ Toplum Sağlığı Merkezi <http://www.thsm.gov.tr/> erişim, 23.06.2014.
131. Topçuoğlu S, Erçin S, Arman D, Gürsoy T, Karatekin G, Ovalı F. Adölesan veya ileri anne yaşı: yenidoğan için risk midir? Tek bir merkezin retrospektif sonuçları. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2014; 45: 131-35.
132. Canbaz S, Sünter AT, Süren C. Kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri, gebelik ve doğum sonu dönemdeki çalışma koşulları. Kocatepe Tıp Dergisi 2005 6: 39-44.
133. Özdemir N, Khorshid L. Hemşirelerde varis belirti ve yakınmalarının incelenmesi 2006. 22 (1): 35-19
134. Dıraçoğlu D. Sağlık personelinde kas iskelet sistemi ağrıları. Türkiye Klinikleri 2006; 26: 132-39.
135. Demir NA, Kölgeliler S, Küçük A, Özçimen S, Sönmez B, Demir LS, İnkaya AÇ. Sağlık çalışanlarının el hijyeni hakkındaki bilgi düzeyi ve el hijyenine uyumu. Nobel Medicus 2013; 9 (3): 109-104.
136. Ögün CÖ, Çuhruk H. Ameliyathane ortamının ameliyathane personelinin sağlığı üzerine etkileri. T Klin J Med Sci 2001; 21: 93-83.
137. Erkan E, Aban S. Devlete ve özel sektöre bağlı hastanelerde çalışan servis sorumlu hemşirelerinin işe ve insana yönelik liderlik yönelimlerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006: 1-13
138. Quansah R, Jaakkola JJ. Occupational exposures and adverse pregnancy outcomes among nurses: a systematic review and meta-analysis. Journal of Women's Health. October 2010; 19 (10): 1851-1862.
139. Liu X, Sun X, Genugten LV, Shi Y, Wang Y, Niu W et al. Occupational exposure to blood and compliance with Standard Precautions among health care workers in Beijing, China. American Journal of Infection Control 2014; 42: 37-38.
140. Kılıç M, Çetinkaya F. Yozgat il merkezindeki sağlık çalışanlarında sağlık sorunları görülme durumu ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 20(3): 194-184.
141. Smith DR, Leggat PA. Musculoskeletal disorders among rural Australian nursing student. Aust J Rural Health 2004; 12: 241-5.

142. Gölbaşı Z, Koç G. Kadınların postpartum ilk 6 Aylık süredeki emzirme davranışları ve prenatal dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008; 31-16.
143. Altinel L, Köse KÇ. Altinel EC. Profesyonel hastane çalışanlarında bel ağrıları prevalansı ve bel ağrısını etkileyen faktörler Tıp Araştırmaları Dergisi 2007; 5 (3): 115-20.
144. İlhan MN, Z. Kurtcebe ZÖ, Durukan, Koşar L. Temizlik işçilerinin sosyodemografik özellikleri ve çalışma koşulları ile iş kazası ve meslek hastalığı sıklığı. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2006; 20 (6): 433-439.
145. Erdoğan T, Ünsar AS, Süt N. Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2009; 14 (2): 447-461.
146. Ulusoy E, Arıkan D. Çocuk ünitesinde çalışan sağlık bakım personelinin grip aşısı oranları Türkiye Klinikleri J Nurs 2010;2(1):11-5
147. Wicker S. Vaccine and ISV Annual Global Congress in Seattle Viral infections: occupational risk for pregnant health-care personnel? Procedia in Vaccinology 2012; 6: 156-158.
148. Kermode M, Jolley D, Langkham B, Thomas MS, Crofts N. Occupational exposure to blood and risk of bloodborne virus infection among health care workers in rural North Indian health care settings. Australian International Health Institute 2005; 33 (1): 34-42.
149. Karadeniz G, Yanikkerem E, Sarıcan ES, Bülmez EZ A, Arıkan Ç, Esen A. Manisa ili sağlık çalışanlarında metabolik sendrom riski. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2 (6): 13-24.
150. Göğüş T, Yıldız H. Trimestirlere göre gebelerde şiddet yaşama durumu, etkileyen faktörler ve perinatal Sonuçlar TAF Prev Med Bull 2013;12(6):657 -664
151. Kwok RPW, Law YK, Li KE, Cheung MH, Fung VKP, Kwok KTT, Tong JMK, et al. Pevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. Hong Kong Medical Journal 2006; 12(1): 9-6.
152. Altıok M, Kuyurtar F, Karaçoğlu S, Ersöz G, Erdoğan S. Sağlık çalışanlarının delici kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009; 2 (3): 70-80.
153. Akyıl R, Uzun Ö. Hastanede çalışan hemşirelerin el yıkama durumlarının belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 10(2): 66-73.
154. Flores A, Pevalin DJ (2007). Glove use and compliance with hand hygiene. Nursing Times 103(38):46-48.

155. World Health Organization. Density of nursing and midwifery personel (total number per 1000 population, latest available year), 2012.
http://www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/. (Erişim Tarihi: 12.01.2013).
156. Karaca A, Ünsal G. İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012; 3(2): 85-80.
157. Yeni E, Erel Ö, Ünal D, Verit A, Çiftçi H, Kılıç İH. Anestezi çalışanlarında semen analizi parametreleri ve seminal plazma oksidatif stres arası ilişki. *Türk Üroloji Dergisi* 2004; 30 (1): 62-58.
158. TC. Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Öncersi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şt. 5. Baskı 2009.
159. Timur A, Uyar İ, Gülhan İ, Saz NT, İleri A, Özeren M. Genetik amniyosentez yapılan 16-22 haftalık gebelerin amniyosentez sonuçlarının değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi* 2013;21(3):101-106.
160. Çulha G, Ocaktan ME, Çöl M. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerde hipertansiyon araştırması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(2):639-49.
161. Jacobs DJ, Vreeburg SA, Dekker GA, Heard AR, Priest KR, Chan A. Risk factors for hypertension during pregnancy in South Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003;43(6): 421-8.
162. Abbate GC, Munao F, Beninato G, D'Arrigo G, D'Arrigo P, Brecciaroli R. Evaluation of obesity in healthcare workers. *Med Lav* 2006; 97 (1): 13 - 9.
163. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006; 1(2): 92-105.
164. Şişe Ş, Fenkçi V. Çalışan ve çalışmayan kadınlarda gebelik komplikasyonlarının karşılaştırılması. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2013;14(3):118-23
165. Aksu SÇ. Edirne il merkezindeki kadınların postpartum uzun dönem sağlık problemlerinin belirlenmesi. (Tez). Edirne. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
166. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: a systematic review . *Bull World Health Organ* 2010;88:658–666.
167. Arslan S, Bülbül A, Aslan AS, Baş EK, Dursun M, Uslu S, Nuhoğlu A. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde beş yıllık sürede (2007-2011) neonatal ölüm nedenleri *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2013;47(1):16-20.

168. Sankaran K, Chien LY, Walker R, Seshia M, Ohlsson A. Canadian neonatal network. variations in mortality rates among Canadian neonatal intensive care units. *CMAJ* 2002;166(2):173-178.
169. Akyol A, Yağcı ŞG Tekirdağ AI. Sağlık Personelinin Doğum Şekli ve Özelliklerinin Sağlık Personeli Olmayanlarla Karşılaştırması. *JOPP Derg*, 2011; 3(2):55-63.
170. Rathifisch G, Beji NK. Protection of continence in pregnancy, labor and postpartum periods. *International Journal of Urological Nursing* 2012; 6 (3):100–106.
171. Ertuğrul S, Kaya N, Gün İ. Elektif sezaryen olgularında kordon dolanması *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2011; 42(4): 147-151.
172. Dindar İ, İşsever H, Özen M. Edirne merkezindeki hastanelerde görev yapan hemşirelerde işle ilgili rahatsızlıklar ve konulan tanılar. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2004; 7(1): 55-59.
173. Shawky-Rabah M, Sadik Doaa I. Congenital malformation prevalent among Egyptian children and associated risk factors. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics* 2011; 12: 78-69.

ŞEKİLLER VE TABLOLAR DİZİNİ

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Araştırmanın akış ve veri toplama şeması	46
Şekil 2. Hamilelerin vardiyalı çalışma durumları (n=127)	56
Şekil 3. Mesleki risklere maruz kalma durumu (n=127)	59
Şekil 4. Gebeliğe bağlı gelişen sağlık sorunlarının işyerinde artma durumu (n=127)...	62
Şekil 5. Hamilelik döneminde iş kazası geçirme durumları (n=127).	63
Şekil 6. Katılımcıların kurumlarındaki koruyucu önlemlere ilişkin düşünceleri (n=127)	67
Şekil 7. Katılımcıların gebelik komplikasyonu gelişme durumları	73
Şekil 8. Katılımcıların gebelik sonuçları (n=127)	82
Şekil 9. Katılımcıların erken doğum durumları (n=112)	82
Şekil 10. Düşük Doğum ağırlıklı yenidoğan (2500gr ve↓) dağılımı (n=115)	86
Şekil 11. Yenidoğanların erken neonatal ölüm durumu (n=115)	88
Şekil 12. Yenidoğanların yoğun bakımda yatma durumları (n=115)	88

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Gebelik öncesi BKİ'ne göre gebelikte önerilen total ağırlık artışının sınırları	14
Tablo 2. Sağlık alanındaki biyolojik risklerin hamileler ve fetüs üzerine etkileri	22
Tablo 3. Sağlık alanındaki risklerin hamileler ve fetüs üzerine etkileri	23
Tablo 4. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri (n=127)	54
Tablo 5. Hamilelerin çalışma özelliklerinin dağılımı (n=127)	55
Tablo 6. Hamilelerin çalışma özelliklerinin dağılımı (n=127)	56
Tablo 7. Hamile ebe ve hemşirelerin hamilelik nedeniyle çalışma özelliklerinin değişikliğine yönelik isteklerinin dağılımı (n=127)	57
Tablo 8. Katılımcıların gece nöbeti ile görüşlerinin dağılımı (n=127)	58
Tablo 9. Çalışma grubumuzun mesleki riskler konusundaki görüşlerinin dağılımı (n=127)	59
Tablo 10. Hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk etmenlerinin dağılımı	60
Tablo 11. Mesleki riskler nedeniyle gelişen sağlık sorunları (n=127)	61
Tablo 12. Hamilelik döneminde hastalık geçirme durumu (n=127)	62
Tablo 13. Hamilelerin meslek hastalığı ve iş kazası risk algısıyla iş kazası geçirme durumlarının dağılımı (n=127)	64
Tablo 14. Hamile ebe ve hemşirelerin hamilelik döneminde şiddet görme durumları (n=127)	65
Tablo 15. Katılımcıların çalışma sırasında yaptıkları koruyucu uygulamalar (n=127) ...	66
Tablo 16. Hamile ebe ve hemşirelerin aşılama durumlarının dağılımı (n=127)	66
Tablo 17. Katılımcıların işe giriş ve periyodik kontrol durumlarının dağılımı (n=127) ...	67

Tablo 18. Hamile ebe ve hemşirelerin kurum tarafından alınmasını istediği önlemlerin dağılımı (n=127)	68
Tablo 19. Hamile ebe ve hemşirelere göre kurumları tarafından alınan önlemlerin dağılımı	68
Tablo 20. Hamile ebe ve hemşirelerin bazı doğurganlık özelliklerindeki dağılımı (n=127) ..	69
Tablo 21. Hamile ebe ve hemşirelerin aile planlaması ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=127)	70
Tablo 22. Hamile ebe ve hemşirelerin gebelikle ilişkili özelliklerinin dağılımı	71
Tablo 23. Hamile ebe ve hemşirelerin hamilelik döneminde yaşam bulgularına ilişkin değerlerin dağılımı	72
Tablo 24. Katılımcıların ağırlıklarıyla ilgili özellikler	73
Tablo 25. Hamilelerin VKİ ye göre gebelik komplikasyon durumlarının dağılımı	73
Tablo 26. Hamile ebe ve hemşirelerde gelişen gebelik komplikasyonlarının dağılımı...	74
Tablo 27. Hamile ebe ve hemşirelerin çalışma özelliklerine göre gebelik komplikasyonu yaşama durumları (n=127)	75
Tablo 28. Hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk faktörlerine göre gebelik komplikasyonu yaşama durumları (n=127)	76
Tablo 29. Hamile ebe ve hemşirelerin çalışma özelliklerine göre gebelikte kanama yaşama durumları (n=127)	77
Tablo 30. Hamile ebe ve hemşirelerin mesleki risk faktörlerine göre gebelikte kanama durumu (n=127)	78
Tablo 31. Hamile ebe ve hemşirelerin riskli gebelik sayılarının dağılımı (n=127)	78
Tablo 32. Riskli gebeliklerin gebelik süreci üzerine etkisi	79
Tablo 33. Hamile ebe ve hemşirelerin günlük sigara, alkol kullanma durumu (n=127) ..	80
Tablo 34. Hamile ebe ve hemşirelerin gebelik ve emzicilik dönemi için istenen önerilerin dağılımı	81
Tablo 35. Hamile ebe ve hemşirelerin gebelik sonuçlarının dağılımı (n=112)	83
Tablo 36. Çalışma özelliklerine göre gebelik sonuçlarının dağılımı (n =126)	83
Tablo 37. Hamilelerin alkol ve sigara içme durumlarına göre gebelik sonuçlarının dağılımı (n=126)	84
Tablo 38. Çalışma özelliklerinin erken doğum üzerine etkilerinin dağılımı (n=112) ...	84
Tablo 39. Hamilelerin gebelik döneminde bazı mesleki risk durumlarına göre erken doğum dağılımları (n=112)	85

Tablo 40. Hamilelerin gebelik dönemi sağlık sorunlarına göre erken doğum durumlarının dağılımı (n=112)	86
Tablo 41. Yenidoğan ile ilgili özelliklerin dağılımı (n=115)	87
Tablo 42. Yenidoğanlarda emzirme ve sağlık sorunlarının dağılımı (n=115)	89
Tablo 43. Araştırma alınan yenidoğanların risk özelliğine sahip olma durumlarının dağılımı (n=115)	90
Tablo 44. Gebelikte radyasyon riskine göre yenidoğan özelliklerinin durumu	90
Tablo 45. Postpartum dönemde anneye ilişkin veriler (n=113)	91
Tablo 46. Fiziksel ve ergonomik risk faktörleri (n=52)	93
Tablo 47. Katılımcı ve gözlemciye göre çalışma alanlarının bazı özellikleri (n=127) ...	94
Tablo 48. Çalışma alanlarındaki atıkların durumu (n=52)	94
Tablo 49. Çalışma alanlarındaki kimyasal tehlike ve riskler (n=52)	95

ÖZGEÇMİŞ

1976 Aydın-Söke doğumludur. İlk, orta ve lise eğitimini Söke’de tamamlamıştır. 1999 yılında Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünden mezun olmuştur. 1995-1997 yılları arasında Tekirdağ Devlet Hastanesi, 1997-1998 yılları arasında Bursa Mustafa Kemalpaşa Devlet Hastanesi ve 1998-2000 yılları arasında da Bursa Çocuk Hastanesinde hemşire olarak çalışmıştır. 2000 yılında Trakya Üniversitesi Tekirdağ Sağlık Yüksekokulu’nda öğretim görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır. 2001 -2004 yılları arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır. 2010 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı İş Sağlığı Programında doktora eğitimine başlamıştır. Çeşitli dergilerde yayınlanmış bilimsel yazılarının yanında, kongrelerde yayınlanmış bildirileri de mevcuttur. 2006 yılından beri Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümünde öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.

EKLER

EK -1

Hamile Ebe ve Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma özellikleri ile ilgili Anket formu

Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hamile Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Risk Etmenleri İle Bu Etmenlerin Gebelik Süreci Ve Yenidoğan Bebeklerine Etkilerinin Değerlendirilmesi

Değerli Meslektaşım,

Bu anket formu Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı İş Sağlığı programı tarafından yürütülmekte olan bilimsel bir araştırmada kullanılmak üzere düzenlenmiştir. Kimlik bilgileri dahil olmak üzere verdiğiniz tüm bilgiler yalnızca araştırma için kullanılacak tamamen gizli tutulacaktır. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmaya katılımınızı aşağıdaki bölümü doldurarak lütfen onaylayınız. Anket formu gebelik dönemine ilişkin sorular ve doğum sonrasına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Doğum sonrasında bebeğinizin sağlık durumu değerlendirmesi için sizinle tekrar görüşme yapılacaktır. Katılımınız ve değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Ülfiye Çelikkalp

Bu araştırmaya ait yukarıda sunulan bilgileri okudum ve anladım. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:
Cep No:
e-posta:
Rumuz:
Anket no:

1- Çalıştığınız Kurum	1) Devlet H. 2) Tıp F. 3) ASM 4) Özel
2- Mesleğiniz	1) Hemşire 2) Ebe
Yaşınız:	Eşinizin yaşı:
Çalıştığınız servis	
Öğrenim durumu	1) Sağlık Meslek Lisesi 2) Önlisans 3) Lisans 4) Lisansüstü Eğitim
İstihdam şekli	1) Kadrolu 2) Sözleşmeli
Gelir durumu	1) Kötü 2) Orta 3) İyi
Toplam çalışma süreniz	
Bu serviste çalışma süreniz	
Hamileliğiniz nedeniyle servis değişikliği oldu mu?	1) Hayır 2) Evet Kaçınıcı haftada:
Haftalık ortalama çalışma saatiniz	
Vardiya çalışması yapıyor musunuz?	1) Hayır 2) Evet 3) Gebelik nedeniyle bu dönemde yapmıyorum
Vardiya çeşidiniz nasıldır?	1)) Sadece gündüz 2) Sabit: haftada gündüz + nöbet
Ayda kaç saat gece çalışıyorsunuz?	

- Çalışma şartlarınız genelde nasıl?	1) Çoğunlukla oturarak 2) Çoğunlukla ayakta 3) Benzer sürelerde oturarak ve ayakta
Bir günlük çalışmanızda ortalama olarak ayakta kalma süresiniz..... saat	
- Biriminizde çalışan kişi başına, günlük ortalama kaç hasta düşüyor	
Gebelik nedeniyle çalışma ortamı ile ilgili değişiklik gereksiniminiz oldu mu? (Hekim tarafından önerilen, ya da kendi isteğinizle)	
1) Hayır 2) Evet ise işyeri tarafından uygun koşul sağlandı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Gebelik nedeniyle çalışma süresi (toplam saat) değişikliği gereksiniminiz oldu mu?	
1) Hayır 2) Evet ise işyeri tarafından uygun koşul sağlandı mı? : <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Gebelik nedeniyle çalışma zamanı/gece-gündüz-haftasonu vb değişikliği talebiniz oldu mu?	
1) Hayır 2) Evet ise işyeri tarafından uygun koşul sağlandı mı? : <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Hamilelikte ilk 24 haftada tutulan gece nöbetlerinin gebeliğiniz üzerinde nasıl bir etkisi olabilir	
1) Etkisi yok 2) Kanama riski 3) Abortus 4) Yorgunluk/uyku sorunları 5) Bel ve sırt ağrısı 6) GİS şikayetleri 7) Beslenme sorunları	
Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?	1) Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5) Çok kötü
Çalıştığınız servisin sağlığını açısından ne kadar riskli olduğunu düşünüyorsunuz?	1) Risk yok 2) Düşük 3) Orta 4) Yüksek
Çalışma ortamında mesleki risklere maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz?	1) Hayır 2) Evet
-Fiziksel risk etmenleri :	1) Gürültü 2) Titreşim 3) Sıcaklık 4) Radyasyon 5) Yetersiz hava/havasızlık
Kimyasal risk etmenleri :	1) Dezenfektanlar 2) Temizlik malzemeleri 3) Kemoterapik ajanlar 4) Anestezik maddeler 5) lateks
Ergonomik risk faktörleri:	1) Ağır kaldırma 2) Sabit çalışma 3) Eğilip kalkma 5) Fazla çalışma saatleri
Psikolojik risk etmenleri:	1) İş Yoğunluğu 2) Baskı 3) Stres 4) Şiddet
Biyolojik risk etmenleri :	1) Bulaşıcı hastalıklar 2) Enfeksiyonlar
Bu mesleki risklere yönelik eğitim aldınız mı?	1) Hayır 2) Evet
Bu mesleki risklerin sizin ve bebeğinizin sağlığı üzerinde etkisi olacağı düşüncesine sahip mi siziz ?	1 Yok 2) Çok az 3) Ara sıra 4) Sık sık 5) Her zaman
Çalışma ortamınızı genel olarak gebelik ve emzilik dönemi için güvenli buluyor musunuz?	1) Hayır 2) Evet 3) Kısmen güvenli Hayır ise sizce nedeni
Çalışma ortamına bağlı maruz kaldığımız hastalıklar var mı?	1.Hayır 2) Evet (ise) 1) Hepatit-B 2) Tüberküloz 3) Varis 4) Disk hernisi 5) Cilt sorunları 6) GİS şikayetleri 7) Psikolojik hastalıklar
Çalışma ortamına bağlı olarak hamilelikte geçirdiğiniz enfeksiyon hastalıkları var mı?	1) Yok 2) Allerjik rinit 3) Bronşit 4) Hepatit B 5) ÜSYE
Çalışma ortamına bağlı olarak hamilelikte yaşadığımız kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarınız nelerdir?	1) Bel ağrısı 2) Sırt ve boyun ağrısı 3) El ve kol ağrısı 4) Yok
Çalışma ortamınızda meslek hastalığına yakalanma riskinizi nasıl tanımlarsınız?	1) Risk yok 2) Düşük 3) Orta 4) Yüksek

Çalışma ortamınızda iş kazası geçirme riskinizi nasıl tanımlarsınız?	
1) Risk yok 2) Düşük 3) Orta 4) Yüksek	
Hamileliğinizde iş kazası geçirdiniz mi? (iğne batması, yaralanma, kayma düşme, yanık)	
1) Hayır 2) Evet	
İğne batması oldu ise ne yaptınız?	
1) Tetkik yaptırdım	5) Kanattım
2) Antiseptik solüsyonla yıkadım	6) Temiz iğne olduğu için bir şey yapmadım
3) Profilaktik ilaç aldım	7) Üst birime bildirdim
4) Aşı yaptırdım	
Hamileliğinizde temas edilen materyaller	0) Temas yok 1) Kan ve Kan ürünleri 2) Vücut sıvıları 3) Kimyasal sıvılar
Temas yolu :	1) İğne ve delici kesici yaralanma 2) Hasarlı (bütünlüğü bozulmuş..) deri ile temas 3) Mukoz membranlara sıçrama
Temas sayısı :	
Çalışma ortamınızdaki bu risklere karşı kendinizi güvende hissediyor musunuz?	1. Hayır (ise) nedenini açıklar mısınız? 2. Evet
-Çalıştığınız birimde meslek hastalıklarını önlemeye yönelik olarak işin özelliğine uygun koruyucu araçlar kullanıyor musunuz?	
1) Hayır 2) Evet	
Çalışma ortamında karşılaştığınız risklere karşı aldığınız önlemler nelerdir?	(Birden fazla yanıt olabilir) 1) Eldiven 4) Dezenfeksiyon 2) Maske 5) Diğer 3) Koruyucu önlük
Aldığınız bu önlemlerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	1) Hayır (Niçin açıklayınız) 2) Evet 3) Kısmen
Hepatit B ile temas	1) Hayır 2) Evet (taşıyıcıyım)
Aşılama durumu	1) Hayır 2) Evet
Hepatit C ile temas	1) Hayır 2) Evet
Aşağıdaki işlemleri ne sıklıkla yaparsınız?	
Hastayla temastan önce/sonra el yıkama	1) Her zaman 2) Genellikle 3) Ara sıra 4) Hiç yapmam
Kan alırken, damar yolu açarken eldiven giyme	1) Her zaman 2) Genellikle 3) Ara sıra 4) Hiç yapmam
Kullandıktan sonra enjektör ve iğneyi uygun şekilde atma /yok etme	1) Her zaman 2) Genellikle 3) Ara sıra 4) Hiç yapmam
Kullanılması gerektiğinde maske, koruyucu önlük giyme	1) Her zaman 2) Genellikle 3) Ara sıra 4) Hiç yapmam
- Çalışırken kullandığınız ve sağlığınızı olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündüğünüz madde, cihaz / araç-gereç var mı?	
1) Hayır 2) Evet	
Yanıtınız “evet” ise neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	
1. Radyoterapi / röntgen cihazları 2. Anestezik gazlar 3. Ameliyathane aletleri (ameliyat esnasında kullanılan araçlar) 4. Enjeksiyon ve pansuman araç/ gereçleri	

5. Sterilizasyon cihazları	
6. İlaç, antiseptik, dezenfektan gibi kimyasal maddeler	
7) Bilgisayarlar	
- Hamileliğiniz sırasında portabl/gezici röntgen makinesi ile çalışma ortamınızda bulunmak zorunda kaldınız mı?	
1) Hayır 2) Evet	
Hamileliğiniz süresince hasta / hasta yakınları veya diğer kişiler tarafından sözlü ya da fiziki bir şiddete/ istismara maruz kaldınız mı? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	
1) Sözel 2) Fiziksel 3) Ruhsal 4) Cinsel	
Hamileliğiniz sürecince Hastane çalışanı (hemşire, doktor, yönetici, diğer yardımcı personel) tarafından herhangi bir şiddete maruz kaldınız mı? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)	
1) Sözel 2) Fiziksel 3) Ruhsal 4) Cinsel	
Hamileliğiniz nedeni ile çalışma arkadaşları/yöneticiler tarafından olumsuz bir tutumla karşılaştınız mı?	1) Hayır 2) Evet (nedir)
Çalışma ortamına bağlı stres nedeni ile oluşan sağlık sorununuz var mı?	1) Yok 2) Yorgunluk/ Uykusuzluk 3) Baş ağrısı 4) Mide şikayeti 5) Anksiyete
- Çalışanlar çalıştıkları sürece periyodik olarak sağlık kontrolünden geçiriliyor mu?	1) Hayır 2) Evet Evet isesıklıkta yapılıyor
İşe başlarken işe giriş muayenesi oldunuz mu?	1) Hayır 2) Evet
Çalışma ortamınızdaki desk, masa ve odalar ergonomik, kaliteli ve kazaları engelleyecek büro malzemeleri ile donanımlıdır.	
1) Hayır 2) Evet 3) Kısmen	
İşiniz gereği sık olarak diz çöküp eğilir misiniz	1) Hayır 2) Zaman zaman 3) Çoğunlukla
İşiniz gereği sürekli ağır objeleri kaldırır mısınız?	1) Hayır 2) Zaman zaman 3) Çoğunlukla
İş stresiniz var mı?	1) Hayır 2) Zaman zaman 3) Çoğunlukla
- İş ortamında mesleki sağlık riskleri açısından önlem alınması için öneride bulundunuz mu?	
1) Hayır 2) Evet	
Çalışma ortamında karşılaştığınız risklere karşı kurum tarafından alınmasını istediğiniz önlemler nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	
1) Temizlik ve korunma için bol ve donanımlı malzeme sağlanması 2) Enfeksiyon korunma ve mesleki riskler konusunda eğitim getirilmesi 3) Personel sayısının yeterli olması 4) Stresiz çalışma ortamının sağlanması 5) Fazla çalışma saatlerini azaltılması 6) yönetici desteği/fikir alışverişi 7) Güvenlik bulunması 8) Bakılan hasta sayısının azaltılması	
Çalışma ortamında karşılaştığınız risklere karşı kurum tarafından alınan önlemler nelerdir? (Birden fazla yanıt olabilir)	
1) Yeterli koruyucu önlem alınmıyor 2) Malzeme sorunu yaşanmıyor 3) Çalışma ortamının sürekli temizliği sağlanıyor 4) Atık kutuları uygun ve yeterli 5) Aşılama sağlanıyor 6) Hizmetiçi eğitim programları	

EK-2

Gebelik Dönemi İle İlgili Anket Formu

Gebelik haftanız	
Kaçıncı hamileliğiniz?	Çocuk sayısı:
Son hamileliğiniz ile bu hamilelik arasındaki süre	
Muhtemel doğum tarihi	
Beklenen bebek sayısı:	1) Tek 2) İkiz 3) Üçüz
Doğumunuzun nerede olmasını planlıyorsunuz:	
Boyunuz:	
Gebelik öncesi kilonuz:.....	Şu anki kilonuz:
Gebelik öncesi kullandığınız Aile planlaması yönteminiz	1) Kullanmıyoruz 4) geleneksel 2) RiA 5) Kondom 3) OKS
Bu yöntemi ne kadar süre kullandınız	
Hamile kalmada güçlük yaşadınız mı?	1) Hayır 2) Evetay
Müdahale ile olan bir gebelik mi?	1) Hayır 2) Aşılama 3) Tüp bebek
Hamileliğin kaçınıcı haftasında ilk prenatal bakımı aldınız
Prenatal bakımı Nerede aldınız? 1)Tıp Fakültesi Kadın Doğum polikliniği 3) Aile Sağlığı Merkezi 2)Devlet hastanesi kadın doğum polikliniği 4) Özel hastane kadın doğum polikliniği 5) Özel hekim polikliniği	
Düzenli olarak periyodik kontrollere gidiyor musunuz?	1) Hayır ise nedeni 2) Evet , ne sıklıkta :.....
Şu anki : Tansiyonunuz:	Nabız: Solunum:
Hamileliğiniz süresince tansiyon sorunuz oldu mu?	1) Hayır 2) Evet 1.trimesterde tansiyonunuz: 2.trimesterde tansiyonunuz: 3.trimesterde tansiyonunuz:
Tansiyonunuz 1) Yükseldi 2) Düştü	
Ayakta fazla kaldığınız, fazla efor harcadığınız günlerde tansiyon ve solunumunuz da bir değişiklik oluyor mu? 1) Hayır 2) Evet ise 1) Nefes almakta zorlanıyorum / nefesim yetmiyor 2) Tansiyonum değişiyor	
- Hamileliğiniz boyunca izlemlerde herhangi bir risk tespit edildi mi?	1) Hayır 2) Evet
İkili veya üçlü testlerinizde risk tespit edildi mi? 1) Hayır 2) Evet ise ne yapıldı/önerildi:	
Kan uyumsuzluğunuz var mı?	1) Hayır 2) Evet
Kronik bir hastalığınız var mı?	1) Hayır 2) Evet ise
Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı?	1) Hayır 2) Evet ise

Daha önceki gebelik öykünüzde;

Önceki Gebelik öyküsü	Hayır	Evet
1 ya da daha fazla düşük		
1 ya da daha fazla kürtaj		
Düşük doğum ağırlıklı bebek (2500gr dan az)		
Erken doğum (37 haftadan önce)		
Daha önceki gebelik öykünüzde mesleksi bir riskten dolayı hamileliğiniz sonlandırıldı mı?		

Gebeliğe bağlı gelişen sağlık sorununuz var mı? 1) Hayır 2) Evet ise aşağıdaki tabloyu doldurunuz

Şikayetler	Evet	Hayır	İşyerinde artması /azalması
Bulantı kusma			
Bacaklarda kramp			
Baş ağrısı			
Mide şikayeti			
Kabızlık/hemoroid			
Ayaklarda şişlik			
Bel ağrısı			
Diğer			

Hamileliğiniz sırasında komplikasyonlar:	0) Yok 1) Düşük tehditi/kanama 2) Erken doğum tehdidi 3) Preeklamsi/eklamsi 4) Gestasyonel diyabet 5) Hidroamniyos 6)
Hamileliğiniz sırasındaki müdahaleler:	0) Gerek Duyulmadı 1) Yatak istirahati gün kullandı 2) Hastaneye yatma 3) Tokolitik ilaç kullanımı 4) Antihipertansif ilaçlar 5) Diğer
Hamileliğiniz sırasında yaşamınızda iş, ev çevre değişikliği:	1) Hayır 2) Evet (Nedir, açıklayınız
Gebelikle ilgili herhangi bir ruhsal rahatsızlık geçirdiniz mi?	1) Hayır 2) Evet (teşhis :..... tedavi oldunuz mu?)
Doğum öncesi ve sonrası izniniz olmadığında anne /gebe olarak hasta olduğunuzda/periodyk kontroller için izin veriliyor mu?	1) Hayır 2) Evet 3) Boş zamannıma göre ayarlıyorum
Sigara kullanıyor musunuz? 1) Hayır 2) Evet yıldır içiyorum, günde adet 3) Gebelik nedeniyle bıraktım	
Hamileliğiniz sırasında etrafınızda sigara içen kişiler var mı ?	1) Hayır 2) Evet nerede a) evde (Kim.....) b) işyerinde
Gebelikte de içiyorum: günde.....adet	
Alkollü içecek kullanıyor musunuz?	1) Hayır 2) Evet ise sıklık belirtin: 1) Nadiren 2) Ara sıra 3) Sık sık 4) Her zaman 3) Hamilelik nedeniyle bıraktım
Gebelik döneminde hiç alkollü içecek içtiniz mi? 1) Hayır 2) Evet.....kez.....miktarda	
Doğum öncesi kaçınıcı haftada işten ayrılacaksınız?	1) 32. Hafta 2) 37. Hafta 3)

Doğum sonrası ücretsiz izin almayı düşünüyor musunuz?	1) Hayır 2) Evet ay
Sizce doğum sonrası anneye en az ne kadar ücretli izin verilmeli ?	
Hamile çalışanlar için alınmasını istediğiniz öneriler var mı?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hamileliğin tespiti ile gece nöbetten çıkmalı 2) Yorucu/riskli kliniklerde çalışanlar daha uygun servislere alınmalı 3) Doğum sonrası izinler fazla olmalı 32 haftada izne çıkılmalı 4) 24. Haftadan sonra çalışma saati azaltılmalı 5)
Emzicilik dönemi için önerileriniz	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ücretli izinler arttırılmalı 2) Süt izni 18. Aya kadar 2 st olmalı 3) 0-2 yaş arası çocuklar için kurumda çocuk bakım evleri olmalı 4) 3 yaş ve üzeri çocuklar için kurumda kreş olmalı 5) 2 yıl gece nöbeti olmamalı

EK -3 Doğum sonrası yenidoğan sağlığına ilişkin anket formu

Anket no:

Gebelik sonucu	1) Düşük 2) Canlı doğum 3) Erken doğum 4) Ölü doğum
Loğusa kaçınıcı gün:	
Kaçınıcı haftada doğum yaptınız ?	
Doğum biçimi:	1) Normal doğum 2) Sezeryan
Doğum biçimine kim karar verdi :
Sezeryan olmasını siz mi istediniz? 1) Hayır (nedeni: 2) Evet (nedeni:	
Doğum nerede oldu:	
Canlı doğum sonrası müdahale gerekti mi? (Küvöz bakımı, kan değişimi, yoğun bakım vb	1) Hayır 2) Evet
Bebeğin cinsiyeti : 1) Kız 2) Erkek	
ağırlığı :..... - boyu:-Apgar skoru:.....	
Varsa İkinci bebeğin ağırlığı :, 1- boyu, cinsiyeti Apgar skoru :	
Bebekte herhangi bir sağlık sorunu oldu mu ?	1)Hayır 2) Evet ise nedir? 1) Mekonyum aspirasyonu 2) Kordon dolanması 3) Uzun travay
Bebekte konjenital anomali var mı?	1) Hayır 2) Evet
Bebeğiniz yoğun bakım ünitesine alındı mı?	1) Hayır 2) Evet ise
İkinci bebek yoğun bakım ünitesine alındı mı?	1) Hayır 2) Evet ise nedeni.....
Bebeğiniz yenidoğan servisine yattı mı?	1) Hayır 2) Evet ise nedeni.....
Bebeğinize herhangi bir müdahale yapıldı mı?	1) Oksijen tedavisi 2) Entübasyon 3).....
İlk 1 saatte Emzirme durumu	1) Hayır (neden 2) Evet
Bebeğinizde sarılık oluştu mu?	1) Hayır 2) Evet ise hastanede yattı mı?
Siz yoğun bakım ünitesine alındınız mı?	1) Hayır 2) Evet (Niçin.....
- Sizde herhangi bir sağlık sorunu gelişti mi?	1) Hayır 2) Evet

EK-4 Araştırma yapılan kurumların özellikleri ile ilgili gözlemci anket formu

FİZİKSEL TEHLİKE VE RİSKLER	Evet	Hayır
ELEKTRİK DÜZENEGİ		
Elektrik düzeneği konusunda yazılı uyarılar var mı?		
Elektrik düzeneğinin kullanımı hakkında yazılı standartlar var mı?		
Kullanılan elektrikli araç gereçler sağlam mı?		
Prizlerde kapak var mı?		
ZEMİN		
Kayma ve düşmeyi engelleyecek kaygan olmayan zemin var mı?		
Zemin kirli mi?		
Yürümeyi engelleyen araç-gereç var mı?		
Zemin gürültüyü engelleyecek şekilde mi düzenlenmiş?		
HAVALANDIRMA		
Çalışma ortamının havalandırması yeterince sağlanabiliyor mu?		
Havalandırma, ortamdaki kokuları ortadan kaldırılabiliyor mu?		
Ortam temiz kokuyor mu?		
Havalandırma doğal kaynaklardan mı sağlanıyor		
AYDINLANMA		
Görsel zorlanmaya sebep olmayan bir aydınlanma sağlanabiliyor mu?		
Aydınlanma yeterli mi?		
Lambalar çalışıyor mu?		
SICAKLIK (ISI)		
Çalışma ortamı çalışmaya engel olacak derecede soğuk mu?		
Çalışma ortamı çalışmaya engel olacak derecede sıcak mı?		
Çalışma ortamında ısı ölçer var mı?		
GÜRÜLTÜ		
Çalışmanıza engel olacak ve sağlığını olumsuz etkileyecek düzeyde gürültü var mı?		
Gürültülü alanlar diğer alanlara kapatılmış mı?		
Televizyon kısık ses ile izleniyor mu?		
YANGIN		
Yangın alarm sistemi var mı?		
Yangın söndürme cihazları var mı?		
Yangın söndürücülerin bulunduğu yer güvenli mi? (sabitlenmiş mi, tehlikeli maddelerin yanında bulunmaması)		
Yangın söndürme cihazlarının doğru kullanımı için kullanma talimatı var mı?		
Yangın söndürücüler aylık olarak kontrol ediliyor mu?		
Yangın durumu için eğitilmiş yangın ekibi var mı?		
Yangın çıkış kapısı ya da merdiveni var mı?		
Yangın çıkış işaretleri var mı?		
Yangın çıkış kapıları dışa açılıyor mu?		
Yangın çıkış kapıları kilitli mi?		
ATIKLAR		
Çöp kutularında uyarı etiketleri var mı?		
Atıkları biriktirmek için kullanılan kaplar hemşirelerin her an ulaşabileceği yerde		
Evsel atıklar siyah torbalarda biriktiriliyor mu?		
Tehlikeli olmayan tıbbi atıklar mavi torbalarda biriktiriliyor mu?		
Tekrar kullanılmayacak ve tehlikeli olan tıbbi atıklar kırmızı torbalarda toplanıyor mu?		

Plastik, cam ve kağıt ayrı toplanıyor mu?		
Atık kapları 24 saatte bir boşaltılıyor mu?		
DİĞER		
Tuvaletler dezenfekte ediliyor mu?		
Sağlık çalışanlarının tuvaleti ile hastaların tuvaleti ayrı mı?		
Tuvaletlerde sabun bulunuyor mu?		
Lavabolarda elleri silmek için kağıt havlu bulunuyor mu?		
Tuvaletlerde tuvalet kağıdı var mı?		
Hemşire odasında, hemşirelerin oturabileceği koltuk sayısı yeterli mi?		
Hemşire deski, yeterli büyüklükte mi?		
KİMYASAL TEHLİKE VE RİSKLER		
Kullanılan kimyasal maddelerin listesi mevcut mu?		
Kimyasal maddeler kapalı bir yerde mi muhafaza ediliyor?		
Kimyasal maddeler üzerinde uyarı yazıları var mı?		
Kimyasal maddelerin doğru kullanımına ilişkin yazılı bilgiler var mı?		
Kimyasal madde teması olduğunda bölgenin hemen yıkanması için uygun duş var?		
Kemoterapi ilaçlarının, tedavisin hazırlanması için ayrı ve uygun kabin var mı?		

EK-5 Araştırma İzinleri

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye						
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU/ ONAY BAŞVURUSU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-GÖKAEK 2013/03				
	PROTOKOL ADI	Tekne'de İyinde Görev Yapan Hamile Ebe ve Hemşirelerin Meslek Risk Etmenleri ile Bu Etmenlerin Gebelik Süreci ve Yenidoğan Bebeklerine Etkilerinin Değerlendirilmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÖN VANI / ADI	Prof. Dr. Faruk YORULMAZ				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal		Çok Merkez Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 03/01		Tarih: 30.01.2013			
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Ölfıye ÇELİKKALP'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevzuatın oylar birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İy Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-GÖKAEK Yönergesi					
ÜYELER						
Unvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	Bilgi(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.O.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.O.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.O.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.O.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.O.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.O.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.O.T.F. Fizyoloji A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sedat ÖSTUNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.O.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Barış TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.O.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Koray ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.O.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Cengiz TUĞLU Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.O.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.O.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.O.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.U. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Avukat Bakı KURNAZ Üye		T.O. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

T.C.
TEKİRDAĞ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

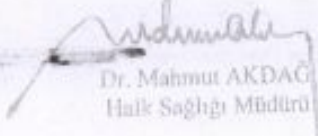
28.03.2013/696

Sayı: 31244781 /571
Konu: Anket Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığı'nın 07 Mart 2013 tarih 3047/5251 sayılı yazıları ile tarafımıza bildirilen, Üniversitelerinin Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'ın danışmanlığında Halk Sağlığı Anabilim Dalı İş Sağlığı doktora programı öğrencisi ÖLİYE ÇELİKKALP'in "Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hamile Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Risk Etmenleri ile Bu Etmenlerin Gebelik Süreci ve Yenidoğan Bebeklerine Etkilerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Tekirdağ İli ve İlçelerinde yapmak istemektedir. Konu ile ilgili dilekçe ve anket yazımız ekinde olup, Müdürlüğünüze bağlı kuruluşlar için gerekli izin verilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.


Dr. Mahmut AKDAĞ
Halk Sağlığı Müdürü

OLUR
28/03/2013

Mustafa MASATLI
Vali a.
Vali Yardımcısı

23/03/2013 Ebe N. DOĞAN
23/03/2013 Şb. Müd. Dr. H. BECERİR
23/03/2013 Müd. Yrd. Dr. I.ÇERÇİ

Bulaşıcı Olun. Hast. Prog. ve Kanser Şb. Müd.
ÇEKÜS Birimi
Tel: 0 282 258 24 57
e-posta: tekirdag.himcekueme@saglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Dr. Hülya BECERİR
Ortaçami Mah. Hast. Bayırı Sk. No: 8/59100/TEKİRDAĞ
Faks: 0 282 258 24 11



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 42232655-044-

-385- 18/03/2013

Konu: Anket Çalışması

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

İlgi:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Personel Daire Başkanlığının 07/03/2013 tarihli ve 73890629-3047-5251 sayılı yazısı

İlgi'de kayıtlı yazı ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'ın danışmanlığında İş Sağlığı doktora eğitimine devam eden Ülfıye ÇELİKALP'in "Tekirdağ İlinde Görev Yapan Hamile Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Risk Etmenleri ile Bu Etmenlerin Gebelik Süreci ve Yenidoğan Bebeklerine Etkilerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Tekirdağ İl ve İlçe Hastanelerinde yapmak istediği bildirilmiştir.

Bu kapsamda şahsa ait anket soruları incelenmiş olup, araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, araştırma sonucunun bir nüshasının Genel Sekreterliğimize bildirilmesi ve araştırma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla anket çalışmasının yapılması uygun mütalaa edilmektedir.

Olurlarınıza arz ederim.

Yunus YİĞİT
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
03/2013

Uzm.Dr. Yakup ÇAĞ
Genel Sekreter

ASLI GİBİDİR