

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ

**NİJER - ZINDER BÖLGESİNDE YAŞAYAN
15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN
ÜREME SAĞLIĞI DURUMU**

(Yüksek Lisans Tezi)

Mahammani Imrana AKİLIOU ALİ

Referans no: 10043694

EDİRNE – 2014

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ

**NİJER - ZINDER BÖLGESİNDE YAŞAYAN
15-49 YAŞ GRUBU KADINLARIN
ÜREME SAĞLIĞI DURUMU**

(Yüksek Lisans Tezi)

Mahammani Imrana AKİLİOU ALİ

Tez No:

EDİRNE – 2014

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Doç. Dr. Burcu TOKUÇ danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Mahamane İmrana AKİLOU ALİ tarafından tez başlığı “Nijer-Zinder Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumu” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 07/07/2014 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Yüksek Lisans Tezi**” olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK
JÜRİ BAŞKANI


Doç. Dr. Burcu TOKUÇ
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Vedat UĞUREL
ÜYE


Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Hayatımın her döneminde bana her türlü desteği sağlayan Annem ve Babama sonsuz teşekkür ederim. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda eğitimim boyunca bana katkıda bulunan ve sabır ile yol gösteren sevgili danıőmanım Doç. Dr. Burcu TOKUÇ'a, eğitim boyunca destek veren değerli hocalarım, Prof. Dr Faruk YORULMAZ, Prof. Dr Muzaffer ESKİOCAK, Prof. Dr Galip EKUKLU'ya teşekkür ederim. Yardımlarıyla destek olan bütün arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
SAĞLIK.....	3
ÜREME SAĞLIĞI	3
KADIN SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	6
KADININ STATÜSÜ	8
AŞIRI DOĞURGANLIĞIN ANNE VE ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİSİ.....	10
NİJER'DE DOĞURGANLIK	10
GÜVENLİ ANNELİK	11
NİJERDE ÜREME SAĞLIĞI MEVZUATI.....	14
NİJER: SOSYO-EKONOMİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	16
ÇALIŞMA BÖLGESİ: ZİNDER	18
GEREÇ VE YÖNTEMLER	21
BULGULAR	25
TARTIŞMA	38
SONUÇ VE ÖNERİLER	49
ÖZET	53
SUMMARY	55
FRANSIZCA ÖZET	57
KAYNAKLAR	59
RESİMLER LİSTESİ	65
ÖZGEÇMİŞ	67
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

- AÇS-AP** : Ana çocuk sağlığı Aile Planlaması
- AIDS** : Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
- AP** : Aile planlaması
- CFA** : Franc de la Communauté Finaciere Africaine (Eski Fransız Somurgesi Olan Ülkelerin kullanılan Para Birimi)
- CYBH** : Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
- DÖB** : Doğum Öncesi Bakım
- DSB** : Doğum Sonrası Bakım
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- DY** : Değerlendirme Yapılamamıştır
- HIV** : Human İmmuno Deficiency Virus(İnsan Bağışıklık Yetersizliği Virüsü)
- FNUAP** : Fonds des Nations Unies pour la Population (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
- Maks** : Maksimum
- Med** : Median
- Min** : Minimum
- RIA** : Rahim İçi Araç
- TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- UNFPA** : United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
- UNICEF** : United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara yardım Fonu)

GİRİŞ VE AMAÇ

1960'lı yıllarda başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyada, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusunda artan bir duyarlılık gelişmeye başladı. 1970'lerdeki demografi ağırlıklı yaklaşım 1980'lerde yerini, sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'larda ise, insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır. Bu süreçte; çok sayıda hükümetin, uzman kuruluş temsilcilerinin katılımıyla, Bükreş'te (1974), Mexico City'de (1984) ve Kahire'de (1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının, sürdürülebilir kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur (1).

“Üreme Sağlığı” 1994 Kahire Konferansında ilk kez ifade edilen ve tüm dünyada kabul gören bir kavram olmuştur. Devletlerin, kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı da içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil, tüm sağlık hizmetlerine evrensel ulaşılabilirliğin sağlanması için gereken bütün önlemleri alması gerektiği ilkesi kabul edilmiştir (1).

Nijer'de de üreme sağlığı ilk olarak 18.02.2005'de Bakanlar Kurulu'nda kabul edilen Sağlık Geliştirme Planı'nda vurgulanmıştır. Bu planda; ülke nüfus politikası (2002 – 2011) belirlenmiş ve ülkede yoksulluğa karşı stratejik eylem planları ortaya konmuştur. Planın amaçlarından biri de sağlık sisteminin kalitesi yükseltilerek ana ve çocuk ölümlerini azaltmaktır. Bunun içinde planda üreme sağlığına önem verilmiştir (2).

Bu çalışmanın amaçları, Nijer – Zinder bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların;

- Doğurganlık özelliklerini belirlemek,
- Üreme sağlığı hizmetlerine erişimlerini ve kullanım oranlarını belirlemek,

- Doğum öncesi ve sonrası bakım alma oranlarını belirlemek,
- Aile Planlaması yöntemlerini kullanım oranlarını belirlemek
- Son bir yıl içinde doğumların gerçekleştiği yer, doğuma yardım eden kişi bakımından durumu değerlendirmek,
- Bunları etkileyen kimi etmenleri belirlemek ve
- Araştırma sonunda elde edilen verilerin irdelenmesiyle, daha iyi üreme sağlığı hizmeti sunulabilmesi için, Türkiye deneyimlerinden de yararlanılarak çözüm önerileri geliştirerek, bölgesel sağlık planlamasına katkıda bulunmaktır.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, sağlık şöyle tanımlanmıştır; herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması ve beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyi olma durumudur. Sağlığı etkileyen ana faktörler %10 sosyal koşullar; %8 tıbbi koşullar; %7 iklimsel koşullar; %15 kalıtsal koşullar; %60 yaşam biçimidir (3).

ÜREME SAĞLIĞI

Dünya Sağlık Örgütü; sağlığın tanımında olduğu gibi, üreme sağlığını “Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam iyilik halinin olmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (4). Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (4).

Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, üreme sağlığı herkesi ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkes, yaşamlarındaki bazı zamanlarda, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçlarına sahiptir. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin birçok faktörün kümülatif etkisi ile oluştuğunun bir kez daha önemle vurgulanması söz konusudur. DSÖ, bu bütüncül yaklaşımla, ailelerin, çocukların, adolesanların ve kadınların sağlığını geliştirici-destekleyici programları gündeme getirmektedir (4).

Üreme Sağlığının Amaçları

DSÖ üreme sağlığı programlarının hedefleri olarak; bireylerin; sağlıklı, eşit ve sorumlu ilişkiler, cinsellik, sağlıklı cinsellik, sağlıklı cinsel gelişme ve olgunlaşma için kapasitelerini geliştirebilmelerinin, bireylerin üreme ile ilgili kararlarını (çocuk sayısı ve çocuklarının zamanlamasına) güvenli ve sağlıklı bir şekilde uygulayabilmelerinin sağlanması olarak belirtmektedir. Ayrıca bireylerin, cinsellik ve üremeye bağlı hastalık ve sakatlıklardan ve ihtiyaç duyduğunda uygun danışmanlık, bakım ve iyileştirme alabilmelerinin sağlanmasını da hedefler içerisinde belirtmektedir (5).

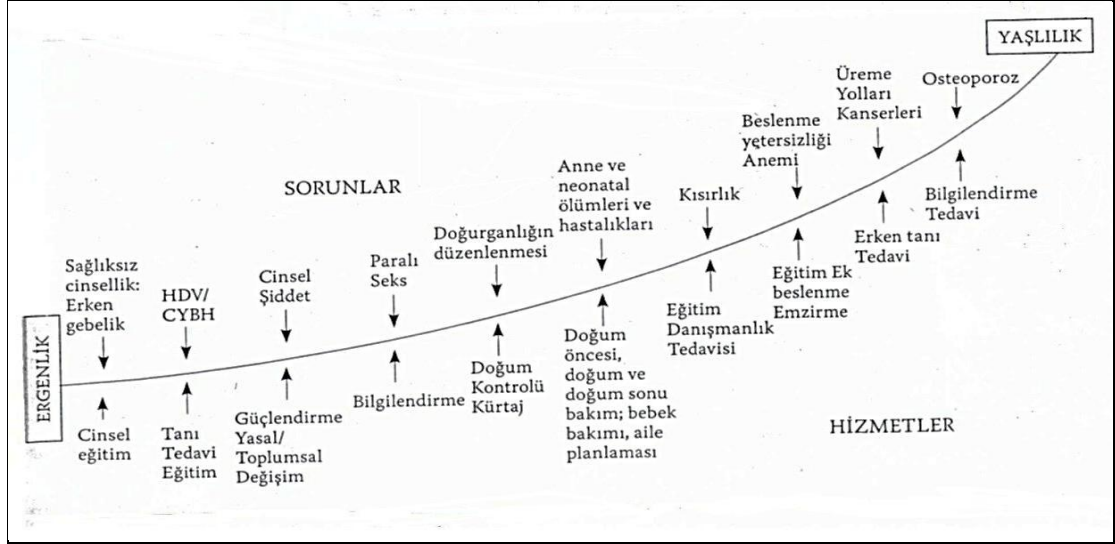
Üreme sağlığının amaçları (5);

- Üreme sağlığı ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olmak
- Aile planlaması hizmetleri sağlamak
- İstenmeyen gebeliklerden korunma yöntemleri sağlamak, yüksek riskli gebelik, hastalık ve anne ölümlerini azaltmak
- Erkeklerin kadın sağlığının kalitesinin yükselmesinde katkıda bulunmasını teşvik etmek
- Bebeklerin anne sütü ile beslenmesini sağlamak
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve komplikasyonları ile mücadele etmek
- Cinsellik konusunda kadın ve erkek eşitliği gelişmesine yol açmak
- Cinsel ve üreme hakları konusunda kadın ve erkeğe eğitim vermek ve sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlamak.
- Erken yaştaki gebelikleri azaltmaktır.

Kahire Konferansı'nda (1994) ele alınan kavramlardan bir diğeri de "Üreme Hakları"dır. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet ve baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve özellikle adolesan döneminde başlanarak, post menopozal ve yaşlılık dönemi de dâhil üreme sağlık hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır. Günümüzde üreme sağlığı alanında, cinsel sağlık ve aile planlamasını da içine alacak şekilde, hükümetlerin ve toplum katılımlı politika ve programların, "Herkes İçin" bu haklar temelinde olması önerilmektedir (5).

Üreme Sağlığı Kapsamındaki Hizmetler

Kadın sağlık sorunları genellikle adolesen dönemin doğurganlık olayları ile birlikte başlayıp postmenopozal döneme kadar sürer. Bu dönemin her kademesinde kadının cinsel ve üreme sağlığı sorunlarına ve ihtiyaçlara bakarak sağlık hizmetleri verilmesi gerekmektedir. Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınmalıdır.



Şekil 1. Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri (5)

- Sorumlu üreme ve cinsel davranışı, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-egitim ve iletişim
- Yaygın ve kapsamlı aile planlaması hizmetleri ve danışmanlığı
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; DÖB, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım ve emzirme
- CYBH ve infeksiyonları kontrol etmek ve AIDS ile mücadele
- İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi
- Güvenli olmayan düşükler ile mücadele etmek ve yapmış olanlara gereken sağlık hizmetinin verilmesi
- Dengeli ve sağlıklı beslenme sağlanması
- Bebek ve çocuk sağlığı
- Adolesan sağlığı ve cinselliği
- Sağlıklı yaşam biçimi
- Çevresel faktörlerin düzenlenmesi
- Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi

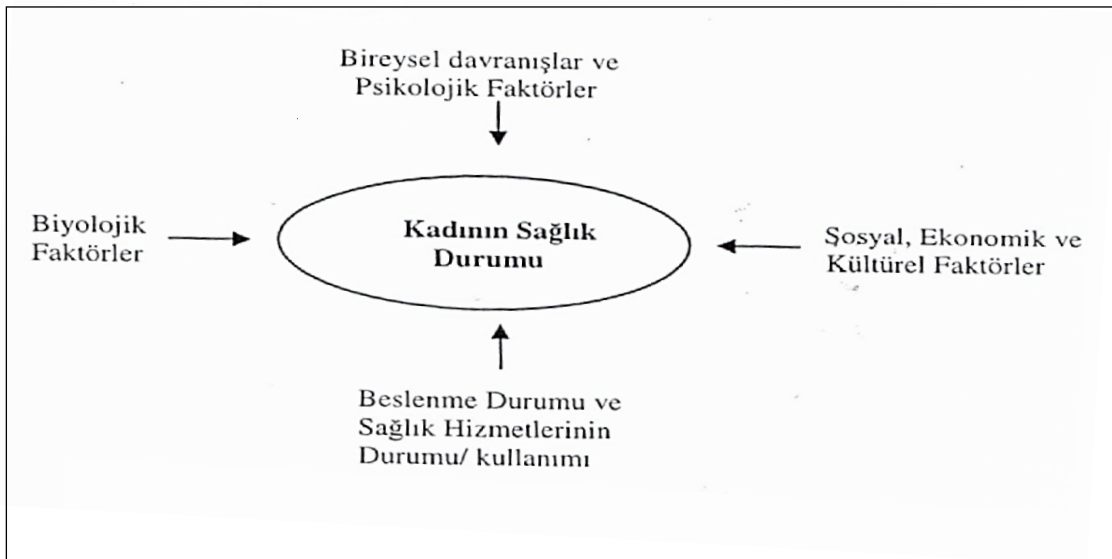
Sunulması gereken tüm bu hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında süreklilik ve bütüncülük yaklaşımı ile ele alınması gereken hizmetlerdir. Bu hizmetlerde gerekli olduğu zaman ikinci ve üçüncü basamağın destek hizmette bulunmaları gerekmektedir.

Kahire Konferansı'ndan (1994) sonra ülkeler, eski "Ana-Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması" geleneksel yaklaşımlarını değiştirerek, kadın ve aynı anda erkek için yaşam boyu yaklaşım ile zararlı geleneksel uygulamaların (genital mutilasyon gibi), adölesan cinselliği, istenmeyen gebelik, erken yaşta evlilik ve sağlıksız düşükler, maternal morbidite ve mortalite, CYBH (HIV/AIDS), genital enfeksiyonlar, üreme organları malignensileri, prolapsuslar, cinsiyet temelli kadına yönelik şiddetin de üreme sağlığı kapsamında ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır (6).

Üreme sağlığı hizmetlerinin yeni görüşe göre, birey ve toplumun yaşam boyu uygun kontraseptif seçenekler sunarak, insanların bilinçli-özgür seçim yapmalarını sağlayan, hizmet veren ve alan arasındaki etkileşimi olası kılan, üreme hedeflerinin gerçekleştirilmesine yardımcı ve üreme organları ve işlevleri ile ilgili hastalıklar ve yaralanmaları önleyici nitelikte olması gerekmektedir (6).

KADIN SAĞLIĞINA ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kadın sağlığı, bulunduğu toplum ve ailenin psiko-sosyal şartları, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerin durumu gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Aşağıdaki şekil kadın sağlığını etkileyen faktör ile ilgili bilgi vermektedir.



Şekil 2. Kadın sağlığının belirleyicileri (7)

Kadın Sağlığın Belirleyicileri

Kadın sağlığının belirleyicisi olan faktörler aşağıda verilmiştir.

Aile ve Toplumda Kadının Yeri

- Eğitim, iş, kazanç, sosyal ve yasal özerklik
- Toplumda ailenin yeri
- Ailesel kazanç, özellikleri, aile bireylerinin eğitimi ve meslek
- Toplumun özellikleri
- Toplumun ekonomik düzeyi
- Toplumun mevcut kaynakları ve kaynakların dağılımı

Kadının Kişisel Sağlık Durumu İle İlgili Faktörler

- Beslenme durumu
- Kadının sağlık öyküsü
- Geçmişte gebelik ve gebelik ile ilgili sağlık komplikasyonları
- Doğurganlık durumu
- Gebelikteki yaş
- Gebelik sayısı
- Evlilik durumu

Sağlık Hizmetleri İle İlgili Faktörler

- Sağlık hizmetlerinin var olup olmadığı, hizmetlerin ulaşılabilirliği, temel sağlık hizmetlerinin, aile planlamasının, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerinin ulaşılabilir ve kabul edilebilir olarak nitelikli veriliyor olması,
- Temel sağlık hizmetleri yaygınlığı ve ulaşılabilirliği,
- Temel sağlık hizmetleri, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin niteliği ve kabul edilebilirliği,
- Temel sağlık Hizmetleri, aile planlaması, temel ve kapsamlı obstetrik hizmetlerin kullanımı,

Sonuç olarak kadın, bütün bu belirleyici faktörlerin durumuna ve etkileşme derecesine göre, ya sağlıklı olarak yaşam sürdürecektir ya da akut veya kronik hastalıklar ve bunların sakatlık ve ölüm gibi kadın sağlığına olumsuz sonuçları ile karşı karşıya gelecektir (6).

KADININ SATÜSÜ

Kadının genel sağlık durumu kendi içinde bulunduğu toplumun gelişmişliği ve statüsü ile yakından ilgilidir. Kadın sağlık düzeyini yükselme programlarında, kadının sağlığını olumsuz etkileyen tutum, kültür, alışkanlık, davranışlar ile mücadele etmek gerekir (7).

Gelişmekte olan ülkelerin anne ölüm nedenleri genellikle kanama, toksemi ve sepsis olarak kayıtlara geçmektedir. Böyle ise bir gebeliğin sonucu ve buna bağlığı olabilecek anne ölümü, kadının toplum içindeki yeri, ekonomik durumu ve çevresel faktörlerin rolü gibi koşulların doğrudan etkisi altındadır.

Anne ölümlerinin yüksek olduğu yerlerde kadınların sosyal statüsü de düşüktür. Bu ilişki tesadüf değildir. Cinsiyet ayrımcılığının çoğu zaman anne ölümlerine katkıda bulunduğu algılanmamaktadır. Daha çok sağlık açısından toplumu etkileyen yoksulluk ve az gelişmişlik gizli kalmıştır. Ayrıca ölümlerin sosyo-kültürel nedenlerine bakılmaksızın biyomedikal ve klinik nedenleri üzerinde durulmaktadır (7).

Kadın Statüsü Etkileyen Bazı Faktörler

Eğitim: Gelişmekte olan ülkelerin sosyal yapısı, az gelişmişlik kadın ve erkek arası eğitimde eşitsizlik göstermektedir. Bunun temel nedeni aile içindeki organizasyon, düzeni ve kişisel görev dağılımı ve yönetimidir. Kadın ve erkek arası eşitsizliğin en büyük belirgin göstergesi okur-yazar oranıdır. Nijer’de 2012 yılında kaba okullaşma oranı %84.1 iken, kadınlara özel okullaşma oranı %79.7, erkeklerin %88.6 olmaktadır (8).

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde örneğin, Mauritani’da gençlerin okur-yazarlık oranı erkekler için %71,6 iken kadınlarda %66,2, Nijeria’da %75.6’e karşı %85,8’dir. Türkiye’de 2012 yılında %99,4’a karşı %97,9. Bu eşitsizlik hala devam etmektedir (9).

Kadının statüsü ve üreme sağlığı son yıllarda gündemde olan ve tartışılan konulardan biridir. Kadın kendi doğurganlığı üzerinde zaman geçtikçe daha yetkili ve söz sahibi olmaktadır.

Araştırmalara göre kadının eğitimi ve kadının para getiren bir işte çalışması üreme sağlığını olumlu etkilemektedir. Günümüzde uygulanması gereken ağdaş yaklaşım, kadınların gereksinimlerini sadece “anne” olarak değil, yaşamın her alanında “kadın” olarak ele alınmasını gerektiğidir.

Ekonomi: Bir yandan, sosyo-ekonomik durum kadın üreme sağlığının belirleyicisi olmaktadır. Dünya’da bugün bir milyardan üzerinde insan yoksulluk içinde yaşamaktadır. Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım örgütü yeterli gıda üretiminin olduğunu bildirmektedir,

ancak bunun dağılımı eşit değildir. Gıda eksikliğinden ilk olarak kadın ve çocuk sağlığı ve yaşamı etkilenmektedir (8).

Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe, daha iyi ücretlendirme ve sosyal güvenlik imkanları artmaktadır. Kadınlar bugüne kadar iş piyasasında ve genel olarak ekonomik anlamda kendi kendine yetme konusunda erkeklere göre eşitsiz durumdadır. Bu nedenle kadınların statüsünü yükseltme eylemlerinin de ekonomik boyutlar önemli yer tutmaktadır (10).

Kadın Statüsü ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca kadın gebelik süresince sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır. Statüsü düşük olan kadınların sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği garantilenememektedir. Eğitim, kadının sağlık hizmetlerinden yararlanmasında önemli öge olmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan kadınları sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır. Modern sağlık kuruluşlarını bilmemesi, yabancı yerlerde olması ve aynı zamanda geleneksel görüşlerden dolayı ailelerin ve eşlerinin izni olmadan kadınlar sağlık hizmeti alamamaktadırlar (13). Gelişmekte olan ülkelerde kadınların sadece % 65'i DÖB hizmeti alabilmektedir. Afrika'da gebe kadınların %63'ü DÖB almaktadır (11).

AŞIRI DOĞURGANLIĞIN KADIN, ANNE VE ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİSİ

Dünya'da her bir dakika içinde bir kadın doğum ile ilgili komplikasyonlardan ölmektedir. Bu da yıllık yaklaşık 529 000 kadın demektir ve bu ölümlerin çoğu gelişmekte olan ülkelerdedir. Anne ölümlerinin en büyük bölümü doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde olmaktadır ve %80'i doğrudan gebelik ile ilişkili nedenlere bağlı olan kanama, enfeksiyon, güvenli olmayan koşullarda düşük, gebelik hipertansiyonu gibi hamilelik ile direkt alakalı anne ölüm nedenlerinin çoğu, kadınların doğum sırasında ve doğumdan sonra yeterince bakım almasıyla önlenmektedir. Ne yazık ki doğumlar eğitimli sağlık personel yardımı ile olmamaktadır. Sağlık personeli olduğu zamanda acil ve hızlı bir şekilde hizmet alınamamaktadır. Bu trajik durumlara karşı çeşitli sözleşmeler yapılmıştır (İnsan Hakları Sözleşmesi, Kadınlara Yönelik Herhangi Ayrımcılığı Yok etme Konvansiyonu vb.) (12).

Gebe kadın ve çocuğun sağlığını riske atan durumlar şunlardır:

- Anne yaşının 18 ve daha küçük olması
- Anne yaşının 35 ve daha büyük olması
- Doğum sayısının 5 ve üzerinde olması
- Gebelik aralığının 2 yıl ve daha kısa olması

Bu özelliklerden biri veya birkaçının olduğu hallerde “Riskli Gebelik”ten söz edilir ve nerede aşırı doğurganlık varsa riskli gebelik yaygındır (7). Riskli gebeliklerin varlığında; anemi, gebelik komplikasyonları, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlar, annenin tükenme sendromu gibi durumlar ve bütün gebelik ile ilgili morbidite ve maternal mortalite artar.

Sonuçta aşırı doğurganlığın kadın sağlığına doğrudan olumsuz etkisi vardır. Aşırı doğurganlık, hızlı nüfus artışı sağlar, dolayısıyla göç hızı, plansız kentleşme, işsizlik, barınma sorunları, çevresel sorunlar, eğitim, sağlık alanı üzerinde sağlık alt yapı yetersizliği ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi, demografik yatırımların artması, sosyo-ekonomik sorunların yükünün atmasına neden olur. Bu yönlerden aile ve toplum sağlığını olumsuz etkiler.

NİJER’DE DOĞURGANLIK

2012 yılın Demografi ve Sağlık Verileri’ne göre Nijerli kadınların %16’sı ve erkeklerin %21’i 15-19 yaş grubundadır. Kadınların yaklaşık %20’si ve erkeklerin %15’i 25-29 yaş grubu arasındadır. Bu rakamlar ülkenin nüfusunun genç olduğunu göstermektedir (8).

Medeni duruma bakıldığında ise kadınların %89’u ve erkeklerin %65’i evli durumundadır. Kadınlar, Erkeklerle göre daha erken evlendiği için bekar erkek (%88) oranı bekar kadınlardan (%8) daha yüksektir. Ters olarak aynı yaştaki boşanmış, dul, parçalanmış aile oranı %4 ile kadınlarda erkelere göre (%2) daha yüksektir (8).

Nijer’de doğurganlık hızı Afrika Sahra-altı ülkeleri içinde en yüksek seviyededir. Modern kontraseptif yöntem kullanım oranı neredeyse %4’lerde ve anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 920 şeklindedir. Doğumların %95’i evde ve sağlık personeli yardımı olmadan yapılmaktadır. Öte yandan kadın sağlığını tehlikeye atan kadın cinselliğine yönelik şiddet (kadın sünneti gibi) davranışları yaygındır. 2001 yılında fistül ameliyatı olmuş kadınların %22’si böyle benzer olaylar yaşamışlardır. Erken evlilik yaygındır ve sonucunda gerçekleşen doğumlara bağlı kadınlarda veziko-vajinal fistül gelişme riski artmaktadır (13).

Nijer’de 100 000 doğumda 648 kadın ölmektedir. Yani Nijer annelerin en fazla riskte olduğu ülkelerden biridir. Nijer için yeni Yüzyıl Kalkınma Hedefleri’nin amacı anne ölümlerini 2015 yılına kadar yarıya düşürmek ve yeni doğan ölümlerini 1/3 oranında azaltmaktır. Ulusal sağlık geliştirme planı 2005-2009 değerlendirmesi, Nijer’in üreme sağlığının gelişmesini engelleyen faktörleri şöyle saptamıştır:

- Sağlık kuruluşlarına gelmeye karar vermede gecikme

- Sağlık kuruluşlarına gelmede gecikme
- Profesyonel sağlık hizmeti almada gecikme (sağlık personeli eksikliği ve kalite yetersizliği, ilaç ve araç-gereç eksikliği, hizmetlerin organizasyonu) (14).

GÜVENLİ ANNELİK

Anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetleri verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır (6).

Gebelik ve doğum ile alakalı hastalık ve komplikasyonlar 15-49 yaşlar arası kadınlarda daha fazla meydana çıkmaktadır. Dünya’da yaklaşık her bir dakika 380 kadın gebe kalmakta, bunlardan 190’ı gebe kalmayı planlamamış ya da istenmeyen gebelik şeklindedir. 110 kadın ise gebeliğe bağlı komplikasyona maruz kalmakta ve 40’ı ise güvenli olmayan düşük yapmaktadır. Sonuçta her 1 dakikada gebelik ile ilgili komplikasyonlara bağlı hayatını kaybetmektedir. Bu değerlendirmeler, kadına doğurganlık döneminde (15-49 yaş) üreme sağlığına yönelik özel sağlık hizmetleri verilmesi gereğini ispatlamaktadır (7).

Nijer ve Siera Leone’de 2011 yılında 100.000 doğumda, doğum ve gebeliğe bağlı nedenlerden 1800 kadın hayatını kaybetmiştir ve çocukların 1/7 beşinci doğum gününü görmeden ölmekte ve çoğu sağlık kuruluşlarından uzakta olmamalarından ve yeterince sağlık personeli bulmamalarından kaynaklanmaktadır (15).

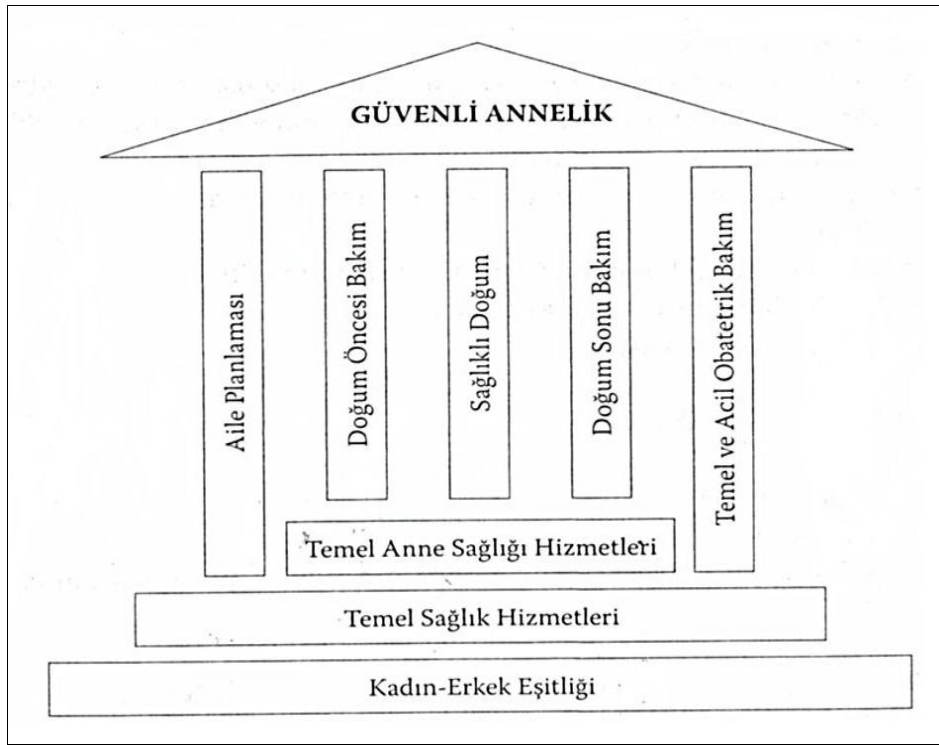
1987 yılında DSÖ’ nün Nairobi’de yapılan toplantısının temel amacı anne ve yeni doğan ölümleri azaltmak olan “ Güvenli Annelik” programını başlatmaktır. Nijer’deki hedefleri 2015 yılına kadar anne ölümlerin ½ kadar azaltmaktır.

Tablo 1. Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin nedenlerin dağılımı (7)

Doğrudan obstetrik nedenler	Yüzde (%)
Kanama	25
Enfeksiyon	15
Düşük	13
Toksemi	12
Engellenmiş eylem	8
Diğer	8
Dolaylı obstetrik nedenler	19

Anne ve yeni doğan ölümlerinin önlenmesi pahalı ve ileri teknoloji gerektirmemektedir. Güvenli annelik programına gelişmekte olan ülkelerde ihtiyaç duymaktadır çünkü bütün Dünya’da meydana gelen anne ölümlerinin %99’u gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır. Her yıl 8 milyon bebek yaşamlarının ilk bir ayında, çoğu da doğumu izleyen ilk birkaç gün içerisinde kaybedilmektedir (7).

Güvenli annelik programının Dünya’da 100’den fazla ülkede yürütülmesinden elde edilen deneyimler, doğumun eğitimli personel tarafından yaptırılması, nitelikli doğum bakım hizmetlerine ulaşılabilmesi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, güvenli düşük yapılması, acil obstetrik hizmetlerin sağlanmasının önemini ortaya çıkarmıştır.



Şekil 3. Güvenli anneliği sağlayan birimler (7)

Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım; anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitimli bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (16).

Doğum öncesi bakımın amacı annelerin daha sağlıklı gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebekler doğurmalarını sağlamaktır. DÖB bilgi vermek, güvenin yenilenmesi, kadın ve ailesi için eğitim ve destek sağlanması, gebelikle ilgili sorunlarda ilişki kurulması için fırsat sağlar (17). Ayrıca; annede gebelikten önce var olan hastalıkların saptanması, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve sağaltımı, gerekirse

sevkini sağlamayı, riskli gebelikleri belirlemeyi, fetusun intrauterin gelişiminin izlenmesini, anneyi tetanosa karşı bağışıklamayı, doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar vermeyi, annenin beslenme, gebelik hijyeni, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği AP yöntemleri konusunda eğitilmesini de amaçlar (18).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen; anne ve çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendiren ve rehberlik yapan “Güvenli Annelik Paketi”nde de, doğum öncesi bakım, anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almaktadır (18). Bir gebelik; kadın ya da bebeği için istenmeyen sonuçların olasılığı, genel gebe toplumuna göre daha fazla olduğunda “yüksek riskli” olarak tanımlanır (19). Hiç DÖB almamış annelerin DÖB alanlara göre doğumda daha fazla ölüm riski taşıdıkları, daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları, bebeklerinin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (19).

Doğum öncesi bakım mutlaka 1. trimesterde başlamalı ve gebeliğin sonuna kadar düzenli aralıklarla normal gebeliklerde ortalama 6 kez, riskli gebeliklerde ise daha fazla sayıda izlem yapılmalıdır. DÖB’da izlem sayısı kadar izlemin niteliği de önemlidir (18). DÖB, çocuk ölüm hızlarını ve oranlarını düşürmekte, gebelik ve emzirme süresince yararlı davranışlar için bir iletişim kanalı sağlamaktadır (20). 1990’da Dünya Çocuk Zirvesi’nde anne ve çocuklar için doğum öncesi dönemde “obstetrik aciller ve yüksek riskli gebelikler için eğitilmiş sağlık personeli tarafından tüm gebelerin DÖB alması” hedef olarak kabul edilmiştir (17).

Doğum

Doğum olayı en az 28 haftalık bir gebelik süresinden sonra fetüsün uterus dışına çıkma süreci olarak tanımlanır. Fetüsün henüz uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan uterus dışına çıkması düşük olarak isimlendirilir. Gelişen teknoloji ile gelişmiş birçok ülkede doğum tanımı 20 haftadan sonra sonlanan gebelikler olarak kabul edilmiştir. Normal doğum, 37 gebelik haftası dolduktan (37 hafta+6 gün) sonra ve 42 hafta bitmeden kendiliğinden başlayan bir eylemle, başla gelen tek bebeğin anne ve bebeğe zarar vermeden uterustan vaginal yolla canlı olarak doğmasıdır. Doğum fizyolojik bir olay olmasına karşın anne ve bebek için riskler olabilir. Anne ve bebeğin risklerden korunması ve gerekli önlemlerin alınması için gebeliğin ve doğum sürecinin yakından denetlenmesi gerekir (21).

Bir sağlık kuruluşunda veya evde sağlık personeli ile gerçekleşen doğumlar sağlıklı koşullarda yapılan doğumlar olarak kabul edilir. Normal doğuma yardım eden en uygun

sağlık personelinin ebe/hemşireler olduğu DSÖ önerileri arasındadır (22,23). Doğumun sağlıklı koşullarda ve bir sağlık personelinin yardımı ile yaptırılmasının ve doğum sonrası dönemde ise loğusalık izlemlerinin düzenli olarak verilmesinin anne ve perinatal bebek ölümlerini azalttığı bilinmektedir (11).

Doğum Sonrası Bakım

Doğumun tamamlanmasından sonraki 6 haftalık (42 gün) süre, loğusalık dönemi olarak tanımlanır. Loğusalıkta gelişebilecek sağlık sorunlarını belirlemek anne ve bebek sağlığını etkileyeceğinden, bu dönemde verilen bakım hizmeti önemlidir. DSB hizmetleri Nijer’de ana sağlığı hizmetleri içinde en az bilinenidir. Araştırmalarda DSB konusunda bilgi bulunmamaktadır. Anne ölüm zamanlarına bakıldığında doğum sonrası 42 gün içinde olan ölümlerin oranı anne ölümlerinin % 59,1’ini oluşturmaktadır (24,25).

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de doğum sonrası anne ziyaret edilmeli ve kanama, yüksek ateş, şiddetli ağrı ve kötü kokulu akıntı gibi komplikasyonların olup olmadığının araştırılması gerektiği bildirilmektedir. Loğusalık döneminde anne, doğumdan sonraki 24 saat içinde 1 kez, daha sonra ise 2. ve 4. haftalarda birer kez olmak üzere toplam 3 kez izlenmelidir (16). Bu dönemde annenin bebeği emzirmesi sağlanır ve meme bakımı öğretilir. Doğumdan sonra kanama ve idrar kontrolü, ateş, kan basıncı, uterus involusyonunun değerlendirilmesi yapılır. İlk 72 saat içinde 38°C üzerindeki ateş bulgusu loğusa infeksiyonunu gösterir. Hastane doğumlarında anne genellikle ilk 3 günde taburcu olduğundan sağlık gereksinimleri konusunda bilgi verip danışmanlık yapmak daha kolay ve olanaklıdır. Doğumdan sonraki 6 hafta dolunca gerekli değerlendirmeler 1 kez daha yapılır. Bu izlemde üreme organlarının muayenesi, kullanılan/kullanılacak olan AP yöntemi, anne ve bebek için danışmanlık ve bebeğin muayenesi yapılır (16).

NİJER ÜREME SAĞLIĞI MEVZUATI

Nijer Anayasası

Nijer 09 Ağustos 1999 Anayasasına göre (26);

Madde 8: Devlet, Ulusal Üreme Sağlığı Programının uygulamasından yükümlüdür ve sağlamak zorundadır. Devlet birimleri (Bölge, Belediye, İlçe temsilcileri) üreme sağlığı hizmetlerini vermeli ve herkesin üreme hakkını korumalı ve iyileştirmelidir.

Her aile, her kişi, erkek, kadın, çocuk, adolesen, yetişkin ve yaşlı üreme sağlığının geliştirilmesine katılmak zorundadır.

Madde 14: Üreme sağlığı hizmetlerinin ilgilendiği alanlar:

- Danışmanlık, davranış eğitimi için iletişim, araştırma, araç-gereç, yöntem kabaca tüm aile planlaması, cinsel ve üreme sağlığı hizmetleri;
- Eğitim, doğum öncesi bakım, güvenli doğum, doğum sonrası bakım, bebek bakımı ve özellikle emzirme,
- Sterilite, infertilite ve iktidarsızlığı önleme ve tedavi
- Düşüğu önleme ve düşüklerden gelen sorunları çözme araç ve yöntemi
- Cinsel hastalıkların tedavisi
- Üreme sağlığı ile ilgili tüm hizmetlerdir.

Madde 15: Kontrasepsiyon

Kontrasepsiyon uygulaması; Kamu otoritesi tarafından tanımlanan kontrasepsiyon yöntemlerine izin verilir. Kontraseptif üretmek, ithal etmek, kontrasepsiyon konusunda eğitim ve bilgilendirme vermek sadece Bakanlar Kurulu kararnamesine göre yapılabilir.

Madde 16: İstemli Düşük

İstemli düşük hiç bir şekilde kontrasepsif yöntem olarak kabul edilmeyecektir. Sağlık personeli gizli düşük sonrası komplikasyonları olan kadınlara sağlık hizmetleri vermek zorundadır. Kürtaj aşağındaki koşullarda ve tıbbi endikasyon ile izinli olmaktadır:

- Gebelik anne sağlığı ve hayatını tehlikeye atıyorsa,
- Muayenede doğacak bebeğin büyük ihtimal ile ağır infeksiyon alacağı tespit ediliyorsa,

Bu durumlarda bebek güvenli bir şekilde, anne-baba izini ile alınabilir (26).

Ceza Yasası (Düşük ile İlgili Maddeler)

Madde 295:

- Her kimse, kadının kendi isteği ile ya da istemeyerek gıda, içecek, ilaç, işlem, şiddet veya herhangi bir araç kullanımı ile hamile bir kadının düşük yapmasını sağlar veya sağlamayı denerse, cezalandırılacaktır. Cezası 1 yıl ile 5 yıl arası hapis ve 50 000 cfa'dan 500 000 cfa'ya kadar para cezası şeklinde olacaktır.

- 13 Haziran 2003 tarih ve 25 sayılı kanuna göre; düşük yapma öyküsü halinde kadın yaşı 16'dan küçük ise, suçlunun cezası 5 yıl'dan 10 yıla kadar hapistir. Kendi kendine düşük deneyen, başaran ya da düşük sağlayan madde ve/veya yöntem kullanımına niyet eden kadın 6 aydan 2 yıla kadar hapis ve 20 000 ile 200 000 cfa arası para cezası ile cezalandırılır.

Madde 296:

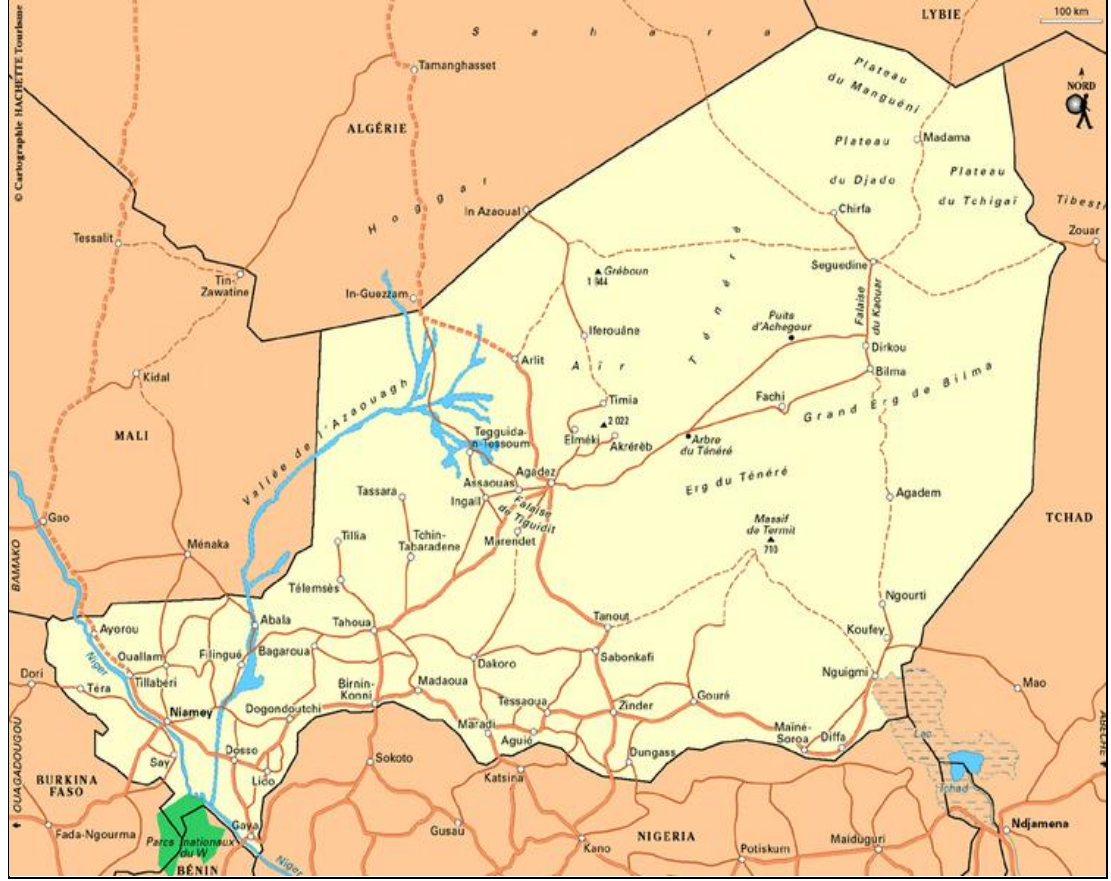
- Doktorlar, ebeler, cerrahlar, diş hekimleri, eczane ve eczacılıkta çalışan, tıp öğrencileri, herborist, cerrahi araç-gereç satanlar, hemşireler, masörler, düşük yapmaya yol gösteren, kolaylaştıran ya da düşük sağlayanlar 295. maddeye göre cezalandırılacaklardır. 5 yıllık meslekten uzaklaştırma ya da tamamen sağlık hizmetlerden atılması uygulanacaktır. Uzaklaştırmayı kabul etmeyenler 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezası ve 50 000 ile 500 000 cfa para cezası ya da bu iki cezadan biriyle cezalandırılacaktır.

Madde 297:

- Madde 295 ve Madde 296 suçlananların, ülke topraklara girmelerine yasaklama getirilebilecektir.

NİJER: SOSYO EKONOMİK VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

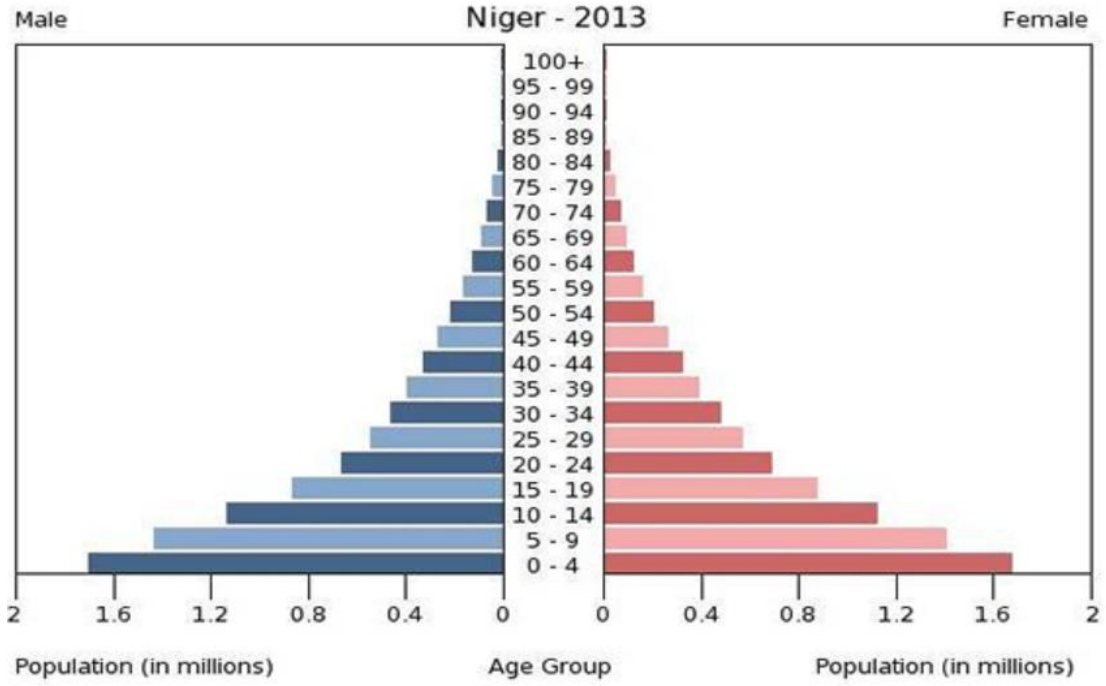
Nijer Batı Afrika'da yer alan geniş bir ülkedir. Yüz ölçümü 1.267.000 km²'dir ve topraklarının yaklaşık yarısına yakın bir bölümünü çöller oluşturmaktadır. Son nüfus sayımına göre 17 Aralık 2012 tarihinde Nijer'in nüfusu 17.129.076'ya ulaşmıştır. Nüfusun %50.6'sını kadınlar, %49.4'ünü ise erkekler oluşturmaktadır (27). Nüfus yoğunluğu 10 kişi/km² şeklinde saptanmıştır fakat ülke topraklarının bir kısmı çöl olduğundan bölgeler arası nüfus yoğunluğu farklılık göstermektedir. Nüfusun %80'i kırsal alanda yaşamakta ve %15'i göçebidir. Ülke nüfusunun %75'i ülke topraklarının %40'lık bir bölümünün üzerinde yaşamaktadır (27).



Şekil 4. Nijer Haritası (25)

2006 yılında toplam doğurganlık hızı kadın başına 7,1 çocuk şeklindeyken, 2012’de 7,6 olmuştur. Toplam doğurganlık ortalaması kırsal alanda 8,1 iken kentsel alanda 5,6 şeklinde daha düşük bir seviyededir (28). Nijer nüfusunun yüksek doğurganlık davranışı Nijer’i dünya’nın en yüksek nüfus artışına sahip ülkesi durumuna getirmiştir. Nijer nüfüsü yılda %3,3 oranında büyümektedir. Yüksek doğurganlık hızının ana ve çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri açıkça görülmektedir (28).

Ülkenin ekonomik büyümesini engelleyen aşırı nüfus artışı toplumun yoksullaşmasına katkı sağlamakta, dolayısı ile nüfusun sağlık durumunu ve yaşam kalitesini de düşürmektedir. Ülkenin nüfus piramidine bakıldığında tam olarak az gelişmiş ülkelerin nüfus tipine benzerlik gösterdiği görülmektedir.



Şekil 5. Nijer nüfus piramidi (24)

Ülkede genel okuma-yazma oranı %29'dır. Erkeklerin %56'sı, kızların %40'ı ilköğretime devam etmektedir. Okuma yazma oranı kentleşme düzeyi ile orantılıdır. Niamey başkent olarak %57 okuma-yazma oranına sahipken, ikinci sırada %43 ile Agadez şehri, üçüncü sırada ise %29 ile Zinder yer alır. Bu şehirler dışındaki genel okuma yazma oranı ülkenin ortalamasından düşüktür (29).

Nijer laik bir Cumhuriyettir ve halkın %99'u müslüman, %0,8'i Hıristiyan ve %0,2'si ise dinsiz ve diğer dinlerdendir (29).

Ülke ekonomisinin %40'ını tarım ve hayvancılık, %43'ünü devlet kuruluşların işleri oluştururken umut vadeden madencilik sektörü ise ülkenin ekonomisine sadece %4'lük bir katkı sağlamaktadır. %3'lük gibi küçük bir oranı da diğer işler şeklinde gruplandırılmıştır (29). Dünya Bankasının 2012 yılı raporuna göre Nijer'in ulusal geliri (Gross domestic Product) 6,568 milyar dolardır, yani kişi başına yıllık gelir 382,75 dolar şeklindedir (30).

ÇALIŞMA BÖLGESİ: ZİNDER

Zinder bölgesi 155.778 km² genişliği ile ülkenin güney kesiminde yer alır ve Nijer'in 8 büyük bölgesinden biridir. Ülke toprağının %12,3'lük alanını kaplamaktadır. Bölgenin sınırlarına bakıldığında; doğusunda Diffa bölgesi, batısında Maradi bölgesi, kuzeyinde Agadez ve güneyinde 300 km uzunluğunda bir sınır ile Nijeria Cumhuriyeti bulunmaktadır.

Zinder bölgesinin 5 tane ilçesi vardır: Goure, Tanout, Mirriah, Matamaye ve Magaria. Nüfusu 2.824.468 kişidir (31).

Çalışma Bölgesinde Sağlık Örgütlenmesi (32)

Sağlık sistemi örgütlenmesi ve kontrolü üç düzeylidir:

1. Merkezi düzeyde: Sağlık Bakanlığı
2. Orta düzeydeki: Büyük Şehirlerde Halk Sağlığı Bölge Müdürlüğü
3. Çevresel düzeyde (Operasyonel düzeyde) 42 sağlık bölgesi (Sağlık Bölge Şefliği)



Şekil 6. Nijer’de sağlık örgütlenme şeması (32)

Tablo 2. 2011 Yılı Zinder sağlık merkezleri dağılımı (32)

Altyapı	Ulusal Devlet Hastanesi	İlçe Hastanesi	AÇS-AP Merkez	Entegre Sağlık Merkezi	Medikal Laboratuvar	Sağlık Ocağı/Evi	Devlet Sağlık Okulu
Sayı	1	5	1	132	3	484	3

Tablo 3. Zinder bölgesinde bazı tıbbi araç-gereç durumu (32)

Tıbbi Araç	Skaner	Ragyografi	Mamografi	Ekografi
Sayı	1	8	1	7

Tablo 4. Nijer 2010 sağlık personeli durumu (33)

Bölge	Nüfus	Doktor			Hemşire			Ebe		
		Sayı	Oran	DSÖ Normu	Sayı	Oran	DSÖ Normu	Sayı	Oran	DSÖ Normu
Agadez	487313	16	1/31571	1/10000	186	1/2620	1/5000	67	1/1574	1/5000
Diffa	473563	15	1/31571	1/10000	75	1/6314	1/5000	8	1/12815	1/5000
Dosso	2016690	18	1/112038	1/10000	259	1/7786	1/5000	58	1/7528	1/5000
Maradi	3021169	67	1/45092	1/10000	706	1/4279	1/5000	156	1/4192	1/5000
Tahoua	2658099	27	1/98448	1/10000	385	1/6904	1/5000	67	1/8589	1/5000
Tillabéri	2500454	17	1/147085	1/10000	427	1/5897	1/5000	124	1/4366	1/5000
Zinder	2824468	45	1/62766	1/10000	526	1/5370	1/5000	76	1/8046	1/5000
Niamey	1222066	144	1/8487	1/10000	361	1/3385	1/5000	189	1/1400	1/5000
Niger	15 203822	349	1/43564	1/10000	2922	1/5203	1/5000	747	1/4418	1/5000

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMAN

Araştırma Nijer-Zinder bölgesinde, Mart-Ağustos 2013 tarihlerinde yapılmıştır.

ARAŞTIRMA BÖLGE TANITILMASI

Araştırma yürütüldüğü Zinder bölge, ülkenin güneyinde yer almaktadır. Yüz ölçümü 141.170 km² ile Nijer'in toplam yüz ölçümünün %12.3'üdür. Beş tane ilçesi vardır: Mirriah, Gouré, Tanout; Matamaye, ve Magaria (34).

Mart 2012 tarihi itibarıyla toplam nüfusu 3.556.239 kişidir (35). Bölgeye özel nüfus yoğunluğu 18.1 kişi/km²'dir. Bu rakam ülkenin ortalamasından (11.9 kişi/km²) daha yüksektir. Nüfusu çok genç, 15 yaş ve altı nüfusun oranı %49.4'tür. 65 yaş ve üstü olanların oranında %3.7'dir. Bölgeye özel nüfus artış hızı yıllık %3.0'dür ve kadın başına düşen çocuk sayısı 7.4'tür, çocuk ölüm oranı da ‰ 269 ile (ülke ‰198) ülkenin ortalamasına göre yüksektir. Neredeyse nüfusun yarısı kadarı (% 53.8) yoksuldur (35). Yaşam aktivitesi olarak halkın çoğu (%70) verimliliğini yağmur ile direkt bağlantılı olan tarım ve hayvancılık ile yaşamını sürdürmektedir (35). Zinder Bölgesi nüfus dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 5. Zinder bölgesinde ilçelerin nüfus dağılımı (35)

İlçeler	Erkek	Kadın	Toplam	%
Gouré	154.918	153.835	308.753	10.9
Matamaye	166.382	168.299	334.681	11.9
Magaria	345.966	328.667	674.633	23.9
Mirriah	397.103	383.406	780.509	27.6
Tamout	203.577	229.487	460.064	16.3
Zinder Merkez	135.338	130.490	265.828	9.4
Toplam	1.430.284	1.394.184	2.824.468	100

Ülke son 10 yıl içinde eğitim alanı üzerinde çaba göstermektedir. Okullaşma oranı eğitim kalitesine bakılmaksızın 2002’de %42’den 2010 yılında %73’e kadar yükselmiştir (36).

Sağlık alt yapısı olarak Zinder bölgesinde 2011 yılında;

- 1 Devlet Hastanesi
- 1 AÇS-AP Merkezi
- 5 İlçe Hastanesi (her ilçede bir tane)
- 132 Entegre sağlık Merkezi
- 484 Sağlık Ocağı ve 3 adet Devlet Sağlık Okulu halka sağlık hizmeti vermektedir.

Sağlık personeli sayısı;

- 61.922 kişi başına 1 bir doktor
- 5.287 kişi başına 1 Hemşire
- 7.637 kadın başına 1 ebe bulunmaktadır (36).

Zinder İl Sağlık Müdürlüğüne göre 2009 yılında sağlık ihtiyacı kapsama oranı tüm bölge için %67.50’dir ve ilçeler arasında büyük bir fark bulunmaktadır.

Tablo 6. Zinder bölgesinin ilçelere göre sağlık ihtiyacı kapsama oranı

İlçe	%
Gouré	52.00
Matamaye	82.00
Magaria	70.00
Tanout	47.58
Mirriah	61.44
Zinder merkez	93.79

NEDEN ZINDER BÖLGESİ

Zinder, iklim, coğrafya ve demografik özellikleri açısından ülkenin özelliklerini taşıyan bir bölge olması nedeniyle araştırma bölgesi olarak seçilmiştir. Bölgede sağlık ile ilgili yükseköğrenim veren bir kurum olmaması nedeniyle, sağlıkla ilgili bazı uluslararası kuruluşlar dışında düzenli veri toplanamamaktadır. Araştırmacının da bu bölgede yaşıyor ve çalışıyor olması nedeniyle, araştırma sonunda elde edilen verilerin irdelenmesiyle, Türkiye deneyimlerinden de yararlanılarak Zinder bölgesinde üreme sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi için öneriler geliştirilecektir.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini Nijer – Zinder bölgesinde yaşayan 1 438 925 kadın oluşturmaktadır. Nüfusun % 16'sı kentlerde, % 84'ü kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Çalışmada üreme sağlığı durumu araştırılacağı için, Nijer Sağlık Bakanlığı Üreme Sağlığı Bürosu verilerine göre Zinder bölgesi üreme sağlığı hizmetlerinde en düşük oran olan aile planlaması yöntemlerinin kullanım oranı % 6,5 temel alınarak, Prevalans: % 6,5, d:% 2, % 95 Güven Aralığında örneklem büyüklüğü 625 kadın olarak hesaplanmıştır. Bölgeden 633 kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Bunlardan 131'ü kentlerden, 502'si kırsal bölgelerden seçilmiştir. Her bir yerleşim yerinden örnekleme dahil edilecek kadın sayıları, Zinder bölgesinde bulunan yerleşim yerlerinin kadın nüfusuna göre ağırlıklandırılarak belirlenmiştir. Belirlenen kadınlar yerleşim yerlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumlarının değerlendirmek amacı ile planlanmış tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız değişkenler

- Sosyo-ekonomik ve demografik özellikleri (yaş, yaşadığı yer, sosyal güvence durumu, gelir getirici bir işte çalışma durumu, eğitim durumu)

Bağımlı değişkenler

- Doğurganlık verileri (ilk evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, çocuk sayısı, düşük sayısı, AP yöntemi kullanımı, bebek ve çocuk ölümü öyküsü vb)
- Gebelik verileri (DÖB, DSB alma durumu, doğum yaptığı yer)
- Üreme Hakkı ile ilişkin bilgileri
- Üreme sağlığı genel bilgileri
- Üreme sağlığı hizmet kullanım durumu

ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

(H₀) Hipotezi

Yaş, yaşadığı yer, gelir getirici bir işte çalışma, sosyal güvence varlığı ve eğitim gibi sosyo-ekonomik parametreler Zinder bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumu etkilememektedir.

(H₁) Hipotezi

Yaş, yaşadığı yer, gelir getirici bir işte çalışma, sosyal güvence varlığı ve eğitim gibi sosyo-ekonomik parametreler Zinder bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığı durumu etkilemektedir.

VERİ TOPLAMA

Nijer Sağlık Bakanlığı ve Zinder Bölgesi Yönetiminden. Niger Ankara Büyükelçiliği aracılığı ile gerekli izinler alındıktan sonra; Zinder Bölge Sağlık Müdürlüğü ve beş İlçe Sağlık Sorumlularına bilgi verilerek veri toplanmıştır.

Zinder bölgesinde yerleşim yerlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara sosyo-demografik özelliklerini, sosyo-ekonomik özelliklerini, doğurganlık bilgileri, üreme sağlığı bilgileri ve son gebeliği ile ilgili bilgileri sorgulayan ve araştırmacı tarafından geliştirilen 95 soruluk bir anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin değerlendirmesinde IBM SPSS Statistics 20 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve Ki-kare testleri kullanılmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmadan elde edilen bulgular, katılımcıların kendi beyanları esas alınarak toplanmıştır ve karşılaştırma için herhangi bir resmi kayıt kullanılmamıştır.

BULGULAR

Araştırmaya 633 kadın katılmıştır. Kadınların 502'si (% 79.3) kırsalda, 131'i (%20.7) kentsel bölgelerde yaşamaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 24.34 ± 7.24 (min:14.0-max:49.0)'tür. Kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 7'de özetlenmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların kırsalda %84.9'u, kentte %67.2'si evli ya da birlikte yaşamaktadır. Okur-yazar olmayan kadın oranı %68.7'dir ve bu oran kırsalda daha fazladır (% 76.6) ve kır ve kent arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.004$). Kadınların ancak % 1.6'sı lise bitirmiştir ve bu oranda kentte % 3.8 ve kırsalda % 1.0'dır. Katılımcıların % 40.5'i gelir getirici bir işte çalışmaktadır, bunlarında % 89.7'si kendi işinde yalnız çalışmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

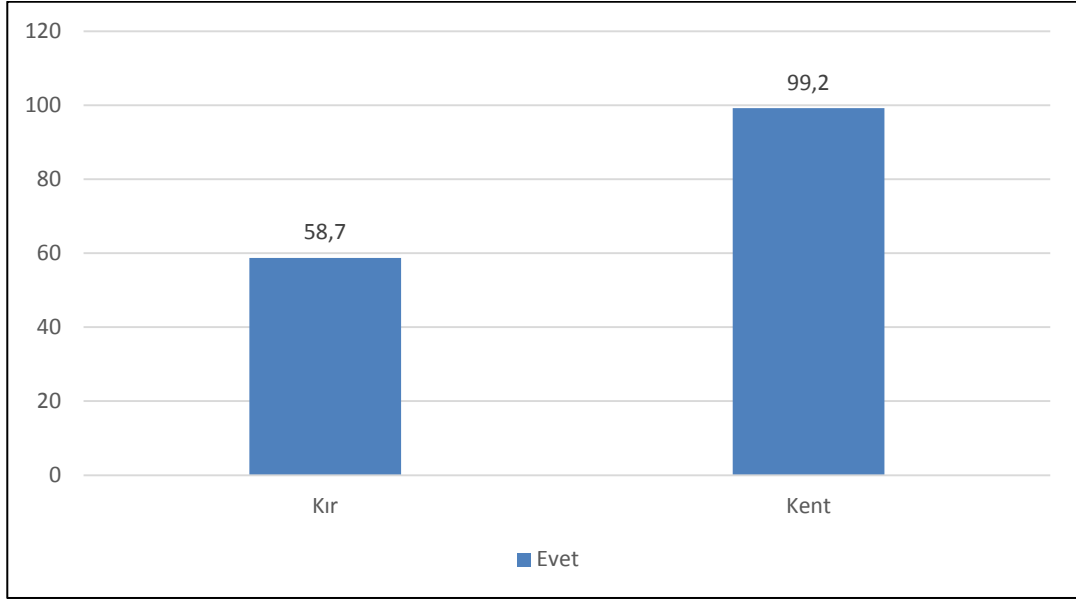
Özellikler		Kır		Kent		Toplam		P*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Medeni Durumu	Bekar	67	13.3	42	32.1	109	17.2	0.000
	Evli+Birlikte yaşıyor	426	84.9	88	67.2	514	81.2	
	Boşanmış+Dul	9	1.7	1	0.8	10	1.6	
Öğrenim durumu	Okur Yazar Değil	382	76.6	51	38.9	433	68.7	DY
	Okur Yazar	14	2.8	8	6.1	22	3.5	
	İlkokulu Bitirmiş	82	16.4	20	15.3	102	16.2	
	Ortaokul Bitirmiş	16	3.2	35	34.4	61	9.1	
	Lise Bitirmiş	5	1.0	5	3.8	10	1.6	
	Yüksek okulu Bitirmiş	0	0	2	1.5	2	0.3	
Gelir getirici bir işte çalışma	Evet	214	43.2	39	30.0	253	40.5	0.004
	Hayır	281	56.8	91	70.1	372	59.5	
İş durumu	Kendi işinde yalnız çalışıyor	198	93.4	28	70.0	226	89.7	DY
	Yanında ücretli/maaşlı işçi çalışıyor	2	0.9	2	5.0	4	1.6	
	Ücretli (kamu)	2	0.9	10	25.0	12	4.8	
	Ücretli(özel sektör)	1	0.5	0	0	1	0.4	
	Ücretsiz aile işçisi	7	3.3	0	0	7	2.8	
	Diğer	2	1.0	0	0	2	0.8	

* KiKare testi uygulanmıştır

DY: Beklenen değerın 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olması nedeniyle değerlendirme yapılamamıştır”

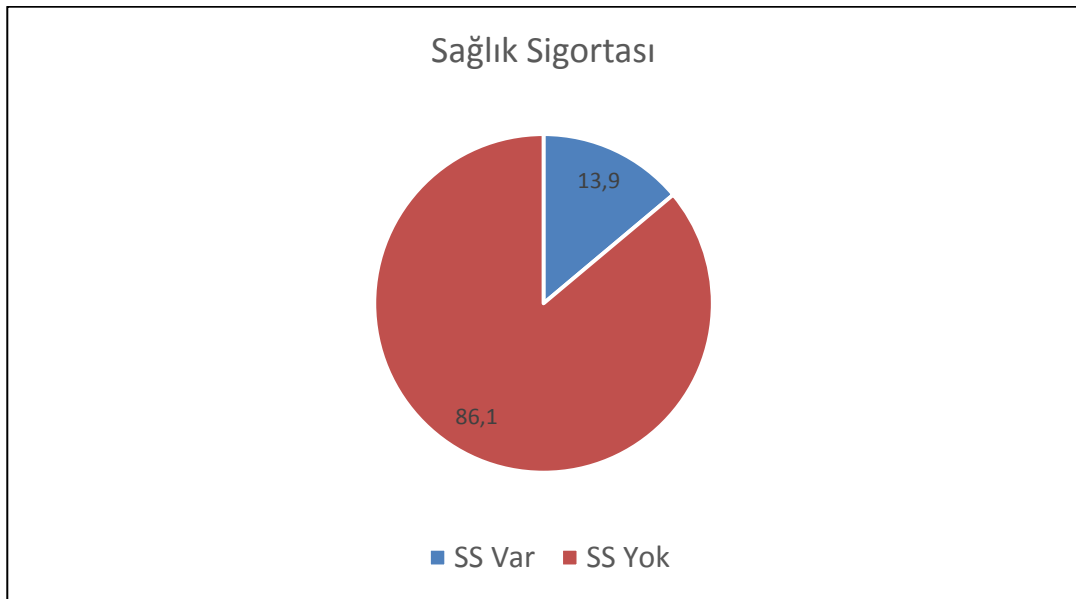
** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Kadınların %67.1'i “Yaşadığımız yerde genellikle başvurduğunuz bir sağlık birimi var mı?” sorusuna “evet” yanıtı vermiştir. Bu oran kırsalda %58.7 iken, kentte %99.2'dir (p=0.000) (Şekil 7).



Şekil 7. Katılımcıların yaşadığı yerde bir sağlık birimi olma durumu

Katılımcıların yalnızca %13.9'unun (88 kadın) eşinden dolayı ya da kendisinin sağlık sigortası vardır. Bu oran kentte %35.9, kırsalda %8.2'dir ve aradaki fark anlamlıdır (p=0.000) (Şekil 8).



Şekil 8. Katılımcıların sağlık sigortasına sahip olma durumları

Araştırmaya katılan evli kadınların evlilik süresi ortalaması 10.65 ± 7.3 (min:1 – max:36) yıldır. Kadınların % 67.8'i 15 yaşından önce evlenmiştir ve bu oran kırsalda (%73.5), kentten (%39.8) anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.000$). Evliliklerin çoğunluğu (%90.1) yalnızca dini nikah ile olmaktadır, akraba evliliği oranı ise % 40.9'dur ve bu oran kentte daha fazladır (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların evlilik özellikleri

Özellikler		Kent		Kır		Toplam		P*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlk evlenme yaşı	≤ 15	35	39.8	314	73.5	349	67.8	0.000
	16-19	39	44.3	95	22.2	134	26.0	
	≥ 20	14	15.3	18	4.2	32	6.2	
Nikâh şekli	Dini	404	94.4	61	69.3	465	90.1	0.000
	Resmi+Dini	24	5.6	27	30.6	51	9.9	
Akraba evliliği	Var	184	43.3	26	29.5	210	40.9	0.011
	Yok	241	56.7	62	70.5	303	59.1	

* Ki Kare testi yapılmıştır

* Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır

Araştırmaya katılan kadınların %81'i evlenme ya da birlikte yaşamaya kadın ve erkek ortak karar vermelidir derken %12.8'i aile büyüklerinin istemesi yeterlidir demiştir. Gebeliğe karar vermede ise %89.3'ü eşlerin birlikte karar vermesi gerektiğini söylemiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Kadınların üreme haklarına ilişkin görüşleri

Özellikler	Kadının istemesi yeterlidir		Erkeğin istemesi yeterlidir		Kadın ve erkek ortak karar almalıdır		Aile büyüklerinin istemesi yeterlidir	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evlenme ya da birlikte yaşamaya karar vermede eşlerin rolü	19	3.0	20	3.2	513	81.0	81	12.8
Gebeliğe karar vermede eşlerin rolü	21	3.3	30	4.7	565	89.3	17	2.7

* Yanıtlayanlar üzerinden satır yüzdesi alınmıştır

Kadınların % 21.8'i 15 yaşından önce gebe kalmışlardır, % 63.6'sı da 16-19 yaşları arasında gebe kalmıştır. 15 yaşından önce gebe kalma oranı kırsalda (%24.8), kentten (%7.1)

daha fazladır (p=0.000). İki gebelik arasındaki süre 2 yıldan daha fazla olmalı diyenlerin oranı % 59.6'dır, bu oranda kentte yaşayanlarda (%77.7), kırsalda yaşayanlara (% 54.8) göre anlamlı düzeyde yüksektir (p= 0.000). Katılımcıların büyük çoğunluğu (% 68.1) ideal çocuk sayısı 6'dan fazla olmalıdır diye belirtmiştir. Yaşayan çocuk sayısına baktığımızda %40.5'inin 3 ila 5 çocuğa sahip olduğu görülmektedir. Kadınların yalnızca %10.0'u gebe kalınacak dönemi doğru olarak belirtmiştir.(Tablo11) Yaşayan çocuk sayısı ortalaması 3.38 ± 2.09 (min:0 – max:11)'dir, bu kentte yaşayanlarda (3.89 ± 2.35) kırsala (3.28 ± 2.02) göre daha yüksektir (p=0.035). Elde edilen verilere göre kentte 3 kadın (%2.9) ve kırdan 11 kadın(%2.4) ölü doğum öyküsü yaşamıştır. Kadınların kırdan 166'si (%35.8) ve kentte 28'i (%26,9) çocuk ölümü yaşamıştır. Ölü doğumlar ve çocuk ölümleri açısından kır ve kent arasında önemli farklılık yoktur. (Tablo 10)

Tablo 10. Katılımcıların gebelik bilgileri ve gebelik hakkında kimi görüşleri

Özellikler	Kent		Kır		Toplam		P*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İlk gebelik yaşı	≤ 15	6	7.1	103	24.8	109	21.8	0.000
	16-19	55	64.7	263	63.4	318	63.6	
	≥ 20	24	28.2	49	11.8	73	14.6	
İki gebelik arası süre hakkındaki görüşü	2 yıldan az olabilir	29	22.3	225	45.2	254	40.4	0.000
	2 yıldan fazla olmalı	101	77.7	273	54.8	374	59.6	
İdeal çocuk sayısı hakkında görüşü	≤ 2 olmalıdır	2	1.8	11	2.5	13	2.3	0.238
	3-5 olmalıdır	41	36.0	125	28.0	166	29.6	
	≥ 6 olmalıdır	71	62.3	311	69.6	382	68.1	
Yaşayan çocuk sayısı	≤ 2	25	32.5	170	42.4	195	40.8	0.146
	3-5	37	48.1	180	44.9	217	45.4	
	≥ 6	15	19.5	51	12.7	66	13.8	
Gebe kalınacak döneme ilişkin bilgi	Adet sırasında	0	0	23	4,6	23	3.7	D.Y.
	Adet başlamadan önce	5	3.8	15	3.0	20	3.2	
	Adet bittikten sonra	70	53.4	323	64.7	393	62.4	
	İki adet arası	28	21.4	35	7.0	63	10.0	
	Belli bir zaman yok	19	14.5	52	10.4	71	11.3	
	Bilmiyorum	9	6.9	51	10.2	60	9.6	
Ölü doğum Öyküsü	Var	11	2.4	3	2.9	14	2.5	0.499
	Yok	449	97.6	102	97.1	551	97.5	
Çocuk ölümü	Var	166	35.8	28	26.9	194	34.2	0.085
	Yok	298	64.2	76	73.1	374	65.8	

DY: Beklenen değerin 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olması nedeniyle değerlendirme yapılamamıştır"

* Ki kare testi yapılmıştır

** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır

“Gebelik önlenbilir mi?” sorusuna, kentte yaşayan kadınların %98.5’u, kırsalda yaşayan kadınların %87.0’si “Evet” cevabı vermiştir. Araştırmaya katılan kadınlar arasında herhangi bir AP yöntemi kullanım oranı %17.1’dir. AP yöntem kullanımı kırsalda %12.2 ve kentte %35.9’dur ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Kadınların % 86.1’i kullandığı yöntemine kocası ile beraber karar vermişlerdir. Kadınların halen %69.2’si hap, %23.4’ü Enjeksiyon, %2.8’i Norplant ve %0.9’u RİA kullanmaktadır (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların aile planlaması bilgisi ve yöntem kullanımı

Özellikler		Kır		Kent		Toplam		P*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gebelik önlenbilir mi?	Evet	436	87.0	128	98.5	564	89.4	0.000
	Hayır	65	13	2	1.5	67	10.6	
Herhangi bir AP yöntemi kullanıyor mu?	Evet	61	12.2	47	35.9	108	17.1	0.000
	Hayır	440	87.8	84	64.1	524	82.9	
Halen kullandığı yöntem kararını nasıl verdi?	Kendisi	11	18.3	1	2.1	12	11.1	DY
	Kocası	2	3.3	1	2.1	3	2.8	
	Beraber	47	78.3	46	95.8	93	86.1	
Halen kullandığı modern yöntem	Hap	38	64.4	39	81.3	74	69.2	DY
	Enjeksiyon	20	33.9	5	10.4	25	23.4	
	RİA	0	0	1	2.1	1	0.9	
	Norplant	1	1.7	2	4.2	3	2.8	
Yöntem aldığı yer	AÇS-AP merkez	4	7.1	12	26.1	16	15.7	D.Y.
	Sağlık ocağı	9	16.1	7	15.2	16	15.7	
	Entegre sağlık merkezi	42	75.0	24	52.2	66	64.7	
	Devlet hastane	0	0	1	2.2	1	1.0	
	Eczane	0	0	2	4.3	2	2.0	
	Market	1	1.8	0	0	1	1.0	
Yöntem alırken ücret ödemiş mi?	Evet	1	1.9	0	0	1	1.0	0.540
	Hayır	53	98.1	46	100.0	99	99.0	

DY: Beklenen değerın 5’ten küçük olduğu hücre sayısı %25’ten fazla olması nedeniyle değerlendirme yapılamamıştır”

* Ki kare testi yapılmıştır

** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır

Kadınların %88.9'u yöntem danışmanlığı almıştır, bu oran kırsalda %83.3, kentte % 95.8'dir ve aradaki fark önemlidir (p=0.040). Kadınların çoğunluğu hem kentte hem kırsalda entegre sağlık merkezlerinden ve tamamına yakını ebelerden danışmanlık almıştır (Tablo 13). Kadınların kentte %52.2'si, kırsalda %75'i yöntemlerini entegre sağlık merkezinden temin etmişlerdir ve kadınların yalnızca %1'i, yöntem alırken ücret ödemiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların yöntem danışmanlığı kullanımı ile ilgili bilgileri

Özellikler		Kır		Kent		Toplam		P*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yöntem danışmanlığı almış mı?	Evet	50	83.3	46	95.8	96	88.9	0.040
	Hayır	10	16.7	2	4.2	12	11.1	
Danışmanlık aldığı kişi	Hekim	0	0	1	2.2	1	1.0	0.295
	Ebe/hemşire	50	100	45	97.8	95	99.0	
Danışmanlık aldığı yer	AÇS-AP Merkezi	4	7.3	16	34.8	20	19.8	D.Y.
	Sağlık ocağı	6	10.9	8	17.4	14	13.9	
	Devlet Hastanesi	0	0	2	4.3	2	2.0	
	Özel hastane	6	10.9	0	0	6	5.9	
	Entegre sağlık Merkezi	39	70.9	20	43.5	59	58.4	

DY: Beklenen değerın 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olması nedeniyle değerlendirme yapılamamıştır

* Ki kare testi yapılmıştır

** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır

Araştırmaya katılan 623 kişiden 451'i (%72.4) son beş yıl içinde en az bir gebelik yaşamıştır. 141 kişi (%22.7) son bir yıl içinde canlı doğumla sonuçlanan bir gebelik yaşamıştır.

Tablo 13. Katılımcıların son gebelikleri ile ilgili kimi bilgileri

Özellikler		Kır		Kent		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Son gebeliği planlamış mıydınız?	Evet planladım	110	96.5	26	100	136	97.1	0.435
	Daha sonra düşünüyordum	4	3.5	0	0	4	2.9	
İstedığınız sayıda çocuk sahibi oldunuz mu?	Evet	13	11.5	13	50	26	18.7	0.000
	Hayır	100	88.5	13	50	113	81.4	
Son çocuğunuzun cinsiyeti ile ilgili bir tercihiniz var mıydı?	Evet	26	23.0	3	11.5	29	20.9	0.194
	Hayır	87	77.0	23	88.0	110	79.1	

* Ki kare testi yapılmıştır

** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır

Kadınların tamamına yakını (%97.1) son gebeliğini planladığını belirtmiştir. %81.4'ü istediği sayıda çocuk sahibi olmadığını söylemiştir, bu kırsalda istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksektir (Tablo 14). Kadınların % 79.1'i son çocuğunun cinsiyeti ile ilgili bir tercihi olmadığını bildirmiştir, bu konuda kır ve kent arasında fark yoktur (Tablo 13).

Son bir yıl içinde doğumla sonuçlanan gebeliği olan 141 kadından 128'ine (%91,4) gebeliği boyunca en az bir kez sağlık personeli tarafından izlem yapılmıştır. Bu oran kırsalda %89.5, kentte %100'dür, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p:0.076).

Doğum öncesi ilk bakım alma zamanı ortancası 5 aydır (min: 2 – maks: 9). Doğum öncesi izlem sayısı ortalaması 3.3 (med:3, min:1 – maks:7)'dür. Doğum öncesi izlem sayısı açısından kır ve kent arasında fark yoktur.

İzlem yapılan kadınlardan tartı, boy, genel muayene, tansiyon, idrar muayenesi, kan sayımı, bebeğin kalp atışları dinlenmesi gibi izlemlerin tamamı kadınların %71.9'una yapılmıştır. Bu izlemlerin tamamı kırsalda kadınların %66.7'sine yapılırken, kentte kadınların %92.3'üne yapılmıştır. Yalnızca iki gebelikte sarılık tetkiki ve ultrasonografi yapılmıştır.

Tablo 14. Kadınların son gebeliklerinde izlemleri ile ilgili bilgileri

Özellikler		Kır		Kent		Toplam		P*
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gebelik izlemi yapılan yer	AÇS-AP	4	3.9	14	53.8	18	14.1	D.Y.
	Entegre Sağlık merkezi	92	90.2	12	46.2	104	81.3	
	Sağlı ocağı	6	5.9	0	0	6	4.7	
Gebelik izlemini yapan kişi	Hekim	0	0	1	3.8	1	0.8	0.203
	Ebe/Hemşire	102	100	25	96.2	127	99.2	
Gebe izlemi yapmama nedeni	Gerek duymadım	4	40.0	-	-	4	40.0	0.678
	Ekonomik nedenlerden	1	10.0	-	-	1	10.0	
	Diğer	5	50.0			5	50.0	
Tetanos aşısı olma durumu	Evet	92	86.0	23	88.5	115	86.5	0.515
	Hayır	15	14.0	3	11.5	18	13.5	
Tetanos aşılama sayısı	1	28	30.4	3	13.6	31	27.2	0.089
	≥2	64	69.6	19	86.4	83	72.8	

DY: Beklenen değerın 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olması nedeniyle değerlendirme yapılamamıştır”

* Ki kare testi yapılmıştır

** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır

Gebelik izlemleri kırsalda çoğunlukla Entegre Sağlık Merkezlerinde yapılırken (%90.2), kentsel alanda yarıya yakını AÇS-AP Merkezlerinde (%53.8), ikinci sırada Entegre Sağlık Merkezlerinde yapılmıştır. İzlemlerin tamamına yakını ebe ve hemşireler tarafından yapılmıştır. Kadınların %86.5'ine gebelikleri sırasında tetanos aşısı yapılırken, %72.8'ine 2 ve daha fazla kez aşı yapılmıştır, bu oranlarda kent ve kır arasında anlamlı fark yoktur. (Tablo 14)

Gebelik esnasında, 102 kadına (%79.7) gebelikte tehlike belirtileri hakkında bilgi verilmiş, %82.3'üne (n=106) gebelikte beslenme hakkında bilgi verilmiş, %83.3'üne (n=105) doğum hakkında bilgi verilmiş, %81.2'sine (n=104) aile planlaması ile ilgili bilgi verilmiştir. Bu oranlarda kır ve kent arasında anlamlı fark yoktur. Gebelik sırasında gebelerin %99.2'sine bir ilaç önerilmiş %93.5'sine demir haptı ve sıtma ilacı verilmiştir (kırsal: %94.9; kent:%88.0).

Tablo 15. Kadınların son bir yıl içinde yaptıkları doğum ile ilgili bilgileri

Özellikler		Kır		Kent		Toplam		P
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Doğumun yapıldığı yer	Evde	86	76.1	8	30.8	94	67.6	0.000
	Sağlık kurumunda	27	23.9	18	69.2	45	32.4	
Doğumda sağlık personeli yardımı	Evet	28	25.0	17	65.4	45	32.6	0.000
	Hayır	84	75.0	9	34.6	93	67.4	
Doğuma yardım eden kişi	Doktor	0	0	4	16.0	4	2.96	DY
	Ebe/hemşire	25	22.7	12	48.0	37	27.4	
	Ara ebe	77	70.0	5	20.0	82	60.7	
	Yakını	7	6.4	3	12.0	10	7.4	
	Kendi kendisi	1	0.9	1	4.0	2	1.48	
Doğum şekli	Normal	113	100	24	92.3	137	98.6	0.034
	Sezaryen	-	-	2	7.7	2	1.4	
Doğum sonrası bebeğin tartılması	Evet	31	27.7	20	76.9	51	37.0	0.000
	Hayır	81	72.3	6	23.1	87	63.0	
İlk bir saat içinde emzirme	Evet	44	39.3	21	80.8	65	47.1	0.000
	Hayır	68	60.7	5	19.2	73	52.9	

DY: Beklenen değerın 5'ten küçük olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olması nedeniyle değerlendirme yapılamamıştır”

* Ki kare testi yapılmıştır

** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır

Kadınların yalnızca %32.4'ü doğumunu bir sağlık kurumunda yapmış ve %32.6'sı sağlık personelinen yardım almıştır, bu oranlar kentsel bölgede anlamlı düzeyde daha yüksektir (sırasıyla, Kır: %23.9, %25; Kent: %69.2, %64.4). Kırsalda kadınların çoğunluğu (%70) doğum sırasında ara ebelerinden yardım alırken, kentsel alanda çoğunluğu (%48) ebe ve hemşirelerden yardım almıştır. Doğumların tamamına yakını normal doğum olarak yapılmıştır. (Tablo 15)

Doğum yapanların %18'i (n=25) doğumda bir sorun yaşadığını bildirmiştir. Bu sorunların %33.3'ü uzun doğum, %13.3'ü şiddetli kasılmalar, %36.7'i aşırı kanama olarak belirtilmiştir. Doğum yapanların yalnızca %2.9'u doğum için ücret ödemiştir.

Doğum sonrasında kentte bebeklerin %76.9'u tartılırken, kırsalda yalnızca %27.7'si tartılmıştır (p=0.000). Kentte bebeklerin %80.8'i ilk bir saat içinde emzirildiği bildirilirken, kırsalda bu oran %39.3'tür (p=0.000) (Tablo 15).

Son bir yıl içinde canlı doğum yapan 141 kadından yalnızca 28'i (%20.4) doğum sonrası bakım almıştır. Doğum sonrası bakım almayan kadınların %75'i buna gerek duymadığı için DSB almadığını belirtmiştir. Bu oran kentte %52.0, kırsalda %13.4'tür (p=0.000). Kırsal alanda kadınların çoğunluğu (%62.0) doğum sonrası bakım hizmetini Entegre Sağlık Merkezinden, kentsel alanda ise çoğu (%76.9) AÇSAP Merkezinden DSB hizmeti almıştır. Kentte de, kırsalda da kadınlar bu hizmeti ebe ve hemşirelerden almış ve hiçbiri DSB hizmetleri için ücret ödememişlerdir. Doğum sonrası bakım sayısı ortalaması 2.35 ± 1.06 (med: 2.5, min:1 – maks:4)'tür. Kent ve kır arasında fark yoktur. Doğum sonu kontrollerde tüm kadınlara vajinal akıntı muayenesi, karın muayenesi ve bebeğin muayenesi yapılmıştır.

Hem doğum öncesinde, hem de doğum sonrasında kadınların hiçbiri kontroller için evde ziyaret edilmediğini belirtmişlerdir. Tüm kadınlar bu hizmetleri sağlık merkezlerine giderek aldığını bildirmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların son bir yıldaki istemsiz düşükler ile ilgili öyküsü

Özellikler	Kır		Kent		Toplam		P*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Son beş yılda düşük öyküsü	27	5.5	13	9.9	40	6.4	0.055
Düşük sırasında sağlık personel yardım alma	16	59.3	10	76.9	26	65.0	0.231
Düşük sonrası danışmanlık alma	18	69.2	10	76.9	28	71.8	0.458

* Ki kare testi yapılmıştır

** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Kadınların %6.4'ü (n=40) son beş yılda istemsiz düşük deneyimi yaşamıştır, bu oran kırsalda %5.5, kentte ise %9.9'dur. Bu kadınlardan %65'i (n=26) düşük sırasında sağlık personelinin yardım aldığını belirtmiştir ki bu oran kırsalda %59.3, kentte %76.9'dur, aradaki fark anlamlı değildir. Düşük yapan kadınların %71,8'i düşük sonrası danışmanlık almıştır. Düşük yapan kadınların %75'i (30) kasık ağrısı ve parçalı kanama ile düşüğün farkına vardığını belirtmiştir. Düşük nedeni için; 25 kişi (% 62.5)) nedeni bilmediğini, 13 kişi (% 32.5) sıtma nedeniyle, 1 gebede travma nedeni ile düşük yaptığını belirtmiştir. Düşük sonrası sağlık personelinin yardım alan 26 kadından yalnızca 3'ü doktordan, diğerleri ebe/hemşirelerden yardım almıştır.

Kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımı kimi belirleyenlere göre değişmektedir. Bunlardan biri de yaşanan yerde bir sağlık biriminin bulunup bulunmamasıdır. Yaşadığı yerde sağlık birimi bulunan kadınların AP yöntem kullanımı, doğum sonrası bakım alma oranı ve bir sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı, bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo17).

Tablo 17. Kadınların yaşadığı yerde sağlık birimi olmasına göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımı

Özellikler	Yaşadığı yerde sağlık birimi				P*
	Var		Yok		
	N	%	n	%	
Herhangi bir AP yöntemi kullananlar	93	21.9	15	17.2	0.000
Doğum öncesi bakım alanlar	76	89.4	52	94.5	0.230
Doğum sonrası bakım alanlar	23	27.7	5	9.3	0.009
Sağlık kuruluşunda doğum yapanlar	38	44.7	7	13.0	0.003

* Ki kare testi yapılmıştır.

** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır.

Sağlık hizmeti kullanımının belirleyenlerinden biri de sağlık sigortasına sahip olmaktır. Araştırmaya katılan kadınların AP yöntem kullanımı ve doğum öncesi bakım alma oranı sağlık sigortasının varlığına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermezken, sağlık sigortası olanların doğum sonrası bakım alma oranı ve sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 18).

Tablo 18. Kadınların sağlık sigortasına sahip olmasına göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımı

Özellikler	Sağlık Sigortası				P*
	Var		Yok		
	N	%	n	%	
Herhangi bir AP yöntemi kullananlar	20	22.7	88	16.2	0.130
Doğum öncesi bakım alanlar	6	85.7	122	91.7	0.580
Doğum sonrası bakım alanlar	4	57.1	41	31.1	0.030
Sağlık kuruluşunda doğum yapanlar	5	71.4	23	17.7	0.004

* Ki kare testi yapılmıştır

** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır

Toplumda kadının statüsünü belirleyen kimi özelliklerine göre (öğrenim durumu ve gelir getirici bir işte çalışma) üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma durumuna bakıldığında toplumsal statüsü yüksek olan kadınların bu hizmetlerden daha fazla yararlandığı görülmüştür

Tablo 19. Kadınların okuma yazma bilmesine göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımı

Özellikler	Okuma yazma bilmeyenler		En az 1 yıl okula devam etmiş olanlar		P*
	n	%	n	%	
Herhangi bir AP yöntemi kullananlar	64	14.8	43	21.8	0.030
Doğum öncesi bakım alanlar	105	90.5	22	95.7	0.375
Doğum sonrası bakım alanlar	17	14.9	10	45.5	0.003
Sağlık kuruluşunda doğum yapanlar	31	27.0	14	60.9	0.002

* Ki kare testi yapılmıştır

** Yanıtlayanlar üzerinden kolon yüzdesi alınmıştır

Yapılan değerlendirmelerde, AP yöntem kullanımının en az 1 yıl okula devam etmiş kadınlarda (%21.8), okuma yazma bilmeyenlere (%14.8) göre daha fazla olduğu görülmüştür (p=0.030). Ayrıca en az bir yıl okula devam edenlerde doğum sonrası bakım alma oranı (%45.5) ve sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı (%60.9) da, okuma yazma bilmeyenlere göre (sırasıyla; %14.9 ve %27.0) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 19).

Toplumda kadının statüsünün bir diğer belirleyicisi olan kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımı değerlendirildiğinde, herhangi bir AP yöntemi kullanımı gelir getirici bir işte çalışanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunurken, doğum öncesi ve sonrası bakım alma, doğumun bir sağlık kuruluşunda yapılması istatistiksel olarak anlamlı olmasa da gelir getirici bir işte çalışanlarda yüksek bulunmuştur. (Tablo 20).

Tablo 20. Kadınların gelir getirici bir işte çalışma durumuna göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımı

Özellikler	Gelir getirici bir işte çalışan		Gelir getirici bir işte çalışmayan		P*
	n	%	n	%	
Herhangi bir AP yöntemi kullananlar	58	22.9	48	12.9	0.001
Doğum öncesi bakım alanlar	68	95.8	60	87.0	0.062
Doğum sonrası bakım alanlar	10	14.5	18	26.5	0.082
Sağlık kuruluşunda doğum yapanlar	18	25.4	27	39.7	0.071

TARTIŞMA

Kadınların 15-49 yaşlar arası yaşamı, cinsel ve üreme hayatı konuda en aktif dönemdir. Dolaysı ile bu yaşlarda gebelik ve doğum nedeniyle üreme sağlığın açısından en sık dikkat gereken dönemi olmaktadır.

Afrika kıtasında 15-49 yaşlar arası 3 kadından 2'sinin üreme sağlığının ihtiyacı karşılanamamaktadır. Özellikle Sahra altı Afrika ülkelerde gebelik ya da doğum sonrası komplikasyonlar nedeniyle 16 kadının 1'i anne ölümü riski taşımaktadır. Bir başka yönden, aile planlaması, üreme sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi ihtiyaçlarının karşılanmaması ile nüfus hızlı bir şekilde artmaktadır. Afrika demografisinin büyüme hızı, sosyo-ekonomik büyümesinden daha fazla olduğu için yaşam koşulları giderek sertleşmektedir (37).

6-8 Eylül 2000'de NewYork'da Birleşmiş Milletlere üye 189 ülke tarafından 2015 yılı hedeflenerek hazırlanan Birleşmiş Milletler Binyıl Hedefleri içinde üreme sağlığı önemli ve stratejik bir yere sahiptir (38). Bu hedeflere ulaşabilmesi için, cinsel ve üreme sağlığı konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olunması, uygun ve yeterli, üreme sağlığı hizmetlerine ulaşılabilmesi, üreme sağlığını olumsuz etkileyen tutum ve davranışları azaltmak için multidisipliner bir üreme sağlığı yaklaşım gerekmektedir (18). Yasa dışı ve sağlıksız koşullarda yapılan istemli düşüklerin varlığını sosyal olarak kabul etmek ve toplumlara uyumlu modern yaklaşımla çözümler bulmak da gerekmektedir. Aile planlaması hizmetlerini kullanmaya engel olan psikososyal faktörler ile mücadele etmek üreme sağlığı için son derecede önemlidir (39).

Araştırmamız, Zinder bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu 625 kadının sosyo-demografik özelliklerini ve üreme sağlığına ilişkin mevcut durumunu saptamak, kadınların bu

konudaki sorunlarını belirlemek ve hizmet gereksinimini ortaya çıkartmak, Türkiye deneyimlerinden de yararlanılarak çözüm önerileri geliştirerek, bölgesel sağlık planlamasına katkıda bulunmak amacıyla planlamıştır.

Zinder bölgesinde nüfusun %49,9'u kadınlardan oluşmaktadır. 15-49 yaş arası nüfus toplam nüfusun %22'sini oluşturmaktadır (40). Yaş gruplarına göre bölgede yaşayan 15-24 yaş grubu kadınlar, üreme çağındaki kadınların %54,4'ünü oluşturmaktadır. Toplam bölge nüfusun %49,4'ü 15 yaş ve altı nüfustan oluşmaktadır. Bu rakam ülke geneline benzerdir (%49). Bütün bu veriler halkın genel olarak genç nüfustan meydana geldiğini göstermektedir (41).

DSÖ 2011 verilerine göre Nijer'de halkın %81 kırsal alanında yaşamaktadır(42). Araştırmaya katılanlarında %79,3'ü Nijer geneline benzer şekilde kırsalda yaşamaktadır. Bu durum Zinder bölgesine komşu olan Nijerya'da biraz farklıdır ve ise nüfusun yaklaşık yarısı (%48) kentlerde yaşamaktadır, Libya'da ise kırsalda yaşam daha fazladır (%78) (43). Türkiye'de ise 2007 yılı verilerine göre nüfusun %70'i kentlerde yaşamaktadır (43).

Nijer Eğitim Bakanlığı 2005 yılı verilerine göre; okuryazar oranı %28,7'dir ve bu oran erkeklerde daha yüksektir. Bu oran kızlarda %15,1 ve erkeklerde %42,9'dur. Aynı yıl içinde kaba okullaşma oranı erkeklere %63 ve kızlara %44'tür. Okul terk etme oranı ise kızlarda daha fazladır (44).

Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumu değerlendirildiğinde kırsalda kadınların % 76,6'sı ve kentte %29,5'i okuryazar olmadığı görülmektedir. Sadece okur yazar olanların oranı ise kırsalda %2,8 ve kentte %6,1'dir. Verilerimize göre ilkokulu bitiren oranı kırsalda %16,4, kentte %15,3'tür. Kadınların çoğu ilkokul bitince okula devam etmemektedir. Kırsalda kadınların %16,4'ü ilkokulu bitirmiş iken ortaokul bitirenlerin oranı %3,2'ye düşmektedir. Kentte yaşayan kadınların lise bitirme oranı kırsalda yaşayanların 3 katıdır ve kırsalda yükseköğrenime devam etmiş kadın yoktur. Nijer'de de, Türkiye'deki gibi kentlerde yaşayan kadınların kırsal alanlarda yaşayanlara oranla daha eğitilmiş olduğu görülmektedir (44, 45). Türkiye'de kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların %28'i okula devam etmemiş iken, bu oran kentlerde yaşayan kadınlar arasında % 15'e inmektedir. Kentlerde yaşayan kadınların yüzde 26'sı en az lise mezunudur; ancak kırsal alanlarda yaşayan kadınlar arasında bu oran sadece yüzde 7'dir (45).

Araştırma bölgesinde elde edilen verilerimize göre; kırsalda kadınların %43,2'si ve kentte %30,0'u son beş yıl içinde gelir getirici bir iş yapmıştır. Kentte yaşayan kadınlarda çalışma oranı kırsala göre daha düşüktür. Kırsal alanda çalışan kadınların %93,4'ü kendi

işlerinde çalıştıklarını söylemişlerdir. Bu oran, kırsalda kadınların yaşam şartlarının kendi işlerini kendilerinin yapması zorunluluğu nedeniyle yüksek olabilir. Birleşmiş Milletler (FNUAP) Nijer Bürosunun 2000 yılında yayınladığı bir rapora göre Nijer’de çalışan kadınlar, toplam çalışanların sadece %6,44’ünü oluşturmaktadır (46). Muritanie’de yaşayan kadınların çalışma oranı ise aynı yıl içinde %27,7 ile, Nijer’deki rakamlardan daha yüksektir (25). TNSA 2008 verileri, Türkiye’de kadınların yüzde 31’inin araştırma sırasında çalışmakta olduğunu göstermektedir ve kadınların yüzde 4’ü araştırma zamanında çalışmamalarına rağmen, araştırmadan önceki son 12 ayda çalışmışlardır (45).

Evlilik pek çok toplumda kültürel ve dinsel olarak önemli bir eylemdir. Hatta evli olmak pek çok ülkede kadın bakımından olumlu bir statü olarak kabul edilir. Araştırma bölgemizde evli ve birlikte yaşayan kadınların oranı % 81,2’dir. Bekâr kadınlar %17,2 ; %1.1 dul ve %0,5 boşanmıştır. Evli kadınların % 82,8’i kırsaldadır. Mali’de evli kadın oranı %84, bekar %10 ve boşanmış %1’dir (41). Türkiye’de TNSA 2008’e göre evli kadın oranı %65, hiç evlenmemiş kadınların oranı %31’dir (45). Nijer Toplum ve Sağlık Araştırması bulgularına göre; bizim çalışmamızdaki gibi dul kadın oranı %1.1, evli kadınların oranı %88’dır (29). Araştırma verilerimize göre Nijer’de tüm ülkede olduğu gibi Zinder bölgesinde de evlilik çok yaygındır. Nijer’de evlilik, sosyal hayatta çok önemli bir ögedir. Dini nikahlar da evliliklerde en önemli yer tutmakla birlikte, en yaygın evlenme şekli, hem dini, hem de resmi nikah yapmak şeklindedir.

Araştırmadaki evli kadınların nikah şekli incelendiğinde; % 90,1’inin yalnızca dini nikah ile evli olduğu görülmektedir. Resmi ve dini nikahı beraber olanlar yalnızca %9,9’dur. Kırsalda yalnızca dini nikahla evlenen oranı (%94.4) kentte yaşayanlardan (%69.3) anlamlı düzeyde daha fazladır. Nijer’in daha gelişmiş bir bölgesi olan Niamey’de yalnız dini nikah ile evli olanların oranı %76,4 ile Zinder’den daha düşüktür (47). Türkiye’de 2011 yılında ilk evliliğinde hem resmi hem de dini nikahla evlenenlerin oranı yüzde 93,7 iken sadece resmi nikahla evlenenlerin oranı yüzde 3,3 ve sadece dini nikahla evlenenlerin oranı yüzde 3’tür (43). Bu oranlar bize Nijer’de sivil olayların kayıt sisteminin gelişmediğini ortaya koyması bakımından önemlidir.

Evliliklerde kadın ve erkek arasında akrabalık yaygındır. Araştırma bölgesinde evli kadınların %40.9’unun kocasıyla akrabalığı bulunmaktadır. Akraba evliliği oranları yaşanan yere göre farklılaşmaktadır. Kentte akraba evliliği oranı %29.5 iken kırsalda %43.3’tür. Nijer’in başka bir bölgesi Niamey’de evliliklerde eş ile akrabalık oranı %15,6’dır (39). Türkiye’de bölgelere göre akraba evliliği oranı %11 ve %40 arasında değişmektedir (48).

Sahra altı Afrika ülkelerinde kızlar için belli bir yaşa kadar evlenmeme sosyal olarak bir olumsuzluk göstergesidir ve evlilik kızların sosyal statüsünü yükseltir. İlk evlenme yaşı kadının gebelik riski altına girmesini ifade etmesi nedeniyle önemli bir demografik göstergedir. UNFPA tarafından 2005 yılında yapılmış bir çalışmaya göre dünyanın en yüksek erken yaşta evlilik oranı Nijer'e aittir (49). Afrika'da erken yaşta evlilik oranı %42, Asya'da %48'dir (50). Tchad'ın güneyinde *Missiria* kabilesinde kızların 11 ve 12 yaşlarında ailesi tarafından kocası seçilmektedir. Bir araştırmaya göre 1994 yılında Kameroun'da 15 yaş kadınların %15'i evlenip çocuk doğurmuştur. Nijer'de bu rakam %10'dur (51). Araştırma bölgesinde kadınların %67,8'i on beş yaşından önce evlenmiş, %26,0'sı 16-19 yaşlar arasında ilk evliliğini yapmıştır. 15 yaşından önce evlenme oranı kırsalda %73.5, kentte ise %39.8 olmaktadır. Kadınları yaşına göre gruplandığımızda (≤ 15 yaş, 16-19yaş, ≥ 20 yaş) evlenme oranı en yüksek olan yaş grubu 16-19 yaş grubudur. Kırsalda ise en çok evlenme oranı 15 yaşından küçüklerdedir. Benzer şekilde Niamey'de 18 yaş olmadan ilk evliliği yapmış kadınların oranı %38,6'dır (47). Elde edilen verilerimize değerlendirmesinden kentte yaşayan kadınların, kırsaldakilere göre daha geç evlendiğini göstermektedir. Türkiye'de TNSA 2008 verilerine göre kadınların kırsalda %20,4'ü ve kentte %22,6'sı 20-29 yaşlar arası ilk evliliklerini yaptığı görülmektedir (45). Bölgede erken yaş evliliklerinin yaygın olduğunu ifade edebiliriz. Sahra altı Afrika'da erken yaş evlilikler geleneksel olarak yaygın olduğu için, Nijer'de de benzer bir durum gözlenmektedir (51). Türk halkı ile benzer dini ve kültürel davranışlar zaman zaman gözlenmesine rağmen Nijer'de kızlar çok daha küçük yaşlarda evlenmektedir. UNİCEF verilerine göre, Nijer'in komşularından Mali'de kızların %39,6'si adölesan çağda evlenmektedir, bu oran Burkino Faso'da %62'dir (52).

Doğumların neredeyse tamamını evlilik içerisinde olmaktadır ve evlilikler erken yaşta olduğu için doğal olarak doğumlarda erken yaşta olmaktadır. UNFPA verilerine göre Nijer'de 18 yaş altı kadınların yarısı en az bir gebelik yaşamışlardır (52). Araştırmaya katılan kadınların %63,6'sı 16-19 yaşlarında ilk çocuklarını doğurmuşlardır, 15 yaşından küçük kadınlardan %21,8'inin çocuğu olduğu belirlenmiştir. 15 yaşından önce çocuk sahibi olan kadın oranı kırsalda %24.8, kentte %7'dir. Nijer'in başkenti Niamey'de 18 yaş öncesi ilk gebeliğini yaşayanların oranı %29,6'dır (47).

Nijer 2012 Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre, Nijer'de araştırmanın yapıldığı sırada 15-19 yaş grubu kadınların %40'ının gebe veya çocuk sahibi olduğu görülmektedir (28). Benzer şekilde, Benin'de 19 yaşında kadınların %44'ünün gebe ya da ilk çocuğuna sahip olduğu, Nijeria'da yaşayan kadınların %47'sinin 20 yaşta gebe ya da bebek

sahip olduğu tespit edilmiştir (53, 54). Türkiye’de 2008 TNSA verilerine göre 15-19 yaşlar arası kadınların %13,6’sının çocuk sahibi olduğu görülmektedir (45). Türkiye’de ortanca anne olma yaşının 22,3 olduğunu ifade edilmektedir (45). Çalışmanın yapıldığı bölgede erken yaşta doğum oranları hem Nijer hem de diğer Afrika ülkelerinden biraz yüksek olsa da erken yaşta evlilikler ve doğumlar açısından Afrika’nın genelinden çok farklılaşmamaktadır.

Kısa doğum aralıkları, anne sağlığını da tehdit eden bir durumdur ve anne ve çocuk için yüksek ölüm riski taşımaktadır. Araştırmalar bir önceki doğumun üzerinden 24 ay geçmeden doğan çocuklarda hastalık riskinin arttığını göstermektedir. Bizim araştırmamızda kadınların %60’ı iki gebelik arasındaki süre 2 yıldan fazla olmalıdır derken, %40’ı iki yıldan az olabilir demiştir. Bu bulgu Nijer genelindeki doğum davranışından farklı değildir. Nijer 2012 Nüfus ve Sağlık Araştırması’na göre kadınların %23’ü 24 ay geçmeden başka bir çocuk sahibi olmuşlardır ve iki gebelik arasındaki sürenin iki yıldan az olabileceği görüşü Nijer’de yaygındır (28). Burkina-Faso 2010 Nüfus ve Sağlık Araştırma Raporuna göre iki gebelik arası süresi iki yıldan az olan kadınların oranı %13’tür (55).

Araştırmaya katılan kadınlardan ideal çocuk sayısı 2’den az olmalı diyenler hem kentte hem de kırsalda düşüktür. Verilerimize göre Zinder bölgesinde kadınların %68’i ideal çocuk sayısı 6’dan fazla olmalıdır demiştir ve ideal çocuk sayısı ortalaması 7.5 ± 2.9 olarak bulunmuştur. Türkiye’de TNSA 2008 verilere göre Türkiye’de ideal çocuk sayısı ortalaması 2,5’dur (45). Yaşayan çocuk sayısı, doğumlar arası süre, kadın ve erkeğin toplum içinde rolü, aile planlaması yöntem kullanımı, toplum içinde doğurganlığın önemi gibi pek çok değişken sahip olunmak istenen ideal çocuk sayısı ile yakından ilişkilidir, ideal çocuk sayısının yüksekliği Nijer’de kadının statüsünü göstermesi bakımından önemlidir.

Sahra altı Afrika bölgesinde yaşayan kadınların doğurganlığı genel olarak yüksektir. Togo’da doğurganlık hızı 4.7, Nijeria’da 6’dır (56). Nijer’de UNİCEF istatistiklerine göre doğurganlık hızı 7,6 ile Dünyadaki en yüksek hızlardan birini oluşturmaktadır (57). Batı Afrika Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına göre, bu ülkelerde benzer bir şekilde doğurganlık hızı yüksektir. Benin, Mali ve Burkina-Faso’da doğurganlık hızları sırasıyla kadın başına 5.7, 6.6 ve 6.2 çocuktur (20). Biz araştırmamızda kadın başına canlı doğum sayısı 3.22 olarak bulduk. 2012 yılında yapılan bir araştırmaya göre Nijer’de doğurganlık kadın başına 7,6 çocuktur (8). Yerleşim yerine göre büyük bir fark olduğu saptanmıştır. Kentte doğurganlık hızı kadın başına 5,6 çocuk iken kırsalda bu rakam 8,1 olmaktadır. En yüksek doğurganlığı olan bölge kadın başına 8,5 çocuk ile araştırma bölgemiz Zinder’dir (28).

İki parametreye göre (iki gebelik arası sürenin 2 yıldan kısa olması ve 4'ten fazla çocuk sahibi olma) Nijer'de gebeliklerin %95 riskli gebelik olduğu saptanmıştır (58). Bizim araştırmamızda da kadınların %40'ının 4'ten fazla çocuğu olduğu ve %40'ının da "iki gebelik arası süre 2 yıldan az olabilir" dediğini düşününce Nijer geneline göre çok farklılık göstermediği tahmin edilebilir. Belirtilen ideal çocuk sayısı ve sahip olunan çocuk sayısı doğal olarak eğitim, erken yaşta evlenme, erken gebelik, üreme sağlığı bilgisi yetersizliği gibi değişkenlerden olumsuz olarak etkilenmekte, bu değişkenler açısından dezavantajlı kadınlar daha çok çocuk doğurmaktadır.

Zinder bölgesinde bu araştırmaya katılan kadınların %62.2'si gebe kalınacak dönemin adet bitikten sonra olduğunu söylemişlerdir. Gebe kalınacak dönemi iki adet arası olarak doğru cevabı veren kadınların oranı kırsalda %7.0 ve kentte %21,4'tür. Afrika ülkelerinden Bourkina-Faso'da kadınların %38,8'i gebe kalınacak döneme ilişkin doğru bilgiye sahiptir (55). Gül'ün 2004'te yürüttüğü bir araştırmaya göre Edirne'de 2004 yılında kadınların %16,8'i gebe kalınabilecek döneme ilişkin soruyu doğru yanıtlamışlardır (16). TNSA-2008 verilerine göre, Türkiye genelinde kadınların %26'si gebe kalma şansının daha fazla olduğu günlerin iki adet ortasında olduğunu bilmekte ve %30'u ise doğru zamanı bilmediklerini söylemişlerdir (45). Araştırma sırasında görüşülen kadınların gebe kalınacak döneme ilişkin bilgi düzeyi çok düşüktür.

Araştırma bölgesinde gebeliğin önlenemeyeceğini söyleyen kadınların oranı %10.6'dır, bu oran kırsalda %13 ve kentte %1.5'tir. Kırsalda yaşayan kadınların gebeliğin önlenemeyeceğini söylemeleri genel olarak eğitim azlığına bağlı bilgi eksiklikleri ve üreme sağlığına ilişkin bilgilerinin zayıf olduğunun bir göstergesidir. Sahra altı Afrika ülkelerinde yapılmış bir uluslararası araştırmaya göre Kenya ve Zimbabve'de kadınların %94'unun aile planlamasına ilişkin bilgi sahibi olduğu ve en az bir AP yöntemi bildiği tespit edilmiştir. Kamerun'da bu rakam %80'in üstünde bulunmuştur. Bu araştırmanın bizim araştırmamızla uyumlu olan sonuçlarına göre Mali ve Nijer'de kadınların %20'sinin hiçbir AP yöntem hakkında bilgisi yoktur (59).

Araştırmaya katılan kadınların %17'si bir AP yöntemi kullandığını belirtmiştir, bu oran kentte %35, kırsalda %12'dir. Nijer Sağlık Bakanlığı üreme sağlığı raporuna göre 2005 yılında Zinder Bölgesi aile planlaması yöntemi kullanım oranı en düşük olan bölgelerden biridir (%3) (60). 2005 yılından bu yana yapılan kimi çalışmalarla bu oranın artmış olabileceği düşünülmektedir. Adamou'nun 2013 yılında Nijer'in başkenti Niamey'de yaptığı araştırmaya göre kadınların %47'si bir AP yöntem kullanmaktadır (47). Diğer Afrika

ülkelerinde de oranlar, Nijer genelinde AP kullanım oranına göre yüksek iken bizim araştırmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Mali'de 2010 yılında AP yöntem kullanım oranı (evli kadınların) %8'dir (61). Nijerya'da AP yöntemi kullanan kadınlar %29,17'dir (62). Benin'de evli ya da birlikte yaşayan kadınların %17'si her hangi bir aile planlaması yöntem kullanmakta fakat sadece %6'sı modern AP yöntemi kullanmaktadır (53). Fildişi'de kadınların %18'i her hangi bir AP yöntemi kullanmaktadır (53). Verilerimize göre AP yöntem kullanımının önündeki temel engel başka çocuk isteği (%40) ve dini nedenlerden (%14.8) oluşmaktadır. Buna ek olarak kadınların %10'unun eşi AP yöntemi kullanımını istemiyor veya kadın kendisi yöntem kullanımına karşı olduğunu söylemektedir.

AP yöntemi kullanımına kırsalda yaşayan kadınların % 78.3'u ve kentte yaşayan kadınların % 95.8'i kocası ile beraber karar vermiştir. Bu Nijer'de kadının sosyal statüsünün kırsalda daha düşük olmasına iyi bir örnek oluşturabilir. Cangöl'ün 2010 yılında Türkiye-Lalapaşa İlçe merkezinde yaptığı bir araştırmaya göre kadınların % 85.6'sı AP yöntemi kullanım kararını kocası ile vermiş, %9.6'si kendisi karar vermiştir (63)

Araştırmaya katılan kadınların kullandığı en yaygın AP yöntemi hap ve enjeksiyondur. Bölgede yaşayan kadınların hem kırsalda hem de kentsel alanında hap ve enjeksiyon kullanımı tercihi diğer yöntemlerden daha yüksektir. Genelde Batı Afrika ülkeleri sağlık kuruluşlarında verilen AP yöntemi çeşidi azdır. Norplant ve RIA pratik olmalarına karşın Afrika'da kadınlar tarafından az kabul gören yöntemlerdir. Bu yöntemlerin kullanımı oranları 2012 yılında Benin'de %1.5, Togo'da %1.4 ve Burkina-Faso'da %3.4'tür (19). Burkina-Faso'da yaşayan evli kadınların %29'u ve erkelerin %24'u RIA'ya ilişkin hiç bilgi sahibi değildir (19). Hap ve enjeksiyonun çok kullanılmasının nedeni bu tür hizmetlerin daha çok uluslararası kuruluşlar tarafından verilmesi, çoğunlukla bu hizmetleri veren uluslararası kuruluşların daha kolay temin edilen ve yardımcı sağlık personelinin kolayca verebildiği, çok donanımlı sağlık kuruluşu gerektirmeyen yöntemleri (hap ve enjeksiyon) tercih etmeleri nedeniyle ve diğer yöntemlerin yeterince tanıtılmaması nedeniyle olabilir.

Zinder bölgesinde AP yöntemi kullanan kadınların kırsalda %83.3'ü, kentsel alanda %95.8'i AP yöntemi için danışmanlık almıştır. AP yöntem için kırsalda kadınların tamamı ebe ve hemşirelerden danışmanlık almıştır. Kentte hekimden danışmanlık alma oranı %2.2'dir. Niamey'de de benzer şekilde kadınların %88.4'ü AP yöntemi için danışmanlık almıştır (47). Edirne'de 2004 yılında kadınların yaklaşık yarısı (%51) kullandığı AP yöntemi için danışmanlık almıştır. Danışmanlığı kadınların %57.4'u ebe ve hemşireden, %39.6'si

hekimlerden almıştır (16). Bu Nijer’de özellikle kırsal alanda üreme sağlığı hizmetlerinin ebe ve hemşireler tarafından verildiğinin iyi bir göstergesidir.

Nijer genelinde kadınların en kolay ulaşılabildiği ve en yaygın bulunan sağlık hizmet birimi Entegre Sağlık Merkezleri olduğu için kırsalda kadınların %70.9’u AP danışmanlığını Entegre Sağlık Merkezlerinden almıştır, bu oran kentte %43.5’e düşmektedir. Benzer şekilde Edirne’de 2004 yılında yapılan bir çalışmada da kadınların çoğunun AP danışmanlığı için birinci basamak sağlık kuruluşlarını kullandığı (%36.5’i Sağlık Ocağından,%26.4’ü AÇSAP Merkezinden) belirlenmiştir (16).

Araştırmaya katılan kadınların kırsalda %75’i, kentte %52’si AP yöntemlerini Entegre Sağlık Merkezlerinden temin etmiştir. Başkent Niamey’de kadınlar benzer şekilde birinci basamak sağlık kuruluşlarını kullanmış ve %83.5’i kullandıkları AP yöntemlerini AÇSAP Merkezinden, %12.5’i Entegre Sağlık Merkezlerinden almıştır (47). Bir araştırmaya göre Nijer’de kadınların %67.4’ü AP yöntemlerini kamu sağlık kuruluşlarından almış ve bizim araştırmamıza benzer şekilde %44.7’si Entegre Sağlık Merkezlerini, %13.8’i AÇS-AP merkezlerini kullanmıştır (64).

Kırsalda yaşayan kadınların %96.5’i, kentte yaşayan kadınların tamamı son gebeliklerini planladıklarını söylemişlerdir. İdeal çocuk sayısına kadınların yaklaşık %70’inin 6 ve daha fazla çocuk yanıtını vermiş olduğu ve kadınların %80’inin istediği sayıda çocuğa sahip olmadığını bildirdiği göz önüne alındığında gebeliklerin tamamına yakınının planlanmış olabileceği düşünülmektedir. Boukina-Faso’da kadınlar ortalama olarak 5.5 çocuk sayısını ideal görmekte ve yapılan araştırmalarda gebeliklerin %91.5’i planlanmış, yalnızca %6.6’sının daha sonra ve %1.6’sının hiç istenmediği tespit edilmiştir (55). Bu sonuçlar “Afrika genelinde evli kadınların %22’si planlamamış gebelik riski altındadır” diyen uluslararası raporla çelişmektedir (65).

Kırsalda araştırmaya katılan kadınların %23’ünün doğacak çocuğunun cinsiyeti için bir tercihi vardır, kentte bu oran daha az ve %11.5’tir ve çoğunlukla tercih edilen cinsiyet erkektir. Erkek cinsiyet tercihi, aynı zamanda Nijer’de kadının toplumsal statüsünün düşük olmasının da bir göstergesidir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğu AP yöntemi temin etme ve danışmanlık hizmetlerinde olduğu gibi gebelik tanısının konmasında da Entegre Sağlık Merkezlerini kullanmayı tercih etmişlerdir. Araştırma bölgesinde gebelik tanılarının %87.7’si Entegre Sağlık Merkezlerinde konmuştur. Bu oran kırsalda en kolay ulaşılabilen hizmet birimleri olması nedeniyle %96’ya yükselmiştir. Entegre Sağlık Merkezlerinde kadınlar AP yöntemi

danışmanlığında olduğu gibi gebelik tanısında da hizmeti büyük oranda (%95.6) ebe ve hemşirelerden almıştır. Bunun nedeni Nijer’de az sayıda olan hekimlerin daha çok ileri bakım hizmeti veren hastanelerde ve acil servislerde çalışıyor olmalarıdır.

Son bir yıl içinde doğumla sonuçlanan gebeliği olan 141 kadından 128’ine (%91.4) gebeliği boyunca en az bir kez sağlık personeli tarafından izlem yapılmıştır ve izlem sayısı ortancası 3’tür. DSÖ’nün önerdiği şekilde dört ve daha fazla sayıda DÖB alan kadın oranı yalnızca %35.2’dir. Bizim verilerimize benzer şekilde UNFPA verilerine göre 2000 yılında Nijer’de kadınların %77’si gebelik sırasında doğum öncesi bakım görmemiştir (21). DÖB alma açısından, hem Nijer’in hem de Zinder bölgesinin durumu kimi Afrika ülkelerine göre daha kötüdür (47). Gabon’da en az 4 DÖB alan kadınların oranı %78’dir (62). Türkiye’de TNSA 2008 verilere göre gebe kadınların DÖB alma oranı %92’dir ve bakımların %90’i bir doktor tarafından yapılmıştır. Kadınların %74’ü dörtten fazla doğum öncesi bakım almıştır (45). Diğer üreme sağlığı hizmetlerinde olduğu gibi DÖB izlemleri içinde kadınlar hem kentte (%53.8 AÇSAP Merkezinde), hem kırsalda (%90.2’si Entegre Sağlık Merkezinde) daha kolay ulaşılabildikleri birinci basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmişlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların tamamına ebe/hemşire tarafından gebe izlemi yapılmıştır. Kırsal alanda gebe izlemleri için ebe/hemşire görevlendirmektedir ancak kentte de kadınlardan yalnızca 1 tanesine hekim tarafından DÖB verilmiştir. TNSA 2008 verilere göre Türkiye’de gebe kadınların DÖB alma oranı %92’dir ve bakımların %90’i bir doktor tarafından yapılmıştır (45). Zinder’de gebelik izlemleri ebe ve hemşireler tarafından sağlık kuruluşlarına başvuran gebelere verilmektedir. Riskli gruplar için evlere kadar uzanan bir hizmet örgütlenmesi Nijer’de mevcut değildir. Bu nedenle gebe izlem yapılmayan kadınların %40’ı izlem yapılmama gerekçesi olarak kendisinin izlem gereği duymamasını belirtmiştir. Böyle olunca izlem yapılmamasının en önemli nedeni kadınların bilgi eksikliği olmaktadır.

Bölge genelinde gebelik izlemi süresince en az iki doz tetanos aşısı olan kadın oranı %72.8’dir ve kır ve kent arasında önemli bir farklılık yoktur. İzmir’de (Türkiye) yapılmış bir araştırmaya göre orada yaşayan 15-49 yaşlar arası kadınların %8.2’sinin gebe izlem sırasında Tetanos aşısı eksik bulunmuştur(66). Edirne-Lalapaşa ilçesinde DÖB alan kadınların tamamı izlem sırasında tetanos aşısı olmuştur (63). DSÖ 2012 yılın istatistiklere göre Nijer’de gebe tetanos aşı oranı, bizim verilerimize benzer şekilde %84’tür (17).

Araştırma verilerine göre Zinder bölgesinde yaşayan kadınların %67.6’sının doğumları evde gerçekleşmiştir. Doğum yapıldığı yer yaşanan yere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Kırsalda yaşayan kadınların %76.1’i doğumlarını evde gerçekleştirirken

kentlerde yaşayan kadınların %69.2'si sağlık kurumda doğumu yapmıştır. Benzer şekilde, Nijer'in komşularından olan Mali'de doğumların yalnızca %55.5'i, Burkina Faso'da 2010 yılında doğumların yalnızca %66'sı sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir (55,67). TNSA 2008 verilere göre Türkiye'de doğumların % 90'i bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir (45).

Araştırma bölgesinde yaşayan kadınların gebelik boyunca izlem oranı %91.4 olmasına rağmen, sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı azdır. Kadınların %95.7'si ağrıları (kontraksiyonları) sıklaştığında doğum için sağlık kuruluşuna gitme kararı aldığını bildirmiştir. Doğum için elverişli donanımlı bir sağlık kuruluşuna uzaklık ve doğum için sağlık kuruluşuna gitme kararının geç verilmesi bunun en önemli nedenleridir.

Nijer'de geleneksel olarak doğumların sağlık kuruluşunda ve doktor yardımı ile yapılması yaygın değildir, özellikle kırsal kesimde doğumlara çoğunlukla ara ebeleri yardımcı olmaktadır. Araştırma bölgesinde kadınların çoğu sağlık kuruluşunda doğum yapmadığı için doğal olarak doğum sırasında bir sağlık personelinden yardım alma oranı da azdır. Bu oran kırsalda %25, kentte biraz daha iyi %65.4'tür. Doğumda sağlık personelinden yardım alan kadınların çoğu doğum sırasında şiddetli kasılmalar ve aşırı kanama gibi sorunlar yaşadığını söyleyen kadınlardır. Yapılan bir araştırmaya göre; Nijer genelinde de durum Zinder bölgesinden pek farklı değildir ve kadınların yalnızca %15'inin doğum sırasında eğitimli bir personel tarafından yardım aldığı belirlenmiştir (21). Aynı araştırmayla benzer şekilde hekim tarafında doğum yardımı alan kadın oranı bizim araştırmamızda da çok düşüktür (Nijer geneli %1, Zinder %2.96) (21). Kadınların çoğu (%60.7) ara ebesi yardımı ile doğum yapmıştır, bu oran Nijer genelinde %29'dur (21). Nijer Sağlık Bakanlığın 2005 raporuna göre de ülkede kadınların ülkede sadece %16'si doğum sırasında sağlık personeli yardımı almıştır (60). Nijer'in komşuları olan Mali (%56), Burkina Faso (%67), Kamerun'un (%61) durumu doğum sırasında sağlık personelinden yardım alma konusunda Nijer'e göre daha iyidir (55,68).

UNİCEF verilerine göre Burkina-Faso, Kamerun, Ghana ve Nijer'de kadınların çoğunluğu doğumu sağlık kuruluşları dışında yaptıklarından dolayı doğum sonrası bakım almamaktadır. Sağlık birimlerinde doğumu yapanların da %50'sinden azı doğum sonrası bakım almaktadır (69). Nijeria, Burkina Faso, Ghana ve Kamerun'da kadınlar sırasıyla %46, %44, %27 ve %25 oranında doğum sonrası bakım almamaktadır (69). Nijer başkenti Niamey'de kadınların %96.3'une doğumdan sonra en az bir kez izlem yapılmıştır (47).

Doğumların büyük çoğunluğu bir sağlık kuruluşunda olmadığı için doğal olarak ülkede sezeryan oranları da düşüktür. Araştırma bölgesinde gerçekleşen doğumların %98.6'sinin normal doğum olduğu saptanmıştır. Doğumların yalnızca %1.4'ü sezaryenle

olmuştur. Bu Nijer'e komşu diğer Afrika ülkelerinde de benzerdir. Mali'da doğumların %3.5'i, Nijeria'da %4.7'si, Benin'de %3.6'sı sezaryen ile olmaktadır (23,59). DSÖ'nün bir araştırmasına göre Sahra altı Afrika ülkelerinde doğumda sezaryen oranı çok düşüktür. Özellikle Tchad, Etiyopiya, Guinée, Madagaskar, Mali, Mozambika, Nijer ve Nijeria ülkelerde 2013 yılında doğumda sezaryen oranı %1'i altında olduğu saptanmıştır (23).

Son bir yılda doğan bebeklerin yalnızca %37'sinin doğum sonrası tartısı alınmıştır, bu oran kırsalda (%28) ve kentte (%77) anlamlı olarak farklıdır. Bu farklılaşmanın nedeni de kentte doğumların daha yüksek oranda sağlık kuruluşunda ve bir sağlık personeli yardımı ile olmasından kaynaklanmaktadır. Benzer şekilde bir farklılık bebeğin doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirilmesinde de gözlenmektedir. Kırsalda doğan bebeklerin %40'ı, kentte doğan bebeklerin %81'i ilk saat içinde emzirilmiştir. Evde doğan bebeklerin yalnızca %29'u ilk saat içinde emzirilirken, sağlık kuruluşunda doğanların %84'ü ilk saat içinde emzirilmiştir.

Araştırma bölgede kadınların ortalama olarak %6.4'u en az bir kez istemsiz düşük olayı yaşamıştır ve büyük çoğunluğu düşüklerin sıtmaya bağlı olabileceğini söylemiştir. Araştırmaya katılan kadınların son beş yıl içinde kırsal alanda %5.5'i, kentte %9.9'u en az bir kez düşük yaşamıştır. Nijer'in Başkenti Niamey'de 18 yaş ve altı kadınların %18.6'sı, 18-35 yaş grubu kadınların %26.9'u ve 35 yaş ve üzeri kadınların %53.9'u en az bir kez düşük deneyimi yaşamıştır (47). Edirne'de 2005'te yapılan araştırmaya göre kadınların %3.7'si son beş yılda düşük yapmıştır. Bu araştırmaya katılan kadınlar düşüklerin %42'sinin ağır kaldırmadan kaynaklandığını söylerken, %35.7'si ise nedenini bilmediğini söylemiştir (16). Kadınların %65'i düşük sırasında sağlık personelinden yardım almıştır. Düşük sonrası sağlık personelden yardım alan kadınların oranı kırsalda %59.3'tür kentte ise oranı %76.9 olmaktadır.

Kadınların sosyo-demografik kimi özelliklerine göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma durumuna baktığımızda, yaşadığı yerde bir sağlık birimi bulunanların, sosyal güvencesi olanların, en az bir yıl okula devam etmiş olanların ve gelir getirici bir işte çalışanların özellikle geleneksel olarak da kullanılmayan hizmetler olan bir sağlık kuruluşunda doğum yapma ve doğum sonrası bakım hizmetlerinden anlamlı düzeyde yüksek oranda yararlandığı görülmüştür. Bu sonuçlar Nijer 2012 Nüfus Sağlık Araştırmasında, Türkiye 2008 Nüfus ve Sağlık Araştırmasında benzer şekilde bulunmuştur (28,45). EDS-MICS 2012 verilerine göre Gine, Fildişi ve Kamerun gibi ülkelerde kadının eğitim durumunun ve çalışmasının üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmasını olumlu olarak etkilediği ortaya konmaktadır (28).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma Nijer – Zinder bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların; doğurganlık özelliklerini belirlemek, üreme sağlığı hizmetlerine erişimlerini ve kullanım oranlarını belirlemek ve bunları etkileyen kimi etmenleri belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

- Araştırmaya katılan kadınların %79.3'u kırsal ve %20.7'si kentsel bölgelerde yaşamaktadır.
- Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 24.34 ± 7.24 'tür.
- Eğitim düzeyi çok düşüktür, ancak kadınların %1.6 lise bitirmiştir.
- Kadınların %40.5'i gelir getirici işte çalışmaktadır.
- Kadınların %67.1'i yaşadıkları yerlerde başvurduğu bir sağlık birimi olduğunu söylemiştir.
- Kadınların %13.9'u sağlık sigortasına sahip olduğunu bildirmiştir. Bu rakam kent ve kırsal alanlar arası çok farklıdır çünkü kentte %35.9 olurken kırsalda %8 düşmektedir.
- Genç yaşta evlilik çok yaygındır. Kadınların %67.8'i 15 yaşından önce evlenmiştir.
- Akraba evliliği yaygındır (%40.9) ve evlilikleri çoğunluğu (%90.1) yalnız dini nikah ile olmaktadır.
- Araştırmaya katılan kadınların, %81'ine göre evlenme ya da birlikte yaşama kararını kadın ve erkek ortak vermelidir, %89.3'üne göre gebelik kararı da ortak alınmalıdır
- Adolesan gebeliği yaygın olduğu bölgedir. Kadınların %21.8'i 15 yaşından önce, %63.6'sı da 16-19 yaşları arasında gebe kalmıştır.

- Kadınların %59.6'sı iki gebelik arası sürenin 2 yıldan fazla olması gerektiğini söylemiştir.
- Katılımcıların %68'i ideal çocuk sayısı 6 çocuktan fazla olmalıdır demiştir.
- Kadınların yalnızca %10'u gebe kalınacak dönemi doğru olarak söyleyebilmiştir.
- Ölü doğum (kır %2.9, kent 2.4) ve çocuk ölümleri (kır %28 kent %26.9) açısından kır ve kent arasında önemli farklılık yoktur.
- Herhangi bir AP yöntemi kullanan kadın oranı %17.1'dir. Bu oran kent ve kır arasında %35.9'dan % 12.2'e düşmektedir. En çok kullanılan yöntem Hap (% 69.2) ve enjeksiyon (23.4) olup, kadınların %86.1'i yöntem kullanma kararını kocası ile beraber verdiğini söylemiştir.
- Kadınların %72.4'u son beş yıl içinde en az bir gebelik yaşamış, %22.7'si son bir yıl içinde canlı doğum yapmıştır. Kadınların %97.1 son gebeliği planlamış ve onların %81.4'u istediği sayıda çocuk sahibi olmadığını söylemiştir.
- Doğum öncesi ilk bakım alma zamanı ortalaması 5 aydır (min:2 - max:9), bakım ortalama sayısı 3.3 (med:3, min:1 - max:7)'tür. Elde edilen verilere göre doğum öncesi bakım oranı %91.4'tür ve kent ile kır arası bu konuda istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.
- Kentte gebelik izlemleri yarısı (%53.8) AÇS merkezlerinde yapılmıştır, kırdaki ise izlemlerin %90.2'si entegre sağlık merkezlerinde olmuştur. Hem kırsal hem de kentte gebelik izlemlerin tamamına yakın ebe ve hemşireler tarafından yapılmıştır.
- Gebelik sırasında kadınların %86.5'i en az bir tetanos aşısı olurken, %72.8'i 2 veya daha fazla tetanos aşısı olmuştur. Bu konuda kent ve kır arası anlamlı fark yoktur.
- Gebelik esnasında kadınların %81.2'sine AP ile ilgili bilgi verilmiş, %79.7'sine gebelik tehlike belirtileri hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Gebelik sırasında kadınların %93.5'ine demir hapi ve sıtma ilacı verilmiştir.
- Kadınların yalnız %32.4'ü (kentte 69.2, kır 23.9) sağlık kurumunda doğum yapmıştır. Doğum sırasında en çok ebe ve hemşirelerden yardım alınmıştır. Doğumların %98.6'si normal doğum olarak yapılmış. Kadınların %18'i doğum sırasında bir sorun yaşamıştır. En sık yaşanan sorunlar kanama (%36.7) ve uzun doğum eylemi (%33.3) olmuştur.
- Kentte doğuran bebeklerin %76.9'u doğumdan sonra tartılmış iken, kırsalda yalnız bebeklerin %27.7'si tartılmıştır (p:0,000).

- Kentte kadınların doğumu takip eden ilk bir saat içinde bebeğini emzirme oranı %80.8 iken kırsalda %39,3'tur (p:0.000).
- Son bir yıl içinde doğum yapan kadınların %20.4'ü DSB almış, diğer kalan %75'i DSB gereği duymamıştır.
- Doğum öncesinde ve doğum sonrasında kadınların hiçbiri kontrol için evde ziyaret edilmemiştir.
- Araştırmaya katılan kadınların %6.4'ü son beş yıl içinde istemsiz düşük deneyimi yaşamıştır. Bu kadınların %65'i düşüktan sonra sağlık personelinde yardım almıştır. Düşük yapan kadınlar en çok kasık ağrısı ve parçalı kanama ile düşüğün farkında varmışlardır.
- Kadınların %32.5'i düşüğün nedeninin sıtma hastalığı ile alakalı olduğunu bildirmiştir, %62.5'i nedeni bilmemektedir.
- Yaşadığı yerde sağlık birimi olan kadınlar olmayan yerlerdeki kadınlardan daha yüksek oranda AP yöntem kullanmakta ve sağlık kuruluşunda doğum yapmaktadır.
- En az 1 yıl okula devam etmiş olan kadınların, okuma yazma bilmeyen kadınlara göre AP yöntemi kullanım oranı daha yüksektir (%14.8 karşı %21.8 p:0.030). Okuma-yazma bilmeyenlerin DÖB, DSB ve sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı en az 1 yıl okula devam etmiş kadınlara göre daha düşüktür.
- Gelir getirici bir işte çalışan kadınların AP yöntemi kullanım oranı, çalışmayan kadınlara göre daha yüksektir.

Zinder Bölgede yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların üreme sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin azaltılabilmesi veya giderilmesi için akla gelen öneriler şöyle sıralayabiliriz;

- Tüm ülke için kapsamlı bir nüfus planlaması politikası oluşturulmalıdır.
- Özelde kadınların, genelde tüm toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesi için çalışmalar yapılmalı, okullaşma oranı artırılmalıdır.
- Çok sayıda üreme sağlığı sorununa neden olan erken yaş evlilikler ve erken yaşta gebeliklerin azaltılması için okullaşmanın artırılmasının yanı sıra yalnızca kadınlara değil tüm topluma planlı bir şekilde sağlık eğitimi verilmelidir.
- Araştırma bölgesinde ve Nijer'de doğurganlık çok yüksektir. Evlenme çağındaki kadın ve erkeklere aşırı doğurganlığın neden olduğu sağlık sorunları ve riskli gebeliklerle ilgili eğitim programları hazırlanmalıdır.

- Üreme sağlığı hizmetlerini de kapsayacak şekilde, sağlık hizmetlerine tüm halkın coğrafyasal ve ekonomik olarak kolayca erişmesini sağlayacak şekilde, gerektiğinde evlere kadar uzanan bir birinci basamak sağlık örgütlenmesi oluşturulmalıdır.
- Üreme sağlığı ile ilgili yenilikçi, eğitici, kapsayıcı sağlık ve eğitim programları hazırlanmalı, bu programlara genç erkek ve kadınların katılımı sağlanmalıdır.
- Doğumların tamamının sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesinin önündeki ekonomik, coğrafyasal, geleneksel nedenlerin ortadan kaldırılması için eğitim ve örgütlenme çalışmaları yapılmalıdır.
- Riskli gebelikleri olan annelerin izlenmesi ve doğumlarını bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirmesini sağlamak için sağlık kuruluşlarına yakın yerlerde konaklama birimleri kurulmalıdır.
- Kadınların doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak için, anne ve çocuk için DSB'ın gerekliliğini anlatan eğitim çalışmaları yapılmalıdır.
- Düşüklerin çoğuna neden olan sıtma hastalığı için yalnızca tanı konanlara ilaç tedavisi değil çevresel önlemleri ve taramaları da içeren çalışmalar yapılmalıdır.
- Bölgede ve ülkede bugüne kadar genellikle uluslararası kuruluşlar tarafından yapılan çalışmalara dayalı veriler mevcut. Sorunların ve nedenlerin daha gerçekçi ortaya konulabilmesi için bir kayıt sisteminin oluşturulması ve/veya verilerin yerel araştırmacılar tarafından toplanmasının sağlanması için çalışmalar yapılmalıdır.

ÖZET

Bu çalışma Nijer – Zinder bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların; doğurganlık özelliklerini belirlemek, üreme sağlığı hizmetlerine erişimlerini ve kullanım oranlarını belirlemek, bunları etkileyen kimi etmenleri belirlemek, araştırma sonunda elde edilen verilerin irdelenmesiyle, daha iyi üreme sağlığı hizmeti sunulabilmesi için, Türkiye deneyimlerinden de yararlanılarak çözüm önerileri geliştirerek, bölgesel sağlık planlamasına katkıda bulunmak amacıyla planlanmıştır.

Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır ve Nijer-Zinder bölgesinde, Mart-Ağustos 2013 tarihlerinde yapılmıştır. Bölgeden 633 kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Zinder bölgesinde bulunan yerleşim yerlerinin kadın nüfusuna göre ağırlıklandırılarak belirlenen kadınlar yerleşim yerlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Katılımcılara, araştırmacı tarafından geliştirilen 95 soruluk bir anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 24.34 ± 7.24 (min:14.0- max:49.0)'tür. Okur-yazar olmayan kadın oranı %68.7'dir Katılımcıların % 40.5'i gelir getirici bir işte çalışmaktadır, Bölgede erken yaşta evlilik çok yaygındır. Bölgede yaşayan kadınların %67.8'i 15 yaşından önce evlenmiştir

Kadınların % 21.8'i 15 yaşından önce gebe kalmışlardır, % 63.6'sı da 16-19 yaşları arasında gebe kalmıştır. Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı ortalaması 3.38 ± 2.09 (min:0 – max:11)'dir. Araştırmaya katılan kadınlar arasında herhangi bir AP yöntemi kullanım oranı %17.1'dir. Son bir yıl içinde doğumla sonuçlanan gebeliği olan 141 kadından 128'ine (%91,4) gebeliği boyunca en az bir kez sağlık personeli tarafından izlenmiştir. Kadınların yalnızca %32.4'ü doğumunu bir sağlık kurumunda yapmış ve %32.6'sı sağlık

personelinden yardım almıştır. Son bir yıl içinde canlı doğum yapan 141 kadından yalnızca 28'i (%20.4) doğum sonrası bakım almıştır. Hem doğum öncesinde, hem de doğum sonrasında kadınların hiçbiri kontroller için evde ziyaret edilmediğini belirtmişlerdir.

Yaşadığı yerde sağlık birimi bulunanlar, en az bir yıl okula devam etmiş olanlar, sağlık güvencesi olanlar ve gelir getirici bir işte çalışan kadınlar üreme sağlığı hizmetlerinden diğer kadınlara göre daha fazla yararlanmışlardır.

Bu çalışma Zinder bölgesinde yaşayan kadınlarda erken yaşta evliliklerinin, erken yaş gebeliklerinin ve çok sayıda doğumun üreme sağlığı sorunlarına yol açtığını göstermiştir. Bu bölgede kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımının Nijer'in diğer bölgelerine göre, Afrika'da kimi ülkelere ve Türkiye'ye göre daha kötü durumda olduğunu ve hizmetlerden yararlanmanın kadının statüsü ile bağlantılı olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Üreme sağlığı, 15-49 yaş kadın, doğum öncesi bakım, doğum sonrası bakım, aile planlaması, sağlık hizmeti

THE STATE OF REPRODUCTIVE HEALTH OF 15-49 AGED WOMEN in ZINDER – NIGER

SUMMARY

The aim of this study is to determine the fertility characteristics, access and usage rates of reproductive health services and factors that affected them among 15-49 aged women in Zinder-Niger. And to contribute regional health plans and to make suggestions by explicating these results and utilizing Turkey experiences.

It is a descriptive and cross-sectional study and conducted in March – August 2013 at Zinder – Niger. 633 women implicated to the study. Identified women who are weighted by the population of the settlements were chosen randomly. The 95 items questionnaire form which developed by the researchers implement to the women by face to face.

The mean age of respondents is 24.34 ± 7.24 (min:14.0- max:49.0). The rate of illiterate women is 68.7%. Forty percent of women have been working out of home. Adolescent marriages are prevalent in Zinder. 67.8% of them have married before 15.

Twenty percent of women conceived before 15, and 63% of them at 16-19 ages. The mean living child number is 3.38 ± 2.09 (min:0 – max:11). 17.1% of women have been used a contraceptive. 128 (91.4%) of 141 women who have a pregnancy at last year have been at least one prenatal care visit by a health Professional. Only 32.4% of women delivered their baby in a health care facility and have got assistance by a health care Professional. 20.4 % of 141 women have got postnatal care. None of the women have been visited at their home by a health care professional before and after the birth.

Women who have a health care facility in their settlement, who have attended to school at least one year, who have social security and who have worked out of home have exploited reproductive health services more than the other women.

This study has expressed that adolescent marriages, adolescent and frequent pregnancies have led to reproductive health problems. The exploitation of reproductive health services, of the women living in this region are less than in other regions of Niger and some African countries and Turkey and it is related to the state of the women.

Key words: Reproductive health, 15-49 aged women, prenatal care, postnatal care, birth, family planning, health services

SITUATION DE SANTE DE LA REPRODUCTION DES FEMMES DU GROUPE D'AGE DE 15-49 ANS VIVANTE DANS LA REGION DE ZINDER-NIGER

RESUME

Cette etude, en determinant les caracteristiques specifiques de la natalite des femme agées de 15-49 ans vivant dans la region de Zinder, l'accès aux soins de santé de la reproduction, le taux de leurs utilisation ainsi que ses facteurs determinant et suite a l'analyse des resultat obtenu et en s'inspirant aussi des experiences de la turquie, a pour but de degagée des recommandations de participer a l'amelioration des services de santé de la reproduction dans cette region.

Cette étude descriptive et transversale a été menée dans la region de Zinder-Niger entre les mois de Mars et Aout de l 'année 2013 et a concerner une population de 633 femmes. Les participantes a cette etudes ont ete determiner par une methode aleatoire en fonction de la densité de la population selon le milieu d'habitation. Les participantes ont été questionnées une a une par l enqueteur avec une fiche constituée de 95 questions.

La moyenne d'age des parcipantes est de 24.34 ± 7.29 (min:14.0- Max49.0). le taux d'analphabetisation quant a lui est de 68,7%. 40.5% des participantes disposent d'un travail remuneré. Le mariage precoce est tres rependu dans la region car notre etude a montrée que 67,8% des femmes se sont mariée a moins de 15 ans.

Dans la region 21,8% des femmes ont eu leurs premiere grossesse avant d'atteindre de 15 ans, 63,6% des femmes agées de 16-19 ans ont dejas eu une grossesse. Le nombre moyen

d'enfant vivant des participantes s'est révélé de 3.38 ± 2.09 (min:0- max:11). Le taux d'utilisation de contraceptif est de 17.1%. Parmi les 141 femmes participantes qui ont eu une naissance vivante au cours de l'année précédente 128(91,4) ont pu bénéficier d'au moins d'un suivi par un personnel de santé. 32,4% ont accouchées dans une structure de santé et 32.6% des femmes ayant accouché dans les structures de santé ont reçu de l'assistance du personnel de sanitaire. Toujours ces 141 femmes qui ont accouché au cours de cette année précédente 28(20.4%) ont été suivies en période post natale. Aucune femme n'a été visitée à la maison en près ou poste natale.

Il en ressort que les femmes disposant d'une structure de santé dans leur lieu d'habitation, Les femmes alphabétisées, celle qui disposent d'une assurance santé et d'un travail profitent mieux des services de santé de la reproduction par rapport à celle qui n'en disposent pas.

Les mariages et les grossesses précoces, le multiparité se révèlent être les voies d'ouverture aux problèmes de santé de reproduction dans cette région. L'utilisation des services de santé de reproduction dans la région de Zinder se retrouve faible par rapport à d'autres régions du pays, à d'autres pays africains et par rapport à la Turquie et se trouve aussi liée avec le statut de la femme.

Mots-clés: santé de la reproduction, les femmes de 15-49 ans, les soins prénatals, les soins postnatals, la planification familiale, les soins de santé

KAYNAKLAR

1. Üreme Sağlığına Giriş. Sağlık Bakanlığı. Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara.2009. <http://www.ghs.gov.tr/birimdosya/UremeSagligiGiris.pdf>
Erişim Tarihi: 19.02.2013
2. Plan de Développement Sanitaire 2005 – 2009. http://www.abidjan.cooperazione.esteri.it/utlabidjan/IT/iniziative/pdf/niger/Plan_Development_Sanitaire.pdf. Erişim Tarihi.19.02.2013 (S 6)
3. La definition de la sante de OMS. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>.
Erişim Tarihi:07.03.2014
4. OMS Definition de la sante de reproduction <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>. Erişim Tarihi:07.03.2013
5. Politique Nationale de sante de reproduction. http://familyplanning-drc.net/docs/5_PolitiqueNationaleDeSanteDeLaReproduction_Juillet_2008.pdf. Erişim Tarihi: 07.03.2013 (S 19)
6. TC Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Üreme Sağlığına Giriş. Ankara; 2009.
7. Güler Ç, Akın L (Ed). Halk Sağlık Temel Bilgiler- 1 Cilt. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2012: 218-219.
8. Alphabétisme Des Adultes Et Des Jeunes. <http://www.uis.unesco.org/FactSheets/Documents/fs20-literacy-day-2012-fr-v5.pdf>
Erişim tarihi:16.06.2014
9. <http://www.uis.unesco.org/FactSheets/Documents/fs20-literacy-day-2012-fr-v5.pdf>
Erişim Tarihi: 16.06.2014

10. Autonomisation Économique De La Femme Etcroissance Inclusive:Marchés Du Travail Et Développement De L'entreprise. <http://www.idrc.ca/FR/Documents/KabeerPaper-FR.pdf>. Erişim Tarihi:16.06.2014.
11. Abouzahr.C, Roytan.E. Maternal Mortality A Global Factbook. Genevo: WHO, 1991.
12. Hamadou A. Les Facteurs Limitant Les Femmes Aux Soins Obstetricaux D 'Urgence Completa Apres Admission A L Hopital De Districte De Filingue.İSP -2011; 7-12
13. <http://enfants-air.com/niger/zinder.php> Erişim Tarihi: 17.03.2014
14. Ministere De La Sante. Republique du Niger Ministere de la santé publiqueet de la lutte contre les endemiés .version du 15 juin 2005. Programme National De Sante De Reproduction 2005-2009.
15. www.actuniger.com journal du 9 avril 2011. Erişim Tarihi: 17.03.2014
16. Gül H. Edirne İl Merkezi Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınlarda Üreme Sağlığı Bağlamında Düşükler ve Ölü Doğumların İrdelenmesi (Tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2004.
17. <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-NER> Erişim Tarihi:20.04.2014
18. Akın A, Oktay G. Üreme Sağlığı Uluslararası Kararlar ve Türkiye Uygulamaları http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi_3/baslik3.pdf E. Tarihi: 18.03.2014.
19. USAİD.Etendre le choix contraceptif en Afrique de l'Ouest http://www.respondproject.org/pages/files/6_pubs/project_briefs/Project-Brief-15-IPPF-Capacity-Building-June2013-FINAL-French-forweb.pdf. Erişim Tarihi:20.04.2014
20. Un guide sur la sante sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest francophone a l 'attention des journalistes.2011. http://www.prb.org/pdf11/west-africa-media_fr.pdf Erişim Tarihi:20.04.2014
21. Orientation du Niger en SR. <http://niger.unfpa.org/sante-orient.htm> Erişim Tarihi:18.04.2014
22. Femme et travail en Mauritanie. Lalla Aicha Guongo..
<http://www.ciddef-dz.com/pdf/revues/revue-10/femmes-et-travail-en-mauritanie.pdf>.
Erişim Tarihi:19.04.2014.
23. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 2013.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/12/13-117598-ab/fr/>. Erişim Tarihi: 23.04.2014
24. http://www.coopami.org/fr/countries/countries_partners/niger/country_description/index.
Erişim Tarihi: 22.05.2014
25. http://www.routard.com/images_contenu/partir/destination/niger/carte/nigerpop.gif.
Erişim Tarihi: 22.04.2014

26. Loi sur la sante de reproduction selon la constitution du 09 aout 1999.Assemblé nationale du Niger. Titre IV. Soins et services de la santé de reproduction. 15.06.2013
27. Resultat du 4ème recensement général de la population et de l'habitat au Niger. http://www.medianiger.info/Index.asp?affiche=News_Display.asp&ArticleID=2940.vendredi Erişim Tarihi: 19.04.2013.
28. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN-MICS IV) 2012. Institut National de la Statistique (INS) Ministère des Finances Niamey, Niger.
29. Equete demographique de santé et a indicateurs multilples du Niger (EDSN-MICS IV) 2012. Rapport préliminaire.
30. <http://donnees.banquemondiale.org/pays/niger.indicateur> Niger.numeros.1-202-458-7677. Erişim Tarihi:12.04.2014
31. <http://www.stat-niger.org/statistique/file/Regions/Zinder-En-Chiffres%202010.pdf>. Erişim Tarihi:19.03.2014
32. Annuaire des statistiques sanitaires du Niger année2011.Ministere de la santé publique secretariat général Direction des statistiques.pdf.
33. Compte nationaux de la sante.exercice 2011. Ministere de la sante publique.Rapport CNS 2011 Niger janvier 2014 version final.Pdf.
34. Laminou M, Adamou K. Une approche sociologique de la prise en charge de la malnutrition infantile sévère par l'ong BEFEN dans le département de. http://www.cooperationsuisse.admin.ch/niger/fr/Accueil/Les_programmes/Education_Formation_professionnelle/Programme_d_Appui_a_la_Qualite_de_l_Education. Erişim Tarihi:04.03.2013
35. <http://www.stat-niger.org/statistique/file/rgph2012>. Presentation Des Resultats Preliminaires Duquatrieme (4ième)Recensement Generalde La Population Et De L'habitat (Rgp/H)2012. Erişim Tarih.15.03.2013
36. http://www.memoireonline.com/08/13/7273/m_Une-approche-sociologique-de-la-prise-en-charge-de-la-malnutrition-infantile-severe-par-l-ong-BEFE7.html. Erişim Tarihi: 15.03.2013
37. Kofi Annan, Déclaration à la Cinquième Conférence Asiatique et Pacifique sur la Population Décembre 2002. <http://www.ppdafrika.org/docs/RH-MDGsf.pdf>. Erişim Tarihi:18.03.2014
38. Objectif du Millenaire pour le developpement. <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/bkgd.shtml>. Erişim Tarihi:18.03.2014
39. Georges Guiella Santé Sexuelle et de la Reproduction des Jeunes au Burkina Faso:Un Etat des Lieux.pdf http://www.gutmacher.org/pubs/or_no12. Erişim Tarihi:19.03.2014
40. Profile de sante du Niger 2006.WHO. <http://www.afro.who.int/fr/niger/profil-de-sante-du-pays.html>. Erişim Tarihi: 19.03.2014

41. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ner_09_fr.pdf. Erişim Tarihi:15.04.2014
42. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ner_fr.pdf. Erişim Tarihi:19.03.2014
43. <http://www.bizimgazete63.com/?Syf=18&Hbr=525492&/Hem-resmi-hem-de-dini-nikah-ile-evlenen-%C3%A7iftlerin-oran%C4%B1-y%C3%BCzde-93,7>. Erişim Tarihi:20.03.2014.
44. Quelques faits et chiffres sur la situation des femmes au Niger
http://www.unicef.org/wcaro/french/WCARO_Niger_Factsheet_Fr_StatutFemmes.pdf. Erişim Tarihi:19.04.2014
45. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. TNSA2008 Ana Raporu.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf Erişim Tarihi:18.04.2014.
46. Analyse diagnostique de la situation de la femme au Niger
[http://niger.unfpa.org/docs/Femme%20Niger%20\(rapport%20evaluation\).pdf](http://niger.unfpa.org/docs/Femme%20Niger%20(rapport%20evaluation).pdf) Erişim Tarihi: 19.04.2014
47. Adamou.A.S. Nijer'in Başkenti Niamey'de Aile Planlaması Hizmetlerinin Durumu Ve Bu Hizmetleri Etkileyen Faktörler (Tez).Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
48. Aydın H. Akriba Evliliği Sıklığı ve Önemi.
<http://tipdergisi.ibu.edu.tr/arsiv/2008/1/y2008c3s1L.pdf>. Erişim Tarihi:18.04.2014.
49. UNFPA.Etat de la population mondiale 2005.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/swp05_fre.pdf Erişim Tarihi:10.06.2014
50. United nations,division de la population des nations unies,departement des affaires economiques et sociales,World marriage patterns2000,
<http://www.un.org/esa/population/publications/worldmarriage/worldmarriagepatterns2000.pdf>. Erişim Tarihi: 10.06.2014
51. La nuptialite precoce <http://afrikibouge.com/chronique-de-societe/1155-la-nuptialite-precoce..2010>. Erişim Tarihi:19.04.2014
52. UNFPA,Face aux défis de la grossesse chez l'adolescence,
<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/FR-SWOP2013.pdf>. Erişim tarihi: 10.06.2014
53. http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Benin/benin_pnds_2009-2018_last_year_version_fr.pdf. Erişim Tarihi:16.04.2014
54. Gender in Nigeria Report 2012 Improving The Lives of Girls and Women In Nigeria.
http://www.britishcouncil.org.ng/files/2012/12/GenderReport_summary.pdf Erişim Tarihi:19.04.2014.

55. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV). <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR256/FR256.pdf>. Erişim tarihi:09.06.2014.
56. Un guide sur la sante sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest francophone a l'attention des journalistes.2011 http://www.prb.org/pdf11/west-africa-media_fr.pdf. Erişim Tarihi 20.04.2014.
57. http://www.unicef.org/french/infobycountry/niger_statistics.html
Erişim Tarihi:21.04.2014
58. http://www.amref.fr/nos-publications/fiches-sante/planification-familiale_la_planification_familiale ErişimTarihi: 21.04.2014
59. La contraception en Afrique subsaharienne : Etude comparative des niveaux,de l'évolution et de l'influence sur la fécondité .
<http://uaps2011.princeton.edu/papers/110112> Erişim Tarih:21.04.2014.
60. Republique du Niger Ministere de la santé publiqueet de la lutte contre les endemiés .version du 15 juin 2005. Programe national de sante de reproduction 2005-2009. Ministere De La Sante.Pdf; 9
61. Rapport pratique contraceptive et la contribution des activites de planification familiale au Mali Aout 2012. pdf. Erişim Tarihi:19.04.2014; 1-5
62. <http://www.afro.who.int/fr/gabon/press-materials/item/6172-sant%C3%A9-de-la-m%C3%A8re-et-de-lenfant.html>.Erişim Tarihi:18.04.2014
63. Cangol S. Lalapaşa Merkez İlçe'de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumu (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
64. Nomaou A et Harouna S. Planification Familliale. [htt://www.stat-niger.org/Donnees/enquetes/EDSNMICS%20PDFs/5-k.pdf](http://www.stat-niger.org/Donnees/enquetes/EDSNMICS%20PDFs/5-k.pdf). Erişim Tarihi: 19.04.2014
65. http://www.amref.fr/nos-publications/fiches-sante/planification-familiale_la_planification_familiale. Erişim Tarihi:21.04.2014
66. Önde M. Ergin F. Atasoylu G, Çıbık A. Aydın'da 15-49 yaş arası kadınlarda Tetanos bağışıklamasında kaçırılmış fırsatlar. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2007; 8(1): 012-018.
67. http://www.unicef.org/french/infobycountry/mali_statistics.html Erişim Tarihi: 20.04.2014
68. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples. Cameroun <http://slmp-550-104.slc.westdc.net/~stat54/downloads/EDS-MICS/EDSMICS2011.pdf>. Erişim Tarihi:11.06.2014.S 119-128
69. Mortalite maternelle bilan statistique.
http://www.unicef.org/french/publications/files/Progres_pour_les_enfants-No.7_Lo-Res_080808.pdf. Erişim Tarihi:11.06.2014

70. http://www.unicef.org/french/infobycountry/nigeria_statistics.html. Erişim Tarihi: 20.04.2014
71. <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-NER>. Erişim Tarihi.20.04.2014

RESİMLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Üreme Sağlığı Sorunları ve Hizmetleri.....	5
Şekil 2. Kadın Sağlığının Belirleyicileri	6
Şekil 3. Güvenli Anneliği Sağlayan Birimler.....	12
Şekil 4. Nijer Haritası.....	17
Şekil 5. Nijer Nüfus Piramidi.....	18
Şekil 6. Sağlık Sisteminin Örgütlenme Şeması.....	19
Şekil 7. Yaşadığı yerde bir sağlık birimi olanlar.....	27
Şekil 8. Katılımcıların sağlık sigortasına sahip olma durumları	27

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Gelişmekte Olan Ülkelerde Anne Ölümlerinin Nedenlerin Dağılımı	11
Tablo 2. 2011 Yılı Zinder Sağlık Merkezleri Dağılımı	19
Tablo 3. Zinder bölgesinde bazı tıbbi araç-gereç durumu	19
Tablo 4. Nijer 2010 Sağlık Personeli Durumu	65
Tablo 5. Zinder bölge ilçelerin Nüfus dağılımı	21
Tablo 6. Zinder bölgesinin ilçelere göre sağlık ihtiyacı kapsama oranı	22
Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	26
Tablo 8. Katılımcıların evlilik özellikleri	28
Tablo 9. Kadınların üreme haklarına ilişkin görüşleri	28
Tablo 10. Katılımcıların gebelik bilgileri ve gebelik hakkında kimi görüşleri.....	29
Tablo 11. Katılımcıların Aile Planlaması Bilgisi ve Yöntem Kullanımı	30

Tablo 12. Katılımcıların Yöntem Danışmanlığı Kullanımı ile ilgili Bilgileri	31
Tablo 13. Katılımcıların Son Gebelikleri İle İlgili Kimi Bilgileri	31
Tablo 14. Kadınların Son Gebeliklerinde İzlemleri İle İlgili Bilgileri	32
Tablo 15. Kadınların Son Bir Yıl İçinde Yaptıkları Doğum İle İlgili Bilgileri	33
Tablo 16. Katılımcıların Son Bir Yılda İstemsiz Düşükler İle İlgili Öyküsü	34
Tablo 17. Kadınların yaşadığı yerde sağlık birimi olmasına göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımı	35
Tablo 18. Kadınların sağlık sigortasına sahip olmasına göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımı	36
Tablo 19. Kadınların okuma yazma bilmesine göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımı	36
Tablo 20. Kadınların gelir getirici bir işte çalışma durumuna göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanımı	37

ÖZGEÇMİŞ

Adı: Mahamane İmrana

Soyadı: AKİLOU ALİ

Doğum yer ve tarihi: 05.02.1985 NİJER

E.posta: imrana_hali@yahoo. fr

Yüksek Öğrenim

- Halk sağlık Yüksek lisans: Trakya üniversitesi halk sağlık anabilim dalı (ders dönemi).2014
- Türçe eğitimi diploması: Ankata Üniversitesi TÖMER. Gölbaşı kampüsünde.2011
- Anestezi – Reanimasyon lisansı:Abdou Moumouni Üniversitesi (Niamey-Nijer).2009

Pratik deneyim

- MSF /İzveçre :Mececin Sans Frontiere:Mirrah projesi:Gezici Manutrisyon tarama ve açıl desteğinde gözetmenlik(02.08.2010 – 16.10.2010).
- Anestezi-Reanimasyon görevi: Niamey hastanesi (HNN) Anestezi –Reanimation ve acil anabilim dalında(01.11.2009 – 09.04.2010).
- Anestezi-Reanimasyon görevi: Mirriah Distrik hastanesinde (07.06.2010 – 07,2010).

Bilen Dil ve düzeyi

Türkçe İyi

Fransızca çok iyi

İngilizce iyi

Afrika Diller: Hausaca, zarmaca

EKLER

Ek 1

BİLGİ TOPLAMA FORMU

Sayın Katılımcı,

Size 95 sorudan oluşan bir sizin üreme sağlığı bilgilerinizi sorgulayacağımız bir anket uygulayacağız. Araştırmaya katılımınız sizin isteğinize bağlıdır. Araştırma verileri içinde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Bu araştırmadan elde edilecek veriler tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Katkı ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı AD.

FORM NO :

TARİH:...../ Dolar kuru

Yaşadığı yer: 1. Kır 2. Kent

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1- Yaşınız :		Eşinizin yaşı		Sizin doğum yeriniz	
2- Medeni durumunuz?		Evliliği <input type="checkbox"/>	Birlikte yaşıyor <input type="checkbox"/>	Dul <input type="checkbox"/>	Ayrı yaşıyor <input type="checkbox"/>
		Bekar <input type="checkbox"/>	Boşanmış <input type="checkbox"/>		
Yanıt evli ve birlikte yaşıyor DEĞİL İSE soru 9'a geçiniz					
3- Kaç yıldır evlisiniz?		Bu kaçınıcı evliliğiniziz?			
4-Eşiniz ile evliliğinize nasıl karar verdiniz?		Siz	Eşiniz	Birlikte	Aileleriniz
5- İlk kaç yaşında evlendiniz? yaşında			
6- Şimdiki evliliğinizde nikah şekli hangisidir:?		Yalnız resmi <input type="checkbox"/>	Yalnız dini <input type="checkbox"/>	Dini + resmi nikah <input type="checkbox"/>	
7-Eşinizle aranızda akrabalık var mı?		Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>			
		Evet ise neyiniz olur			
8-Eşiniz ile birlikte yaşamaya başladığınızda yaşadığınız evde sizden başka kimse var mıydı?		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>		
		Kendi	Kocasının		
		Anne/babası.....	Anne/babası.....		
		Kardeş(ler)i.....	Kardeş(ler)i.....		
		Büyükanne/babası.....	Büyükanne/babası.....		
		Diğer akrabaları.....	Diğer akrabaları.....		
		Çocukları.....	Çocukları.....		
9-Öğrenim durumunuz		Kendisinin (Toplam yıl.....)		Eşinin (Toplam yıl.....)	
		Okuryazar değil <input type="checkbox"/>	Okuryazar değil <input type="checkbox"/>	Okuryazar değil <input type="checkbox"/>	
		Okur – yazar <input type="checkbox"/>	Okur – yazar <input type="checkbox"/>	Okur – yazar <input type="checkbox"/>	
		İlkokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>	İlkokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>	İlkokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>	
		Ortaokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>	Ortaokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>	Ortaokulu bitirmiş <input type="checkbox"/>	
		Lise bitirmiş <input type="checkbox"/>	Lise bitirmiş <input type="checkbox"/>	Lise bitirmiş <input type="checkbox"/>	
		Yüksekokul bitirmiş <input type="checkbox"/>	Yüksekokul bitirmiş <input type="checkbox"/>	Yüksekokul bitirmiş <input type="checkbox"/>	
10- Mesleğiniz		Kendisinin		Eşinin	
11- Son bir yıldır gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?		Evet ise			
		Kendi işinde yalnız çalışıyor <input type="checkbox"/>			
		Kendi işinde çalışıyor, yanında ücretli/maaşlı işçi çalışıyor <input type="checkbox"/>			
		Ücretli (Devlet memuru) <input type="checkbox"/>			
		Ücretli (Özel sektör) <input type="checkbox"/>			
		Ücretsiz aile işçisi <input type="checkbox"/>			
		Diğer			
		Günde kaç saat çalışıyorsunuz?.....saat			
		İş yerinde gebelik izlemi yapıyor mu? <input type="checkbox"/>		Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
		Gebelik durumunda işinizde bir değişiklik yapıldı mı? <input type="checkbox"/>		Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
		Evet ise nasıl bir değişiklik oldu?.....		Gebelikte çalışmıyor <input type="checkbox"/>	

12-Sürekli oturduğunuz yer Köy / Mahalle.....

13- Hanenizin toplam aylık geliri:

14-Oturduğunuz / Çalıştığınız yerde, en sık (genellikle) başvurduğunuz bir sağlık birimi var mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	Öturduğunuz yerde	Çalıştığınız yerde
		Yok <input type="checkbox"/> Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/> İşyeri Sağlık Birimi <input type="checkbox"/> Devlet Hastanesi <input type="checkbox"/> Özel Sağlık Kurumu <input type="checkbox"/> Diğer.....	Yok <input type="checkbox"/> Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/> İşyeri Sağlık Birimi <input type="checkbox"/> Devlet Hastanesi <input type="checkbox"/> Özel Sağlık Kurumu <input type="checkbox"/> Diğer.....

15-Sizden ya da eşinizden dolayı sağlık sigortanız (karneniz) var mı?
1. Evet 2. Hayır

ÜREME HAKLARI

16-Evlenme ya da birlikte yaşamaya karar vermede aşağıdaki görüşlerden hangisi sizin görüşünüze en yakındır?	Kadının istemesi yeterlidir <input type="checkbox"/> Erkeğin istemesi yeterlidir. <input type="checkbox"/> Kadın ve erkek ortak karar almalıdır <input type="checkbox"/> Aile büyüklerinin kararı yeterlidir. <input type="checkbox"/> Diğer
--	--

17-Gebeliğe karar verirken eşlerin rolü hakkında aşağıdaki görüşlerden hangisi sizin görüşünüze en yakındır?	Kadının istemesi yeterlidir <input type="checkbox"/> Erkeğin istemesi yeterlidir. <input type="checkbox"/> Kadın ve erkek ortak karar almalıdır <input type="checkbox"/> Aile büyüklerinin kararı yeterlidir. <input type="checkbox"/> Diğer
--	--

ÜREME ÖYKÜSÜ

18-Hiç gebe kaldınız mı? Evet ise
Evet Hayır İlk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız?
Kaç kez gebe kaldınız?

19-Sizce gebe kalma olasılığı en yüksek zaman hangisidir?
Adet sırasında Adet başlamadan önce Adet bittikten sonra
Belli bir zamanı yok İki adet arasında Bilmiyorum/cevap yok

20-Sizce iki gebelik arasındaki süre en az ne kadar olmalıdır? ay / yıl

21-Yaşayan çocuklarınızın sırasıyla tane	Yaşları	1....	2....	3	4	5	6....
	Cinsiyetleri	1....	2....	3	4	5	6....

22-İdeal çocuk sayısı kaç olmalıdır? Size göre Eşinize göre

23- Sizin doğurduğunuz ama doğumdan sonra ölen çocuğunuz oldu mu? Evet Hayır Evet ise kaç tane?.....

24-Hiç ölü doğum yaptınız mı? Evet Hayır Evet ise kaç kez?

25- Sizce gebelik önlenbilir mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise hangi yöntemleri biliyorsunuz?	1. 2. 3.	4. 5. Diğer.....
---	---	-------------------------------	----------------------------------

AİLE PLANLAMASI

26 - Hayatınızın herhangi bir döneminde korunma yöntemi kullandınız mı? / kullanıyor muydunuz ?

Evet Hayır

EVET İSE 27 – 36 SORULARINI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 37. SORUYA GEÇİNİZ.

27- Ne zaman kullandınız/kullanıyorsunuz?	Şu anda <input type="checkbox"/>	Son bir sene içinde <input type="checkbox"/>	Son 5 seneden önce <input type="checkbox"/>	Diğer.....
	Son 1-5 sene içinde <input type="checkbox"/>			
28- Hangi yöntemi kullandınız?	Hap <input type="checkbox"/>	Kondom <input type="checkbox"/>	RIA <input type="checkbox"/>	Tüp ligasyonu <input type="checkbox"/>
(Birden fazla yanıt olabilir Yanına sayı ekleyiniz)	Enjeksiyon <input type="checkbox"/>	Norplant <input type="checkbox"/>	Diyafram/köpük/jel <input type="checkbox"/>	Vazektomi <input type="checkbox"/>
	Takvim <input type="checkbox"/>	Geri çekme <input type="checkbox"/>	Cinsel perhiz <input type="checkbox"/>	
	Diğer			
29-Halen kullandığınız yöntemi kullanmaya kim karar verdi?	Kendisi	Kocasını	Berber	
30-Neden o aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?				
31- Ne kadar süre ile kullandınız?..... (ay / yıl) 1 yöntem..... 2 3. 4.				
32- İlk yöntem kullandığınızda kaç çocuğa sahiptiriniz?				
33- Eğer bıraktıysanız nedeni neydi?	Korku <input type="checkbox"/>	İhmal <input type="checkbox"/>	Kullanımı zor <input type="checkbox"/>	Temini zor <input type="checkbox"/>
	Çocuk istediği için <input type="checkbox"/>	Diğer		Eşi istemiyor <input type="checkbox"/>
34-. Yöntem için danışmanlık aldınız mı?	Evet ise (Birden fazla yanıt olabilir yanına sayı ekleyiniz)	Bilgiyi aldığınız sırada size halen kullandığınız yöntemin herhangi bir yan etkisinden bahsedildi mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Aile planlamasında danışmanlık hizmetleri sizce yeterli miydi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Kimden Hekim <input type="checkbox"/> Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/> Ara Ebesi <input type="checkbox"/> Diğer
		Nereden AÇS-AP Merk <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağı <input type="checkbox"/> Devlet hastanesi <input type="checkbox"/>	SSK hastanesi <input type="checkbox"/> Özel muayenehane <input type="checkbox"/> Eczane <input type="checkbox"/>	Üniversite Hast. <input type="checkbox"/> Özel hastane <input type="checkbox"/> Diğer.....
		Ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>	
35- Yöntemi nereden aldınız? (Birden fazla yöntem varsa sayılarını yanına yazınız)	AÇS-AP Merkezi <input type="checkbox"/>	Sağlık Ocağı <input type="checkbox"/>	Özel muayenehane <input type="checkbox"/>	Devlet hastanesi <input type="checkbox"/>
	Devlet hastanesi <input type="checkbox"/>	SSK hastanesi/Dispan. <input type="checkbox"/>	Eczane <input type="checkbox"/>	Üniversite hastanesi <input type="checkbox"/>
	Üniversite hastanesi <input type="checkbox"/>	Market <input type="checkbox"/>	Özel hastane <input type="checkbox"/>	Diğer.....
36- Ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>			

HAYIR İSE

37- Neden ?	Çocuk istiyor <input type="checkbox"/>	Eşi istemiyor <input type="checkbox"/>	Yöntem kullanmaya karşı <input type="checkbox"/>	Pahalı <input type="checkbox"/>	Sağlık kaygısı <input type="checkbox"/>
	Nereden alınacağını bilmiyor <input type="checkbox"/>	Dini nedenle (günah) <input type="checkbox"/>	Diğer.....		

38 -Son beş (5) yıl içinde gebelik yaşadınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise yaşadığınız bu gebelik nasıl sonuçlandı?	Canlı doğum <input type="checkbox"/>	Ölü doğum <input type="checkbox"/>
		Kürtaj / istemli düşük <input type="checkbox"/>	Kendiliğinden Düşük <input type="checkbox"/>
		Tıbbi düşük <input type="checkbox"/>	

GEBELİK

39-Son bir (1) yıl içinde canlı doğumla sonuçlanan bir gebelik yaşadınız mı? Evet Hayır

EVET İSE 40-49 SORULARINI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 78. SORUYA GEÇİNİZ.

40- Hangi belirtilerle gebelikten şüphelendiniz? (Birden fazla yanıt olabilir)	Adet gecikmesi <input type="checkbox"/>	Halsizlik, uyku hali <input type="checkbox"/>	Göğüslerde şişkinlik <input type="checkbox"/>	Mide bulantısı <input type="checkbox"/>	Baş dönmesi <input type="checkbox"/>
	Diğer				
41- Bu/Son gebeliğinizi planlamış mıydınız?	Evet <input type="checkbox"/>	Daha sonra planlıydık <input type="checkbox"/>	Hiç gebelik istemiyorduk <input type="checkbox"/>		

42- İstedığınız sayıda çocuk sahibi oldunuz mu?	
Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
43- Sayıyı kim belirledi?	
Kendisi <input type="checkbox"/> Eşi <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Birlikte <input type="checkbox"/>	
44- Bu/son bebeğinizin cinsiyeti ile ilgili bir tercihiniz var mıydı?	Sizin Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise Kız <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
	Eşinizin Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise Kız <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
45- Gebelik tanısı nerede konuldu?	Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/> AÇS-AP <input type="checkbox"/> Üniversite Hastanesi <input type="checkbox"/> Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/> Özel doktor / muayene <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/> SSK Hastanesi <input type="checkbox"/> Eczane <input type="checkbox"/> Diğer
46- Gebelik tanısını ilk kim koydu?	Kendim <input type="checkbox"/> Hekim <input type="checkbox"/> Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/> Ara Ebese <input type="checkbox"/> Diğer.....
47- Tanısı gebeliğinizin hangi döneminde (haftasında / ayında) kondu?	
48 - Tanısı için ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>	
49 - Gebelik için danışmanlık aldınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Kimden? Hekim <input type="checkbox"/> Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/> Ara Ebese <input type="checkbox"/> Diğer.....
	Nereden? Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/> Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/> (Birden fazla yanıt olabilir) AÇS-AP <input type="checkbox"/> SSK Hastanesi <input type="checkbox"/> Üniversite Hast. <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/> Özel doktor/muayene <input type="checkbox"/> Diğer
	Ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? uygundu <input type="checkbox"/> çoktu <input type="checkbox"/>
	Hayır ise neden? Gerek duymadım <input type="checkbox"/> Ekonomik nedenle <input type="checkbox"/> Güvenmeme <input type="checkbox"/> Gelenek görenekler <input type="checkbox"/> Bilmiyordum <input type="checkbox"/> Diğer

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM

50-Son bir yıl içinde canlı doğumla sonuçlanan gebeliğinize ilişkin olarak; gebeliğiniz boyunca izlem yapıldı mı? Evet Hayır

EVET İSE 51-58 SORULARINI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 59. SORUYA GEÇİNİZ

51-Nerede?	Aile Sağlığı Merkezi <input type="checkbox"/> AÇS-AP <input type="checkbox"/> Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/> Özel doktor/muayene <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/> Üniversite Hast. <input type="checkbox"/> SSK Hastanesi <input type="checkbox"/> Evde <input type="checkbox"/> Diğer (Birden fazla yanıt olabilir)
52-	Kim tarafından: Kaç kez: Hekim <input type="checkbox"/> . Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/> . Ara Ebese <input type="checkbox"/> . Diğer
53-Ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz? Uygundu <input type="checkbox"/> Çoktu <input type="checkbox"/>
54-Doğum öncesinde ilk bakım gebeliğinizin kaçınıcı ayında yapıldı?	
55-Doğum öncesinde, gebeliğinizde bakım (kontrol) için hiç evde ziyaret edildiniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
56-Doğum öncesi gebelik kontrollerinin herhangi birinde;	Evet Hayır
Sarılık tetkiki yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tartıldınız mı ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Boyunuz ölçüldü mü?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tansiyonunuza bakıldı mı?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kansızlık tetkiki(sayımı/Hb ölçümü) yapıldı mı ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
İdrar tetkiki yapıldı mı ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bebeğinizin kalp atışları dinlendi mi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ultrasonografi çekildi mi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Genel/Vaginal muayene yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Başka neler yapıldı	

57- Doğum öncesi gebelik kontrollerinin herhangi birinde sayılanlar hakkında bilgi verildi mi?	Evet	Hayır
Gebelikte tehlike belirtileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebelikte beslenme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doğum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebek beslenmesi/Emzirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aile planlaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doğumun nerde, kim tarafından yapılacağı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58- Gebeliğiniz sırasında aşağıdakilerden herhangi biri/birkaçı size önerildi mi?		
Folik asit	<input type="checkbox"/>	
Multivitamin	<input type="checkbox"/>	
Demir hapı	<input type="checkbox"/>	
Diğer.....		

HAYIR İSE

59 -Neden?	Gerek duymadım	<input type="checkbox"/>	Ekonomik nedenle	<input type="checkbox"/>	Güvenmeme	<input type="checkbox"/>	Gelenek görenekler	<input type="checkbox"/>
	Bilmiyordum	<input type="checkbox"/>	Diğer					

60- Bu son gebeliğinizde tetanoz aşısı yapıldı mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	İlk olarak gebeliğinizin kaçınıcı ayında oldunuz?
		Bu aşığı kaç kez oldunuz? Bir doz <input type="checkbox"/> İki veya daha fazla doz <input type="checkbox"/> Bilmiyor <input type="checkbox"/>
	Hayır ise	neden?.....

DOĞUM

Son bir yıl içinde canlı doğumla sonuçlanan yaşadığınız gebeliğe ilişkin olarak;

61- Doğuma ne zaman geleceğinize nasıl karar verdiniz?	Ağrılarım sıklaştı	<input type="checkbox"/>	Doktor zaman verdi	<input type="checkbox"/>
	Su geldi	<input type="checkbox"/>	Diğer	
62-Doğumunuzu nerede yaptınız?	Evde	<input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi/Doğumevi	<input type="checkbox"/>
	AÇS-AP	<input type="checkbox"/>	Aile Sağlığı Merkezi	<input type="checkbox"/>
	SSK Hastanesi	<input type="checkbox"/>	Üniversite Hast.	<input type="checkbox"/>
	Özel Hastane	<input type="checkbox"/>	Diğer	
63-Doğumunuza herhangi bir sağlık personeli yardımcı oldu mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise	Doktor <input type="checkbox"/>	Hayır ise	Yakını <input type="checkbox"/>
		Ebe/Hemşire <input type="checkbox"/>		Ara Ebesi <input type="checkbox"/>
		Diğer		Kendi kendine <input type="checkbox"/>
				Diğer
				Neden?
64- Doğumunuzu nasıl yaptınız?	Normal (vaginal)	<input type="checkbox"/>	Sezeryan	<input type="checkbox"/>
			(Sezeryan ise neden.....)	
65- Doğumunuz sırasında herhangi bir sorun yaşadınız mı? Evet ise	Uzun zahmetli	<input type="checkbox"/>	Kasılmalar	<input type="checkbox"/>
	Aşırı kanama	<input type="checkbox"/>	Diğer.....	
				Ateş/Vajinal enf. <input type="checkbox"/>
66- Doğum için ücret ödediniz mi? Evet ise	ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	uygundu <input type="checkbox"/>	çoktu <input type="checkbox"/>	
	nereye/kime ödediniz?.....			
67- Doğum sonrası bebeğiniz tartıldı mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>				
68 -Doğumdan ilk bir saat içinde bebeğiniz size verilip emzirmeniz sağlandı mı? Hayır ise	ne zaman verildi?.....			

DOĞUM SONRASI BAKIM

69 - Son bir yıl içinde canlı doğumla sonuçlanan yaşadığınız gebeliğe ilişkin olarak; doğum sonrası loğusalıkta (6 hafta boyunca) izlem yapıldı mı? Evet Hayır

EVET İSE 70-76 SORULARI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 77. SORUYA GEÇİNİZ.

70 - Nerede?	Aile Sağlığı Merkezi	<input type="checkbox"/>	AÇS-AP	<input type="checkbox"/>	Devlet Hastanesi/Doğumevi	<input type="checkbox"/>
	Özel doktor/muayene	<input type="checkbox"/>	Özel Hastane	<input type="checkbox"/>	Üniversite Hast.	<input type="checkbox"/>
	SSK Hastanesi	<input type="checkbox"/>	Evde	<input type="checkbox"/>	Diğer	(Birden fazla yanıt olabilir)
71- Kim tarafından	Kaç kez	(Birden fazla yanıt olabilir)				
Hekim	<input type="checkbox"/>				
Ebe/Hemşire	<input type="checkbox"/>				
Ara Ebesi	<input type="checkbox"/>				
Diğer	<input type="checkbox"/>				
72-Hangi zamanlarda? (birden fazla yanıt olabilir)	İlk 24 st.	<input type="checkbox"/>	Doğumdan 4 hf. sonra	<input type="checkbox"/>		
	Doğumdan 1 hf. sonra	<input type="checkbox"/>	Doğumdan 6 hf. sonra	<input type="checkbox"/>	Diğer.....	
73- Ücret ödediniz mi? Evet ise	ücretin miktarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	uygundu <input type="checkbox"/>	çoktu <input type="checkbox"/>			
74- Doğum sonrası, loğusalıkta bakım için hiç evde ziyaret edildiniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>						

75- Doğum sonrası, loğusalıkta kontrollerin herhangi birinde;		Evet	Hayır
	Vajinal akıntı/dikiş kontrolü yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Karından muayene yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Meme muayenesi yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bebek muayenesi yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76- Doğum sonrası kontrollerin herhangi birinde sayılanlar hakkında bilgi verildi mi?		Evet	Hayır
	Loğusalıkta tehlike belirtileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temizlik / hijyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Loğusa ve bebek beslenmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Emzirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aile planlaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HAYIR İSE

77- Neden?	Gerek duymadım <input type="checkbox"/>	Ekonomik nedenle <input type="checkbox"/>	Güvenmeme <input type="checkbox"/>
	Gelenek görenekler <input type="checkbox"/>	Bilmiyordum <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KENDİLİĞİNDEN DÜŞÜK ÖYKÜSÜ

78- Siz, son beş (5) yıl içinde, hiç istemediğiniz halde düşük yaptınız mı? Evet Hayır

EVET İSE; 79-85 SORULARINI YANITLAYINIZ. HAYIR İSE 86. SORUYA GEÇİNİZ.

79- Hangi yakınmalarla farkına vardınız? Kanama <input type="checkbox"/> Bel ağrısı <input type="checkbox"/> Kasık ağrısı <input type="checkbox"/> Parça düşürme <input type="checkbox"/>	
Diğer.....	
80- Size göre yaşadığınız bu düşüğün nedeni nedir?.....	
81- Size yaşadığınız bu düşüğün nedeni olarak, sağlık personeli tarafından ne söylendi?.....	
82- Kaç kez kendiliğinden düşük yaşadınız.....	
83- Gebeliğinizin kaçınıcı haftasında kendiliğinden düşüğünüz oldu.....	
84- Kendiliğinden düşüğünüz sırasında sağlık personelinen yardım aldınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Evet ise kimden?.....	
85- Kendiliğinden düşük sonrası danışmanlık aldınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise
	Kimden..... Nereden? Devlet Hastanesi/Doğumevi <input type="checkbox"/> SSK Hastanesi <input type="checkbox"/> Özel muayenehanede <input type="checkbox"/> Tıp Fak.Hastanesi <input type="checkbox"/> Özel Hastane <input type="checkbox"/> AÇS-AP <input type="checkbox"/> Diğer.....
Hayır ise neden	

TIBBİ DÜŞÜK ÖYKÜSÜ

86-Siz, son beş (5) yıl içinde, hiç istemediğiniz halde sağlık sorunu nedeniyle çocuk aldırınız mı?

Evet Hayır

EVET İSE; 87-95 SORULARINI YANITLAYINIZ.

87-Nasıl bir gerekçe ile çocuğunuz alındı? Annenin sağlık problemi <input type="checkbox"/> Bebeğin sağlık problemi <input type="checkbox"/>	
Anne ve bebeğin sağlık problemi <input type="checkbox"/> Diğer.....	
88- Bu gerekçe nasıl saptandı	US ile anomali görüldü <input type="checkbox"/> Kan tetkikleri sonunda <input type="checkbox"/> HSG çekildi <input type="checkbox"/> Amniosentez sonucu <input type="checkbox"/> Bundan önce de anomali bebek öyküsü <input type="checkbox"/> Diğer.....
89- Bu endikasyonu kim koydu?.....	
90- Bu işlemi kim yaptı?.....	
91- Gebeliğinizin kaçınıcı haftasında kürtaj oldunuz?.....	
92- Bu işlem nerede gerçekleşti?.....	
93- Daha önce benzer bir deneyiminiz oldu mu? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Evet ise kaç kez.....	
94- Bu işlem için bir ücret ödediniz mi? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Evet ise; ücret sizin için Uygundu <input type="checkbox"/> Çoktu <input type="checkbox"/>	
95- Bu işlem sonrasında /danışmanlık aldınız mı? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Evet ise
	Kimden..... Nereden.....

EK 2

ETİK KURUL İZNI

T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2013/35	
	PROTOKOL ADI	Nijer-Zinder Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumu	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Burcu TOKUÇ	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 04/ 12	Tarih:13.02.2013
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Burcu TOKUÇ'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Mahammani İmrana Akiliou Ali'nin tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Başvuru Değerlendirme Formundaki eksiklikler giderildikten sonra yeniden değerlendirilmesine mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi	
----------------------	---	--

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.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. C. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.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	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.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.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.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 ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.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.Ü.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"/>	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. 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 Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Recep YAĞIZ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

EK 3

NİJER BÜYÜKELÇİLİĞİ İZİNİ

REPUBLIQUE DU NIGER
AMBASSADE DU NIGER EN TURQUIE



FRATERNITE, TRAVAIL, PROGRES

NİJER CUMHURİYETİ
BÜYÜKELÇİLİĞİ TÜRKİYE

NO:ANT/

ANKARA le. 17 SEP. 2013

Attestation

Nous soussigné **Adam Abdoulaye DAN-MARADI**, Ambassadeur du Niger en Turquie, approuve les projets de thèse en Master de Mr. Akilou Ali Mahamane qui a pour sujet:

- " Situation de la santé reproductive chez les femmes âgées de 15-49 dans la région de Zinder "

En foi de quoi la présente est établie pour permettre à l'intéressé de finaliser les démarches de soutenance.

Adam Abdoulaye DAN-MARADI

