

Şanlıurfa' da kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri ve doğurganlığa bakış açıları

Fatma Koruk¹, İbrahim Koruk², Özlem Güner³, Sibel Ayhan³, Ayşegül Kılıçlı³, Sidar Aytekin³, Deniz Utku Altun⁴.

¹Harran Üniversitesi. S. B. F. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., Şanlıurfa

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa

³Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Şanlıurfa

⁴Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Şanlıurfa

Öz

Amaç: Çalışma, Şanlıurfa'da kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özelliklerini ve doğurganlığa bakış açılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma kesitsel tiptedir. Örnek seçiminde küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örnekleme 174 kadın sağlık çalışanı alınmıştır. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme tekniği ile Kasım-Aralık 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. **Bulgular:** Kadın sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 33.2±6.2'dir. Çalışanların %72.4'ü ebe/hemşire, %14.4'ü hekim, %13.2'si teknisyendir. Kadınların ilk evlilik yaş ortalaması 24.4 ± 2.8, ilk gebelik yaş ortalaması 25.6 ± 3.2, gebelik sayısı ortalaması 2.0 ± 1.0 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.6 ± 0.8'dir. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı %72.3'tür. En sık yöntem kullanmama nedeni çocuk istemidir. Lojistik regresyon modeline göre; 3 ve üzeri gebelik sayısı kadın sağlık çalışanlarında 35 yaş ve üstü olanlarda 6.0 kat, eşi esnaf olanlarda 3.9 kat daha fazladır. **Sonuç:** Kadın sağlık çalışanları doğurganlıkları ile ilgili karar verme sürecinde etkindirler. Gebelik kontrolleri oldukça yüksektir ancak zaman zaman başarısızlıklar da yaşanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kadın, sağlık çalışanı, üreme sağlığı

Yazının geliş tarihi: 04.07.2017

Yazının kabul tarihi: 02.10.2017

Sorumlu Yazar: Yrd. Doç. Dr. Fatma Koruk Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Osmanbey Kampüsü merkezi derslikler binası 2. Kat Haliliye / Şanlıurfa

Telefon: (542) 724 02 12 **Fax:** (414) 318 32 03 **E Posta:** fgozukara18@gmail.com

Not: Bu çalışma, 9-11 Nisan 2015 tarihleri arasında Adana'da 1. Uluslararası Çukurova Kadın Çalışmaları Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

Fertility features and perspectives of female healthcare workers in Şanlıurfa

Abstract

Aim: The study was conducted to determine the fertility features and perspectives of the female healthcare workers in Şanlıurfa. **Method:** This was a cross-sectional study. Cluster sampling method was used. 174 female healthcare workers were included in the study. Research data was collected through a formed survey in face-to-face interviews between November and December 2014. **Results:** Mean age of the workers was 33.2 ± 6.2 . Among the all, 72.4 % of the workers were midwives, 14.4 % of physicians and 13.2 % of technicians. While the average of age at first marriage was 24.4 ± 2.8 , the average of age at first pregnancy was 25.6 ± 3.2 . Average number of pregnancies was 2.0 ± 1.0 and living children was 1.6 ± 0.8 . The rate of using modern contraceptive methods was found 72.3 %. The most common reason preferring not to use such methods was the desire to have a child. According to logistic regression model, the rates of women having 3 or more pregnancies are 6.0 and 3.9 fold higher among those aged 35 and over, among those whose husbands are tradesmen, respectively. **Conclusion:** Female healthcare workers are effective in the decision-taking process related to fertility. Pregnancy controls are highly frequent but failures are experienced occasionally.

Key words: Woman, healthcare workers, and reproductive health

Giriş

Sağlık çalışanı kadınlarda üreme sağlığı ve doğurganlığı, annelik ve kadınlık ideolojisinin şekillendirdiği cinsiyetler arasındaki farklılıklara ilişkin kültürel ön kabuller ve inançlar¹, bir sağlık profesyoneli olarak sahip olduğu bilgiye paralel olarak aldığı tutum ve davranışları² ile iş yaşamında maruz kaldıkları ortam faktörleri³ gibi farklı yönleri olan bir konudur.

Türkiye’de sağlık ve sosyal hizmet işlerinde istihdam edilen kadınlar, toplam kadın istihdamının %7.3’ünü oluşturmaktadır. Bu işlerde istihdam edilen kadın sayısı 2012 yılında 505 bin iken 2013 yılında 558 bine yükselmiştir. Başka bir ifade ile bu sektörde kadın istihdamı 2013 yılında %65.0’e yükselmiştir. Genellikle işgücünün yarısı, hatta yarısından fazlasının kadınlardan oluşmasıyla özdeşleştirilmiş bir olgu olan işgücünün feminizasyonu sağlık sektörü için de söz konusu edilmektedir.⁴ Sağlık sektöründe kadın sayısının fazla olmasında hemşirelik ve ebelik mesleklerinin geleneksel olarak kadın işi kabul edilmesinin önemli bir payı vardır.⁵ Pek çok ülkede hemşirelerin %90’dan fazlası kadındır ve hekimler

arasında da kadınların düzeyinin giderek arttığı gözlenmektedir.⁶ Kadınların, sağlık sektöründe profesyonel meslek mensupları olarak bu yoğunlukta istihdam edilmelerinin tesadüf olmadığı, Cumhuriyetin ilk dönemlerinde kurucu kadroların yönünü batılılaşmaya dönerek liberal, demokratik ve laik bir toplum yaratma hedeflerine paralel olarak kadınları hem modern Cumhuriyetin simgeleştiği bedenler hem de Cumhuriyetin gelişen sanayi ve bürokrasinin ihtiyaç duyduğu işgücü olarak görüldüğü belirtilmektedir.⁷ Buna paralel olarak, sağlık çalışanlarından mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği tutum ve davranışları ile de hizmet verdikleri grubu etkilemeleri beklenmektedir.^{8,9} Toplumda lider konumunda olan kadın sağlık çalışanları, sundukları doğru bilgi ve uygulamalarıyla sağlıkla ilgili olumlu davranışlar kazandırmakta ve davranış değişikliklerini motive etmekte büyük katkı sağlamaktadır.¹⁰ Ancak, hizmet verenlerin kendi kişisel eğilimleri nedeniyle kadınların üreme sağlığı programlarından yararlanmalarına engel oluşturdukları da bilinmektedir.¹¹

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin etkisiyle kadınlar daha az öğrenim görmekte

daha az işgücüne katılmakta ve daha az gelir elde etmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği sağlık alanında kadının en çok üreme sağlığını etkilemektedir. Bu yönüyle bakıldığında, artan eğitimin doğurganlıkla ilgili süreçleri belirlemede etkili olduğu, özellikle sağlık eğitimi almış kadınlarda gebeliklerin planlı ve gebelik risklerinin daha iyi kontrol altında tutulması beklenmektedir.¹²

Bu çalışma Şanlıurfa ilinde çalışan kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özelliklerini ve doğurganlığa bakış açılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem

Araştırmanın tipi: Araştırma kesitsel tiptedir ve 2014 yılı Kasım-Aralık ayları arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın evreni ve örneklem seçimi: Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı il merkezindeki dört hastanedeki (N=935) ve Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesindeki (N=194) doktor, hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni, diyetisyen, eczacı, fizyoterapist, sağlık teknisyeni olan 1129 evli kadın sağlık çalışanı oluşturmuştur.

Örnek seçiminde küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Personel listelerindeki oluşan hızlı değişiklikler nedeniyle bu örnekleme yöntemi tercih edilmiştir.

İl merkezindeki kamu hastaneleri ve HÜAUH' sinde toplam 67 branş polikliniği, 52 yataklı servis, 22 radyoloji ünitesi, 18 laboratuvar, 17 yoğun bakım ünitesi(YBÜ), sekiz Elektro ensefalografi (EEG)-Elektro miyografi (EMG) odası, altı acil servis, beş sterilizasyon ünitesi, beş kan merkezi, dört diyaliz ünitesi, dört ameliyathane, üç fizik tedavi ünitesi, üç kemoterapi ünitesi, iki doğumhane, iki endoskopi odası, iki sintigrafi ünitesi, iki taş kırma (ESWL) odası ve bir yanık ünitesi bulunmaktadır. Her bir ünite bir küme olarak kabul edilmiştir. Toplam 223 küme bulunmaktadır. Her bir ünite de çalışan sağlık çalışanı küme birimi olarak alınmıştır. Küme çapları (her bir

ünite çalışan kişi sayısı) sürekli değiştiği ve güncel bilgiye ulaşamadığı için HÜAUH'nde iki yoğun bakım, iki servis, iki poliklinik, bir nükleer tıp ünitesi, bir kan merkezi, bir yoğun bakım ünitesi, bir endoskopi ünitesi olmak üzere toplam 10 kümenin dahil edildiği pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmada evrenin ilgi duyulan bağımlı değişkeni olarak gebelik sayısı alınmıştır. Pilot uygulamadan elde edilen ortalama küme çapı 2.80, gebelik sayısı ortalaması 1.25, tahmini varyans 1.43, hata tahmin sınırı 0.15 olarak alınarak, gerekli küme büyüklüğü 40 olarak hesaplanmıştır. Kümeler ünite tipine ve hastanelerdeki küme sayılarına göre tabakalandırma yapıldıktan sonra rastgele yöntemle seçilmiştir. Seçilen kümelerde ziyaret yapılan günde iş yerinde bulunan personel araştırmaya dahil edilmiştir. Toplamda 174 kadın sağlık çalışanı araştırmaya katılmıştır.

Verilerin toplanması: Verilerin toplanmasında yapılandırılmış bir anket kullanılmıştır. Anket, sağlık çalışanlarına verilerek kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Anket, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini (yaş, doğum yeri, öğrenim durumu, meslek, çalışma süresi, çalışılan birim, eşinin eğitim durumu, sosyal sınıflar, kronik hastalık durumu vb) ve doğurganlık özelliklerini (ilk evlenme ve gebelik yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı, aralığı, çocuk sayısı, düşük/kürtaj/ölü doğum yapma durumu ve sayısı, aile planlaması yöntemlerine ilişkin özellikleri), doğurganlığa bakış açılarını (ideal evlenme yaşı, ideal ilk ve son gebelik yaşı, ideal çocuk sayısı, ideal doğum şekli) içermektedir.

Eşin mesleği sınıflaması için Prof. Dr. Korkut Boratav'ın kentsel ve kırsal sosyal sınıf şeması kullanılmıştır.¹³

Çalışmanın sınırlılıkları: Örneklem sayısı hesaplamada gebelik sayısı kullanılmıştır. Ülkemizde gebelikler büyük oranda evlilik içerisinde gerçekleştiği için örnekleme ulaşma kolaylığından dolayı çalışma sadece evli kadınlarla yapılmıştır. Çalışmaya sadece evli sağlık çalışanlarının dahil edilmesi çalışmanın sınırlılığıdır.

Araştırmanın etik boyutu: Araştırmanın uygulanabilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 12.12.2014 tarih ve 02 sayılı alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi: Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 20.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, ki kare testi, çok değişkenli değerlendirme için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni gebelik sayısıdır. Tek değişkenli analizlerde ve lojistik regresyon analizinde gebelik sayısı 2 ve altı/ 3 ve üzeri olarak kategorik hale getirilmiştir. 3 kesme noktası, analizlerde yeterli sayıyı sağlamak için tercih edilmiştir.

Lojistik regresyon analizi için, bağımsız değişkenlerden yaş(35 yaş altı/35 yaş ve üstü), doğum yeri(Güneydoğu Anadolu Bölgesi/ diğer), eş eğitim durumu (lise/ lise üstü), kronik hastalık durumu (var/yok), eşinin mesleği(esnaf/diğer) modele alınmıştır. Lojistik regresyon analizinde backward stepwise conditional yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan kadın sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 33.2±6.2'dir. Çalışma süresi ortalaması 11.1±6.6 yıl olup, Şanlıurfa'da çalışma süresi ortalaması 7.9±7.0 yıldır. Çalışanların %20.1'i poliklinikte, %40.2'si serviste, %12.6'sı yoğun bakımda, %5.2'si ameliyathanede, %16.1'i laboratuvarda ve %5.7'si tanı ve tedavi ünitelerinde çalışmaktadır.

Çalışanların yaklaşık yarısının doğum yeri Güneydoğu Anadolu Bölgesi illerinden birisidir. Çalışanların, %98.3'ü kent merkezinde yaşamaktadır, %62.6'sı lisans ve üstü düzeyde eğitim almıştır, %72.4'ü ebe-hemşiredir. Katılımcıların %65.0'inin eşi lisans ve üstü düzeyde eğitim almıştır. Eşlerinin %23.0'ü yüksek nitelikli ücretli/kendi hesabına çalışan grubundadır.

%16.7'sinin her hangi bir kronik hastalığı vardır (Tablo 1).

Çalışmada kadın sağlık çalışanlarının ilk evlilik yaş ortalaması 24.4±2.8, ilk gebelik yaş ortalaması 25.6±3.2, gebelik sayısı ortalaması 2.0±1.0 ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.6±0.8 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Kadın sağlık çalışanlarının bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	%
Doğum yeri		
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	83	47.7
Diğer bölgeler	91	52.3
Son 5 yıldır en uzun yaşanan yer		
İlçe	3	1.7
İl merkezi	171	98.3
Eğitim Durumu		
Lise	18	10.3
Ön lisans	47	27.0
Lisans	79	45.4
Lisansüstü	30	17.2
Mesleği		
Doktor	25	14.4
Ebe-Hemşire	126	72.4
Teknisyen	23	13.2
Eşin eğitim durumu		
İlkokul	1	0.6
Lise	25	14.4
Ön lisans	35	20.1
Lisans	77	44.3
Lisansüstü	36	20.7
Eşin mesleği		
Yüksek nitelikli ücretli/kendi hesabına çalışan		
Beyaz yakalı/mavi yakalı işçi	115	66.1
Esnaf	19	10.9
Kronik hastalığa sahip olma durumu		
Evet	29	16.7
Hayır	145	83.3
TOPLAM	174	100.0

Tablo 2. Kadın sağlık çalışanlarının ilk evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuksayısı düzeyleri

Özellikler	Ortalama - standart sapma	Ortanca (Min-Mak)
İlk evlilik yaşı	24.4±2.8	24(18-35)
İlk gebelik yaşı	25.6±3.2	25(15-36)
Gebelik sayısı	2.0±1.0	2(1-6)
Yaşayan çocuk sayısı	1.6±0.8	2(0-4)

Tablo 3'de kadın sağlık çalışanlarının bazı doğurganlık özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların %23.6'sının en az bir kez düşük, %4.0'nün en az bir kez kürtaj, %2.9'nun en az bir kez ölü doğum, %20.1'nin plansız/istemedenden gebelik ve %10.9'nun iki yıldan daha kısa aralarla doğum öyküsü olduğu belirlenmiştir.

Kadın çalışanların %99.4'ü sahip olacakları çocuk sayısına kendi ya da eşi ile birlikte kendisi karar vermektedir. %2.3'ü cinsiyet tercihinden dolayı doğum yapmaktadır.

Tablo 4'de kadın sağlık çalışanlarının kullandığı gebeliği önleyici yöntem özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların %25.9'nun gebeliği önleyici yöntem kullanmadığı, gebeliği önleyici yöntem kullananların ise sırası ile en fazla kondom (%29.3), RİA (%28.7) ve OKS (%12.6) kullandığı belirlenmiştir. Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan kadın sağlık çalışanları, yöntem kullanmama nedeni olarak en fazla gebe olmalarını ve gebe kalmak istemelerini ifade etmişlerdir.

Tablo 5'de kadın sağlık çalışanlarının doğurganlığa bakış açılarına ilişkin bazı özelliklerin düzeyi verilmiştir. Kadınların bildirdiği, ideal ilk evlilik yaş ortalaması 24.5±2.2 yıl, ideal çocuk sayısı ortalaması 2.8±0.9, ideal ilk gebelik yaş ortalaması 25.2±2.1 yıl, ideal son gebelik yaş ortalaması 34.3±2.8 yıl, ideal iki gebelik arasındaki süre ortalaması 3.2±1.1 yıl, bir

kadının az riskli olarak doğurabileceği en fazla çocuk sayısı ortalaması 3.4±0.8'tür.

Kadın sağlık çalışanlarının %93.7'si ideal doğum şeklinin normal vajinal doğum olduğunu belirtmektedir.

Çalışanların ilk evlilik yaşı 24.4±2.8 ve kendi bildirişi ideal evlilik yaşı ortalaması 24.5±2.2 olarak saptanmıştır. Ölçümler arasında grup içi korelasyon katsayısı 0.36 (%95 Güven Aralığı (GA)= 0.14-0.52) olarak saptanmıştır. Ölçümler arasında orta düzeyde tutarlılık vardır.

Tablo 3. Kadın sağlık çalışanlarının bazı doğurganlık özelliklerinin dağılımı

Doğurganlık Özellikleri	Sayı	%
Düşük		
Evet	41	23.6
Hayır	133	76.4
Kürtaj		
Evet	7	4.0
Hayır	167	96.0
Ölü doğum		
Evet	5	2.9
Hayır	169	92.1
Plansız/istemedenden gebelik		
Evet	35	20.1
Hayır	139	79.9
İki yıldan kısa aralarla doğum		
Evet	19	10.9
Hayır	155	89.1
TOPLAM	174	100.0

Tablo 4. Kadın sağlık çalışanlarının kullandığı gebeliği önleyici yöntem özelliklerinin dağılımı

Yöntem	Sayı	%
Modern Yöntem	126	72.3
OKS	22	12.6
Kondom	51	29.3
RIA	50	28.7
Tüp ligasyon	3	1.7
Geleneksel Yöntem	3	1.8
Takvim yöntemi	1	0.6
Geri çekme	1	0.6
Laktasyonelamenore	1	0.6
Yöntem Kullanmıyor	45	25.9
Menapozda	4	2.3
Şu anda gebe	21	12.1
Gebe kalmak istiyor	17	9.8
Yan etkiler	3	1.7
TOPLAM	174	100.0

Çalışanların ilk gebelik yaşı ortalaması 25.6±3.2 ve kendi bildirişi ideal

gebelik yaşı ortalaması 25.2±2.1 olarak saptanmıştır. Ölçümler arasında grup içi korelasyon katsayısı 0.50 (%95 GA= 0.33-0.63) olarak saptanmıştır. Ölçümler arasında iyi düzeyde tutarlılık vardır.

Kadın sağlık çalışanlarının bazı özelliklerinin gebelik sayısına etkisi incelendiğinde; 3 ve üstünde gebelik geçirme, doğum yeri Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde olanlarda(%36.1), eşinin mesleği esnaf olanlarda(%57.9), kronik hastalığı olanlarda (%44.8), eşinin eğitim düzeyi lise olanlarda(%33.3) daha fazladır (p<0.05). Kadın sağlık çalışanının eğitim durumu, mesleği ve ilk evlilik yaşının gebelik sayısına etkisi saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 6).

Gebelik sayısı üzerine bağımsız değişkenlerin etkisinin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 7'de gösterilmiştir. Lojistik regresyon modeline göre; kadın sağlık çalışanlarında 3 ve üzeri gebelik sayısı 35 yaş ve üstü olanlarda 6.0 kat, eşi esnaf olanlarda 3.9 kat daha fazladır (Tablo 7).

Tablo 5. Kadın sağlık çalışanlarının doğurganlığa bakış açılarına ilişkin bazı özelliklerin düzeyi

Özellikler	Ortalama ±standart sapma	Ortanca (Min-Mak)
İdeal ilk evlilik yaşı	24.5±2.2	25 (18-30)
İdeal çocuk sayısı	2.8±0.9	3 (1-5)
İdeal ilk gebelik yaşı	25.2±2.1	25 (20-30)
İdeal son gebelik yaşı	34.3±2.8	35 (25-44)
İdeal iki gebelik arasındaki süre	3.2±1.1	3 (2-10)
En az riskle doğurulabilecek en fazla çocuk sayısı	3.4-0.8	4 (1-6)

Tablo 6. Çalışanların bazı sosyo-demografik ve doğurganlık özelliklerinin gebelik sayısına göre dağılımı

Özellikler	Gebelik Sayısı				χ^2	p
	2 ve altı		3 ve üstü			
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Yaşı						
34 yaş ve altı	82	88.2	11	11.8	23.1	<0.001
35 yaş ve üstü	44	54.3	37	45.7		
İlk Evlilik Yaşı						
20 yaş ve altı	5	45.5	6	54.5	***	0.073
21 yaş ve üstü	121	74.2	42	25.8		
Mesleği						
Doktor	21	84.0	4	16.0	2.1	0.34
Ebe - Hemşire	88	30.2	38	69.8		
Teknisyen	17	73.9	6	26.1		
Eğitim Durumu						
Lise	12	66.7	6	33.3	2.5	0.47
Ön lisans	32	68.1	15	31.9		
Lisans	57	72.2	22	27.8		
Lisansüstü	25	83.3	5	16.7		
Doğum Yeri						
Güneydoğu Anadolu Bölgesinde	53	63.9	30	36.1	5.0	0.02
Diğer bölgelerde	73	80.2	18	19.8		
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu						
Evet	16	55.2	13	44.8	4.1	0.04
Hayır	110	75.9	35	24.1		
Eşin Mesleği						
Yüksek nitelikli ücretli/kendi hesabına	28	70.0	12	30.0	10.8	0.004
Beyaz yakalı/mavi yakalı işçi	90	78.3	25	21.7		
Esnaf**	8	42.1	11	57.9		
Eşinin Eğitim Durumu						
Lise**	14	53.8	12	46.2	8.2	0.04
Ön lisans	24	68.6	11	31.4		
Lisans	57	74.0	20	26.0		
Lisansüstü	31	86.1	5	13.9		

*Satır yüzdesi, ** Fark yaratan grup *** Fisher Kesin Ki Kare testi

Tablo 7. Kadın sağlık çalışanlarının gebelik sayısına etkisi olan değişkenlerin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon modeli

Etkileyen Faktörler	B	p	OR	%95 GA
Yaş (35 yaş ve üstü)	1.8	<0.001	6.0	2.7-13.2
Eşinin mesleği (esnaf)	1.3	0.012	3.9	1.36-11.7
Sabit	-2.1	<0.001		

Tartışma

Araştırmaya katılanların çoğunluğu genç çalışanlardan oluşmaktadır. Eşleri genellikle yüksek eğitim düzeyindedir. Eşinin mesleğine göre çoğunluğu orta/üst sosyal sınıftadır ve kent merkezinde yaşamaktadır. Yarıya yakını doğum yeri olarak Güney Doğu Anadolu illerinden birisini belirtmiştir.

Çalışanların meslekte de yeni oldukları söylenebilir. Şanlıurfa'da yapılan bir araştırmada bu çalışmadaki sonuçlara benzer şekilde sağlık çalışanlarının çoğunluğunun meslekte geçirdikleri sürenin ve Şanlıurfa'daki çalışma süresinin çok fazla olmadığı, bunun bölgedeki personel hareketliliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir.¹⁴

Şanlıurfa'daki kadın sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı Türkiye'deki kadın sağlık çalışanı dağılımına paralel olarak ebe-hemşireler oluşturmaktadır. Çoğu servislerde ve polikliniklerde çalışmaktadır.¹⁴ Sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu sağlık profesyoneli talebine paralel olarak çalışan kadınların da eğitim düzeyinin yüksek olması beklenen bir durumdur.

İlk evlenme yaşının küçük olduğu toplumlar genellikle erken çocuk sahibi olan ve doğurganlığı yüksek olan toplumlardır.¹⁵ Kadın sağlık çalışanlarının ilk evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı, TNSA 2013'de belirtilen tüm kadınların evlilik ortancası olan 21 yıl ve ilk gebelik ortancası 22.9 yıldan daha yüksektir.¹⁶ Canbaz ve arkadaşları²da kadın sağlık çalışanlarında ilk evlilik ve ilk gebelik yaşını toplumdaki diğer kadınlar ile karşılaştırmışlardır. Bu sonuçlarda, kadın sağlık çalışanlarının ergenlik ve gençliklerindeki önemli bir süreyi eğitimlerini sürdürerek geçirmelerinin ve bu süreç içinde aldıkları eğitimin yaşamlarında yarattığı değişikliklerin önemli bir katkısı vardır. Nitekim, araştırmalar, eğitimsiz kadınların daha erken yaşlarda evlendiğini ve buna bağlı olarak doğurganlığın erken yaşta başladığını ortaya koymaktadır.¹⁶

Bu araştırmanın sonuçlarına benzer olarak, Öztürk'ün¹⁷ Afyon'da yaptığı

çalışmada ortalama gebelik sayısı 1.7 ± 1.1 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.3 ± 0.8 olarak belirtilirken; Dünder'in¹⁸ Samsun'da yaptığı çalışmada evli ebelerde ortalama gebelik sayısı 2.1 ± 0.9 , ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 1.8 ± 0.6 olarak belirtilmektedir. TNSA 2013'de ise halen evli kadınlarda yaşayan ortalama çocuk sayısı 2.2 olarak belirtilmektedir.¹⁶ Bu sonuçlar ışığında, sağlık çalışanı kadınların Türkiye'deki evli kadınlardan daha az çocuk sahibi oldukları ve gebeliklerinin sonucunda çocukların çoğunun hayatta kaldığı söylenebilir. Kadınların yüksek düzeyde eğitilmiş ve sağlık profesyoneli olması, doğurganlık kontrollerinin yüksek olması göz önünde bulundurulduğunda bu beklenen bir sonuçtur. Başka bir araştırmada, bu eğilimin ortaya çıkmasında, eğitilmiş ve geliri yüksek olan kadınların daha az doğurarak fırsat maliyetlerini arttırma çabasının olduğu belirtilmektedir.¹⁹

Kendiliğinden düşük ve ölü doğumlar genellikle kadınların kendi kontrolü dışında gerçekleşen olaylardır. Özellikle kadın sağlık çalışanları üreme sağlıkları ile ilgili pek çok konuda başarılı olmalarına rağmen çalışma ortamlarından kaynaklı ve üreme sistemi üzerine olumsuz etkisi olan pek çok ortam faktörlerine de maruz kalabilmekte ve bu faktörlerin ölü doğum, düşük, düşük doğum ağırlıklı bebek ve infertilite gibi olumsuz sonuçları ile de karşılaşabilmektedir.³ Bu araştırmada doğrudan ortam faktörlerine yönelik bir bulgu elde edilmemiş olmakla birlikte kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık dönemleri boyunca yaşadıkları kendiliğinden düşük ve ölü doğum düzeyi TNSA 2013'te belirtilen sırası ile %22.8 ve %3.3 değerlerinden çok küçük bir yükseklik göstermektedir.¹⁶

Plansız/istenmeyen gebelikler, gebeliğin isteyerek sonlandırılması ve iki yıldan kısa aralarla doğum öyküsü, çiftlerin doğurganlıklarını ne kadar başarıyla kontrol edebildiklerini gösteren önemli göstergelerdendir. Bu araştırmada sağlık çalışanı kadınların da toplumdaki diğer kadınlar gibi planlanmamış gebelikler yaşadıkları ve gebeliklerini isteyerek sonlandırdıkları görülmektedir. Ancak, 2013 TNSA'ya göre evli kadınların %23.7'sinin gebeliklerini planladıklarını/

istememediklerini, %13.5'i en az bir kez gebeliğini isteyerek sonlandırdığı göz önüne alındığında sağlık çalışanı kadınların gebeliklerini kontrol etmede daha başarılı oldukları söylenebilir. Ancak, bu hizmetleri bilen ve sunan profesyoneller olduğu göz önüne alındığında ise gebelik kontrolünde daha başarılı olmaları beklenmektedir. Bazı yazarlar tarafından isteyerek düşük düzeyinin eğitim durumu en yüksek olan kadınlarda daha fazla gözlemlendiği belirtilse de, 2013 TNSA'da eğitim durumuna göre farklılaşma olmakla birlikte isteyerek düşükler ve eğitim durumu ile ilgili belirgin bir örüntü bulunmadığı belirtilmektedir.^{16,20}

Öte yandan 2013 TNSA'da belirtildiği gibi toplumun %17.5'inin de iki yıldan daha kısa aralıklı doğum öyküsü varken¹⁶ sağlık çalışanlarında doğum aralığı kontrolü daha başarılıdır. Nitekim bu araştırmada kadın sağlık çalışanlarının yaklaşık dörtte üçünün gebeliği önleyici herhangi bir modern yöntem kullandığı belirlenmiştir. Ancak, kadın sağlık çalışanlarının hem eğitim düzeyinin yüksek olması hem de konunun profesyonelleri olmaları nedeniyle hayatlarının bir döneminde gebelik kontrolünde başarısızlık yaşamış olmaları başka araştırmalarda da incelemeye değer bir durumdur.

Gebelik kontrolü için modern yöntem kullanımı kadın sağlık çalışanlarında %72.3 gibi yüksek bir düzeyde iken TNSA 2013'de belirtildiği gibi Türkiye'deki evli kadınlarda %47 düzeyindedir.¹⁶ Sağlık çalışanlarında modern yöntem kullanımını benzer şekilde Öztürk¹⁷%86, Dünder¹⁸%83.2 olarak yüksek düzeyde ve en çok tercih edilen ilk iki yöntemi de kondom ve RİA olarak bildirmektedir. Kondom kullanımının yüksek olması eşlerin katılımını göstermesi açısından da önemli bir sonuçtur. Dünder¹⁸tarafından da belirtildiği gibi gebelik önleyici yöntem kullanmayanların kullanmama nedeninin çoğunlukla gebelik isteği olması sağlık çalışanlarında olması beklenen davranışlardandır.

Sağlık çalışanı kadınlar sahip olacakları çocuk sayısına kendileri ya da eşi ile birlikte karar vermektedir. Cinsiyet

tercihine göre doğum yapma davranışı da çok düşük düzeydedir. Kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi, iş ve meslek sahibi olmaları karar verme sürecine katılmalarını ve toplumsal cinsiyet temelli davranışlardan da uzaklaşmalarını kolaylaştırmaktadır.

Araştırmalar, Türkiye'de kadınların bildirdiği ideal çocuk sayısının iki ile üç arasında değiştiğini göstermektedir.^{16,21,22}Bu durum, bu araştırmanın sonuçları ile de uyumludur. Sağlık çalışanlarının yaşayan çocuk sayısının ideal çocuk sayısından düşük olması muhtemelen üreme dönemini tamamlamamış daha genç kadınların da araştırmada yer almasından kaynaklanmış olabilir. Sağlık çalışanı kadınların gebelik sayısı kadar yaşayan çocukları olması da olumlu değerlendirilmesi gereken bir sonuçtur.

Kadın sağlık çalışanlarının tamamına yakını ideal doğum şeklinin normal vajinal doğum olduğunu belirtmektedir. Yapılan pek çok araştırmada da kadınların çoğunun ideal doğum şekli olarak normal vajinal doğumu ifade ettikleri ve normal doğumu sezaryen doğuma daha üstün buldukları belirtilmektedir.^{23,24}

Sağlık çalışanı kadınların bildirdikleri ideal ilk evlilik yaşı ve ilk gebelik yaşı ile deneyimledikleri ilk evlilik yaşı ve ilk gebelik yaşı arasında orta ya da iyi düzeyde tutarlılık olması beklenildiği gibi bu kadınların kararlarında isabetli davrandıklarına işaret etmektedir.

Genel olarak yaşla birlikte çocuk sayısının arttığı görülmektedir. Özellikle 41-49 yaş aralığında daha fazla belirginleşmektedir.¹⁹

Kadınlar çocuk sahibi olma kararını büyük oranda kendileri ya da eşleri ile birlikte aldıklarını ifade etmektedirler. Ancak, eşin esnaf olması gebelik sayısını arttıran bir faktördür. Bu artan gelir ya da erkeğin eğitim düzeyi ile ilgili bir sonuç olabilir. Nitekim Selim ve Üçdoğruk¹⁹Türkiye'deki yedi ilin verilerini kullandığı çalışmasında yukarıdaki açıklamalara uygun olarak kadının sürekli işinden elde ettiği gelirdeki artış, kadınların zaman maliyetini artırdığından çocuk sayısı ile negatif ilişkili ancak hanehalkı gelirinin

çocuk sayısı ile pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yine Kutlar'da²⁵uzun vadede ücretle çocuk sayısı arasında pozitif ilişki olduğunu vurgulamaktadır.

Sonuç ve öneriler

Kadın sağlık çalışanları aileleri ile birlikte orta ve üst sosyal sınıftadır. İlk evlilik ve ilk gebelik yaşları ortancası riskli sınırlarda değildir. Sahip oldukları çocuk sayısı nüfus yenilenme sınırına yakındır. Beklenildiği gibi, kadın sağlık çalışanları etkili doğum kontrol yöntemleri kullanmaktadır ve gebeliği önleyici yöntem kullanmama nedenleri çoğunlukla gebe olmaları ya da gebelik istemeleri ile ilişkilidir. Küretaj, ölü doğum gibi olumsuz sonuçlarla karşılaşma durumları düşüktür. Doğurganlıkları ile kararlarında belirleyici durumdadır. Gebelik kontrolleri oldukça yüksek olmakla birlikte zaman zaman başarısızlıklar da yaşanmaktadır. Bu olumlu tabloda sağlık bilgisine sahip olmaları, yüksek eğitilmiş olmaları ve ekonomik olarak hayatlarını kazanabilme yeteneklerinin olması muhtemel belirleyicilerdir. Tüm kadınların bu olanaklara ulaşması hayatlarına yön vermeleri açısından gereklidir.

Kaynaklar

1. Urhan B, Etiler N. Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. *Çalışma ve Toplum* 2011;2(29):191-215.
2. Canbaz S, Sünter AT, Süren C, Pekşen Y. Kadın sağlık çalışanlarının doğurganlık özellikleri, gebelik ve doğum sonu dönemdeki çalışma koşulları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005;6(2):39-44.
3. Mesleki Güvenlik ve Sağlık Ulusal Enstitüsü. İşyeri Tehlikelerinin Kadın Üreme Sağlığına Etkileri 1999 [online]. Erişim yeri: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-104/pdfs/99-104.pdf>. Erişim tarihi: 22.02.2016.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye İstatistik Yıllığı 2013[online]. Erişim yeri: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=1. Erişim tarihi: 22.02.2016.
5. Özsoy AS, İz BF. Toplumsal yapıda hemşirelerin konumu. *Toplum ve Hekim*. 2005;20(4):254-258.
6. Leith LH. Why do women still earn less than men? *Monthly Labour Review* 2014[Online]. Erişim yeri: <http://www.bls.gov/opub/mlr/2014/beyond-bls/pdf/why-do-women-still-earn-less-than-men.pdf>. Erişim tarihi: 24.03.2016.
7. Bayrakçeken T. Kadın Hekimler Açısından Mesleki Kimliğin Anlamı. 2. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi, Ankara, 2010:134-136.
8. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;9(2):26-34.
9. Oran T, Turgay S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık davranışları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006;22(2):281-291.
10. Alıcı S, Sarıkaya Ö. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi* 2009;2(3):95-101.
11. Şimşek H. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2011;25(2):119-126.
12. Akın A, Özvarış ŞB. Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. İçinde: Güler Ç, Akın L (Eds.): Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Genişletilmiş ikinci baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012:220-233.

13. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları; 2004.
14. Koruk İ, Tekin-Koruk S, Tuncer K, Demir C, Kara B, Şeyhanoğlu AS. Şanlıurfa'da Sağlık Çalışanlarının Mesleki Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Aşılama Düzeyi. *Klinik Dergisi* 2014;27(2):48-56.
15. Özvarış Ş. Doğurganlığın Düzenlenmesi. *Sağlık ve Toplum* 1998;8(3-4):45-48.
16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Erişim yeri: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim tarihi: 27.03. 2016.
17. Öztürk Ç. Sağlık Personelinin Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)Gülengül Köken, Afyon,2009.
18. Dündar C, Kaynar E, Pekşen Y. Samsun ili merkez sağlık ocaklarında çalışan evli ebelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;12(4):243-246.
19. Selim S, Üçdoğruk Ş. Sayma veri modelleri ile çocuk sayısı belirleyicileri: türkiye'deki seçilmiş iller için sosyoekonomik analizler.*Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2003;18(2):13-31.
20. Sak ME, Evsen M, Sak S, Çaça F. Kontrasepsiyon yöntemlerinin etkinliği ve kadınların eğitim düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da bir ilçe örneği. *Dicle Tıp Dergisi* 2008;35(4):265-270.
21. Altuntaş F, Madya AS. Bolu Dörtdivan İlçesi'nde aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2011;1(1):1-7.
22. Cangöl S. Lalapaşa Merkez İlçe'de yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumları. (yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Galip Ekuklu, Edirne,2010.
23. Duman Z, NG K, Şahin K, Coşar E, Arıöz D, Aral İ. Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. *Perinatoloji Dergisi* 2007;15(1):1-7.
24. Çakmak B, Arslan S, Nacar C. Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri.*Fırat Tıp Dergisi* 2014;19(3):122-125.
25. Kutlar A, Erdem E, Aydın FF. Kadınların işgücüne katılması ile doğurganlık, boşanma ve ücret haddi arasındaki ilişki: Türkiye üzerine bir araştırma.*Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi* 2012;7(1):149-168.