

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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

**NİJER'İN BAŞKENTİ NİAMEY'DE AİLE
PLANLAMASI HİZMETLERİNİN DURUMU VE BU
HİZMETLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER, 2013**

(Yüksek Lisans Tezi)

ADAMOU AMADOU SEYBOU

Referans no:10035719

EDİRNE 2014

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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Galip EKUKLU

**NİJER'İN BAŞKENTİ NIAMEY'DE AİLE
PLANLAMASI HİZMETLERİNİN DURUMU VE BU
HİZMETLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER, 2013**

(Yüksek Lisans Tezi)

ADAMOU AMADOU SEYBOU

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 Prof. Dr. Galip EKUKLU danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi ADAMOU AMADOU SEYBOU tarafından tez başlığı "NİJER'İN BAŞKENTİ NIAMEY'DE AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN DURUMU VE BU HİZMETLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER, 2013" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 13/05/2014 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "Yüksek Lisans Tezi" olarak kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Faruk YORULMAZ

JÜRİ BAŞKANI

İmza

Prof. Dr. Galip EKUKLU

ÜYE

İmza

Unvanı Adı Soyadı

ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

İmza

Yrd. Doç. Dr. Z. Nihal DOLGUN

ÜYE

İmza

Unvanı Adı Soyadı

ÜYE

Doç. Dr. Tammam SİPAHİ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Hayatımın her döneminde bana her türlü desteği sağlayan ANNEM ve Babama teşekkür ederim. Eğitim süresince deneyim ve bilgileriyle eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana destek olan ve yol gösteren değerli ve sevgili hocam Prof. Dr. Galip EKUKLU, eğitimimde her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım, Prof. Dr. Faruk YORULMAZ, Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK ve Doç. Dr. Burcu TOKUÇ'a teşekkür ederim. Yardımlarıyla destek olan bütün okul arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	2
NİJER	2
NİJER'DE SAĞLIK POLİTİKALARI	4
NİJER'DE KADIN SAĞLIĞI	6
SAĞLIK	11
AİLE PLANLAMASI	13
NİJER'DE SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK FİNANSMANI	18
GEREÇ VE YÖNTEMLER	23
BULGULAR	26
TARTIŞMA	59
SONUÇ VE ÖNERİLER	68
ÖZET	72
SUMMARY	74
FRANSIZCA ÖZET	76
KAYNAKLAR	77
ŞEKİLLER LİSTESİ	83
TABLolar LİSTESİ	84
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- AÇSAP** : Ana Çocuk Sağlık Aile Planlaması
- AIDS** : Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
- CEDAW** : Convention to Eliminate All Forms of Discrimination Against Women (Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi)
- CYBE** : Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
- DB** : Dünya Bankası
- DÖB** : Doğum Öncesi Bakım
- DSB** : Doğum Sonrası Bakım
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EDSB-MICS** : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Benin (Benin Nüfus ve Sağlık Araştırmaları)
- EDSBF-MICS**: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso (Burkina Faso Nüfus ve Sağlık Araştırmaları)
- EDSC-MICS**: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun (Kamerun Nüfus ve Sağlık Araştırmaları)
- EDSCI-MICS**: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Cote d’ivoire (Fildişi Nüfus ve Sağlık Araştırmaları)
- EDSG-MICS**: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Guine (Gine Nüfus ve Sağlık Araştırmaları)

EDSM-MICS:	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Mali (Mali Nüfus ve Sağlık Araştırmaları)
EDSN-MICS:	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger (Nijer Nüfus ve Sağlık Araştırmaları)
FP	: Family Planning
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
ICPD	: International Conference on Population and Development
INED	: Institut national d'études démographiques (France) (Fransa ulusal sağlık ve demografik çalışmaların enstitüsü)
INPES	: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France) (Fransa ulusal önleme ve sağlık eğitimi enstitüsü)
INS	: Institut National de la Statistique (Nijer Ulusal İstatistik Enstitüsü)
Maks	: Maksimum
Med	: Median
Min	: Minimum
OY	: Okur yazar
OYD	: Okur yazar değil
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat (Nijer genel nüfus sayımı)
RİA	: Rahim İçi Araç
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNFPA	: United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Organizasyonu)
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklar fonu)
WHO	: World Health Organization

GİRİŞ VE AMAÇ

Doğurganlığın fazla olduğu ülkelerde doğurganlıkla ilgili ölümler, anne ve çocuk ölümleri çok yüksektir. Nüfus artışı hızı yüksek olan ülkelerde özellikle beslenme, eğitim, sağlık, konut sorunu ve çevre koşulları olumsuz yönde etkilenmektedir. Aile planlaması (AP) programının amacı; istenmeyen gebelikleri ve aşırı doğurganlığı önleyerek, çocuk ve anne sağlığını sağlayarak, halkın sağlık kalitesinin yükseltilmesidir. Ayrıca 1974 yılında Bükreş'te, 1984'te Meksiko City'de ve 1994 yılında Kahire'de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Aile Planlaması toplantılarında, AP'nin sürdürülebilir kalkınmanın önemli bir parçası olduğu ortaya konmuştur (1).

Aile planlaması, DSÖ'ne göre "çiftlerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumlucu karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları" olarak kabul edilmiş ve uluslararası destekle bu yaklaşım güvence altına alınmıştır (2).

Üreme sağlığının bir parçası da, kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilendirilmiş bir biçimde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, ödenebilir ve kabul edilebilir gebelik önleyici yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye sokmadan doğurganlıklarını düzenlemeleridir (3).

Bu çalışmanın amacı Nijer'in başkenti Niamey'de Aile planlaması hizmetlerinin durumunu ve etkileyen faktörleri ortaya koymaktır.

GENEL BİLGİLER

NİJER

Afrika'nın batısında bulunan, yaklaşık 17 milyonluk nüfusa sahip, geniş topraklara sahip ülkelerinden biridir. 19.yüzyılda Fransız sömürgecilerince işgal edilmiş, 1922 yılında koloni olarak ülkenin sınırları belirlendikten sonra ayrı bir devlet haline gelmiştir. Aralık 1958'de Nijer Cumhuriyeti kurulmuş, 3 Ağustos 1960'da bağımsız bir ülke olmuştur. Bağımsızlığını kazandıktan hemen sonra, 20 Eylül 1960'te Birleşmiş Milletlere üye olmuştur (4-6).

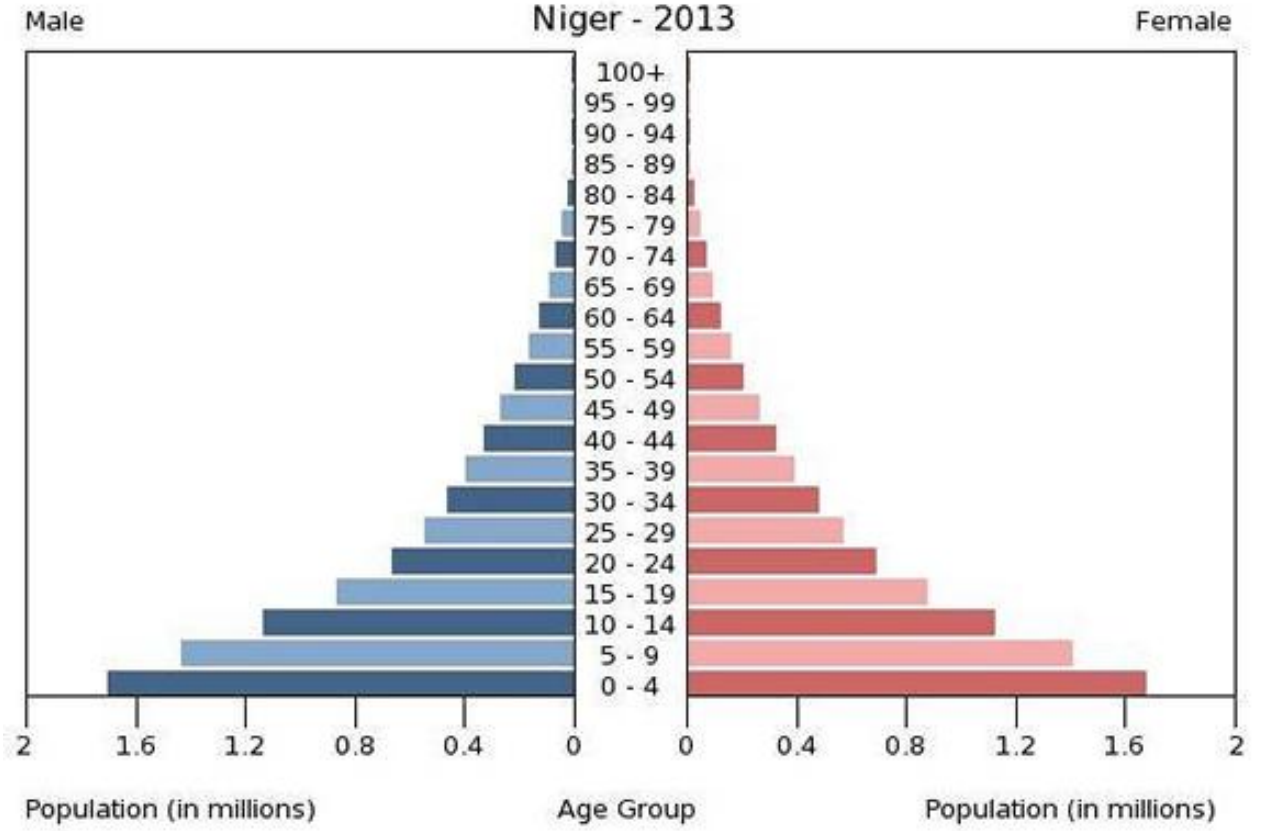
Nijer, Afrika Kıtası'nın hemen ortasında, 11° 37' ve 23° 31' kuzey enlemleriyle, 0° 10' ve 16° Doğu boylamları arasında bulunur. 1 267 000 Km²lik yüzölçüme sahiptir. Kuzeyinde Cezayir ve Libya, doğusunda Çad, güneyinde Nijerya ve Benin, batısında Mali ve Burkina Faso bulunmaktadır (4).

Nijer sıcak bir ülkedir (Sudan iklimi) ve coğrafyasının önemli bir bölümünde gündüz sıcaklığı 10°C ile 45°C arasında bulunmaktadır. Ülkenin güneyinde yer alan, tropikal ormanlık bölgenin kuzeye doğru bir uzantısı olan stepler ve savanlar nispeten daha yağışlıdır ve oldukça verimli topraklara sahiptir. Haziran ve Eylül aylarında görülen yağışların yerini Ekim-Kasım'da sıcak ve nemli bir dönem alır. Bundan sonra kuru soğuk ve son olarak Haziran'a kadar da kuru sıcak dönem görülür.

Ülkenin güneybatı ucundan geçen Nijer Nehri çevresi ve Nijerya sınırına yakın bölgelerde tropikal savanlar ve kısa stepler mevcuttur ve bu bölgede daha çok sığır, keçi ve koyun yetiştirilmektedir. Kuzey bölgeler çöldür ve bu bölge Nijer ekonomisini değiştiren

uranyum madenleri bakımından oldukça zengindir. Bunların dışında kömür, fosfat ve petrol bakımından da çok önemli bir ülkedir (4).

Nijer İstatistik Kurumu 2012 yılı genel nüfus sayımı (INS. RGPH 2012) verilerine göre Nijer, 17 129 076 kişilik nüfusıyla Batı Afrika'nın en düşük nüfus yoğunluklu ülkesidir (5). Geniş yüzölçümüne karşılık nüfusu azdır. Aslında Nijer, Dünyanın en yüksek doğurganlık hızı (binde 7.9) (INS 2012) ve yüksek nüfus artışı hızına sahip ülkelerinden biridir (% 3.3) (INS 2010). Halkın yaş ortalaması 15 yıldır ve tüm nüfusunun % 49.2'si gençtir. Yaşlıların (65 yaş ve üzeri nüfus) oranı ise % 2.7'dir. Ortalama yaşam beklentisi 58.4 yıldır. Kaba ölüm oranı binde 11.3, çocuk ölüm hızı binde 63.2, anne ölüm hızı yüz binde 590, akut beslenme bozukluğu sıklığı % 16.7, yalnızca anne sütüyle beslenen bebek oranı % 26.9'dur. Ülke nüfusunun % 50.1'i kadın, % 49.9'u erkektir. Nijer 8 bölgeden oluşmuştur ve halkın % 21'i kentlerde, % 79'u kırsalda yaşamaktadır. Toplam nüfusun % 55.4'ünü Haousa, % 21'ini Djerma, % 8.5'ini Fulani ve % 9.3'ünü Tuareg kabileleri oluşturmaktadır. Hemen hemen halkın tamamına yakın bir bölümü Müslümandır. Nijer halkı, daha çok kendi dillerini konuşur. Yerel dillerden ise Hausa ve Djerma dilleri yaygındır. Nijer'de okuma yazma oranı düşüktür. Bu oranın % 58.6 olmasının en büyük nedeni ekonomiktir. Nitekim uranyumun bulunmasıyla, öğrenci ve okul sayısı artmış ve ülkede yükseköğrenim yapılı hale gelmiştir. Halkın % 95'i tarım ve hayvancılıkla uğraşır. Yıllık kişi başına GSYİH 383 dolar dolayındadır. Nijer ekonomisi uranyumun bulunmasından sonra gelişmeye başlamıştır. Tarım sektöründe en çok üretilen ürünler darı, pirinç, süpürge darısı, mısır, yerfıstığı ve pamuktur. Sığır ve deve yetiştiriciliği önemli hayvancılık alanlarıdır. Nijer, yeraltı kaynakları bakımından oldukça zengindir. Uranyum, petrol, fosfat, maden kömürü ve çinko yataklarına sahiptir. Ülke ekonomisini ferahlatan uranyum madeni oldukça boldur. Fakat bunun işletilmesi, tekniği ve endüstrisi, Batı ülkeleri, Fransa, Çin, ABD ve Japonya'ya bağlı kalmaktadır. İhracat ve ithalatının çoğunu Fransa ile yapar. İhracatının temelini, daha çok çöl bölgesindeki Arlit, Akouta ve Agadez bölgelerinde çıkarılan uranyum oluşturur. Nijer, ayrıca et üretiminden büyük gelir elde etmektedir. Ülkenin kendi ihtiyacını karşılayacak gıda, tekstil ve çimento endüstrisi mevcuttur. Balıkçılık bir diğer önemli gelir kaynağıdır. Kapalı bir araziye sahip olan ülkenin, uygun bir nakliye sistemine sahip olmaması, ekonomisi için en önemli dezavantajlarından biridir (5-7).



Şekil 1. Nijer nüfus piramidi (6)

Niamey Bölgesi

Niamey, ülkenin güneybatısında yer almaktadır. 1927 yılında ülkenin başkenti olan Niamey, Nijer Nehri'nin doğu yakasına kuruludur ve aynı zamanda ülkenin ticari, kültürel ve ekonomik merkezidir. Nijer'in nüfusunun % 8.3'ü (1 302 910 kişi) Niamey'de ikamet etmektedir. Niamey'de beş bölge bulunmaktadır: Niamey 1 (209 424), Niamey 2 (296 647), Niamey 3 (316 091), Niamey 4 (297 128) ve Niamey 5 (183 615) (8).

NİJER'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre bir ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak evrensel ilkelerden taviz vermeden, kendi özgün sağlık sistemini geliştirmesi önerilmektedir (9).

Sağlığın doğuştan kazanılan bir hak olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak ulaştırılacak bir şekilde örgütlenmesi zorunludur. Sağlık hizmetleri adaletsizlik, eşitsizlik ve ayrımcılık yapmadan, çağdaş düzeyde ve etkili olmalıdır. Nijer bağımsızlığını kazandıktan sonra bu doğrultuda halkın sağlığını iyileştirmeye çalışmaktadır. Başlangıçta 1960'lı yıllarda, sağlık kuruluşlarda yalnızca tedavi edici hizmetler verilmekteydi. 1965-1974 yılları arasında, tedavi edici sağlık hizmetleriyle birlikte, koruyucu sağlık hizmetleri de ülkede yaygınlaşmaya başlamıştır. 1974-1976 yılları arasında evrensel standartlarda entegre sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için tüm topluma tedavi edici, eğitici ve teşvik edici bir sağlık sistemi oluşturulmaya çalışılmıştır. 1974 yılında Nijer birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili Alma Ata Konferansı'na katılıp, protokolü imzalamıştır. 1987 yılında Nijer, yerel halkın sağlık hizmetlerinin işleyişine katılabilmesi ve sağlık sisteminin örgütlenmesinin yeniden hareketlendirilmesi için Mali'nin başkenti Bamako'da düzenlenen Konferansa katılmış ve ilgili protokolü imzalamıştır. 1995 yılında, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığının ve beslenmesinin iyileştirilmesi amacıyla sağlık politikalarını geliştirmiştir. 2002 yılında birinci basamak sağlık hizmetleri stratejisi ve herkes için sağlık kavramının yürütülebilmesi amacıyla sağlık alanında yeni politikalar benimsemiş ve ilan etmiştir. 2005 binyıl kalkınma hedeflerine ulaşabilmek için sağlık kalkınma planı (Plan de Développement Sanitaire 2005-2009) hazırlamıştır (10).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü'ne (UNESCO) göre 2011 yılında dünyada okula giden çocuk sayılarında yükseltme görünmekle birlikte hala dünyada 61 milyon çocuk okula kayıtlı değildir. Okula gitmeyen çocukların yarısı Sahra altı Afrika ülkelerinde bulunmaktadır ve dünyanın en düşük okuryazarlık oranları bu bölgelerde bulunmaktadır. Sahra altı Afrika ülkelerinde okula gitmesi gereken çocukların $\frac{1}{4}$ 'i hiç okula gitmemiştir. Bu konuda en yüksek rakama sahip ülke 10 milyon çocuk ile Nijerya'dır (11). İlkokullarda kız, erkek oranı birbirine yakinken liseyi bitirenlerin beşte biri kız çocuğudur (11).

Söz konusu ülkelerde çocukların okula gitmeme nedenleri; köylerin merkeze olan uzaklıkları nedeniyle okula erişim sorunu, gelenekler nedeniyle ailenin izin vermemesi, dini inançlar, erken evlilik, çocukların tarım sektöründe çalıştırılması, yoksulluk vb olarak sayılabilir (11).

Nijer dünyanın en yoksul ülkelerinden biri olup sahra altı öteki ülkelerle benzer özellikler taşımaktadır. Dünyanın en düşük okuryazarlık oranlarına sahip ülkelerinden biridir. 2011 yılında Nijer'de okuryazarlık oranı % 76.1, ilkokulu bitirmiş olanların oranı % 51.2

olarak açıklanmıştır. Bu rakamlar gelişmişlik düzeyine göre, ülke içinde farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; göreceli olarak daha gelişmiş olan Niamey’de 2011 yılı verilerine göre nüfusun % 87.8’i ilkokul mezunudur. Bu oran kızlar arasında da benzerdir. Ancak üniversiteye devam konusunda önemli sıkıntılar vardır ve Niamey’de bile nüfusun yalnızca % 8’i üniversite eğitimi alabilmektedir (8).

Az gelişmiş, Nijer gibi ülkelerde kadının toplumdaki yeri, yasal ve politik hakları bakımından, farklı bir durum vardır. Bu farklılık teorik olarak yasalarda kadın ve erkek eşitliği söz konusu olsa bile uygulamalarda ve davranışlarda kendini göstermektedir. Bu ülkelerde kadınlar evde kalır, çocuk yapar, eşine, çocuğa ve yaşlıya bakar. Nijer’de kız çocukları özellikle de kırsal alanda yaşayanlar, eğitimsizlik, erken yaşta evlilik ve yoksulluk gibi nedenlerle genç yaşlarda yaşamlarını kaybedebilmekte ve korunulabilir bazı hastalıklara yakalanabilmektedirler (12).

Nijer Cumhuriyeti İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ni kabul etmiştir ve Nijer Anayasası insan olarak kadını koruma altında alır. Ancak anayasa çoklu dayanaklı olduğu için (modern hukuk, geleneksel hukuk ve İslam hukuku) hukuk sisteminde bazı sınırlamalar ortaya çıkabilmektedir (kürtajın yasak olması, dini nikâh gerekliliği vb) (12).

2003 yılında Ceza Yasası’nda yapılan değişiklikle kadınlarla ilgili önemli kararlar alınmıştır. Bu değişikliklerle birlikte kadına yönelik şiddete önemli yaptırımlar getirilmiş, tecavüz cezaları artırılmış, kölelik, zorla evlilik gibi kadını olumsuz etkileyen bazı durumlar yasaklanmış ancak bunun yanında kürtaj da yasaklanmıştır (12). Nijer Anayasasının 16. maddesine göre hamile kanının yaşamını tehlikeye sokan ve/veya bebekte malformasyon saptandığında kürtaj yapılabilmektedir (12).

Son yıllarda Nijer hükümetleri, kadınların yaşadığı eşitsizliği fark etmiş ve kadınların yaşam koşullarını iyileştirmek için bölgesel ve uluslararası kadın hakları sözleşmelerini imzalamıştır (Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi=CEDAW). Ancak, buna rağmen kadınlara karşı ayrımcılık halen devam etmektedir. Kadınlara karşı ayrımcılığın, hak eşitliği ve insan şeref ve haysiyetine saygı ilkelerinin ihlal edilmesinin, kadınların erkeklerle eşit olarak ülkenin siyasi, sosyal, ekonomik ve kültürel hayatlarına katılmalarının engellenmesinin nedenleri arasında kadınların sosyal-kültürel yükü, geleneksel davranışlar, eğitimsizlik vb. sayılabilir (12).

2011 yılı verilerine göre ülkedeki kadın nüfusunun % 59.2’si 20 yaş altındadır (13). Dünyanın en yüksek doğurganlık hızına (kadın başına düşen canlı doğum sayısı 7.6) sahip bu ülkede Ana Ölüm Hızı yüz binde 590’dır (5-7). 2008 yılı verilerine göre bu ölümlerin önemli

bir bölümü doğum sırasında, % 20'si ise gebelikte gerçekleşmektedir. 15-49 yaş doğurganlık çağındaki kadınlarda AP yöntem kullanım hızı % 15, modern yöntem kullanım oranı ise % 5'tir. Gebelerin % 20'si DÖB alabilmektedir (12).

Bütün bu olumsuzlukların yanı sıra olumlu bir gelişme olarak Nijer'de kadınlara seçim kotası verilmektedir. Bu düzenlemeye göre meclisin % 10'u, Bakanlar Kurulu'nun % 25'i kadınlardan oluşmak zorundadır (12).

NIJER'DE KADIN SAĞLIĞI

Ana ölüm hızı, ülke içindeki ve ülkeler arasındaki eşitsizlikleri göstermesi bakımından kadın sağlığının ve kadının statüsünün önemli belirleyicilerden biridir. Tüm dünyada her yıl 500.000'den fazla kadın gebelik ve doğum nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Bu ölümlerin % 95'ten fazlası gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde gerçekleşmektedir. Gelişmiş ülkelerde 100 000 canlı doğumda 9 kadın ölümü görülürken az gelişmişlerde bu sayı 500'ü geçebilmektedir. Yoksul ve yüksek doğurganlık hızına sahip ülkelerde doğum sırasında her 26 kadından biri ölüm riski altındayken, gelişmiş ülkelerde ise bu rakam 7300 kadında birdir. Ergenlikte yaşanan gebelikler riskli ve karmaşık bir durumdur. Dünyada her yıl 15-19 yaş grubundaki kadınlar yaklaşık 16 milyon doğum yapmaktadır. Bu gebeliklerin yaklaşık % 95'i gelişmekte ve az gelişmiş ülkelerde gerçekleşmektedir (14). Bu gebeliklerle birlikte en sık rastlanan sorun güvenli olmayan düşüklerdir. Dünyada her yıl yaklaşık 21,5 milyon güvenli olmayan düşük yaşanmaktadır (15, 16).

Nijer'de ana ölüm hızı halen yüksektir. 2011 ulusal verilere göre 100 000 kadında 590 olmak üzere, anne ölümlerinin en önemli nedenleri arasında kanama (% 28), toksemi (% 15), enfeksiyon (% 14) ve eklampsi (% 10) başlarda gelmektedir. Gebelik ile ilişkili olmayan kadın ölümlerinin en önemli nedenleri ise sıtma ve anemidir (% 21). Yüksek toplam doğurganlık hızına (7, 6) sahip olunması, anne ölümün riski artırmaktadır. Bir başka önemli neden ise ilk gebelik yaşının 16 dolayında olmasıdır (5-7, 13).

2008 yılı verilerine göre; Nijer'de son yaşanan gebelikler dikkate alındığında gebelerin % 76'sı bir DÖB almıştır. Bu rakam 1998 yılında % 40, 2006 yılında % 47'dir. Ancak bu rakam kentlerde oturan kadınlarda daha yüksektir (% 97). En az 1 kez DÖB alma oranı kadının eğitimiyle artmaktadır. Hiç okula gitmemiş kadınlarda en az 1 defa DÖB alma oranı % 42 iken, lise ve üzeri eğitim almış kadınlarda % 94'e kadar çıkabilmektedir. Benzer durum kadının sosyo-ekonomik düzeyi ile de ilişkilidir. Yoksul ailelerde DÖB alma oranı % 36 iken,

varsıl kadınların % 83'ü en az bir DÖB almıştır (17). En az 4 DÖB bakımından değerlendirildiğinde; tüm gebelerin % 15'i en az dört DÖB almıştır.

DÖB hizmeti alan kadınların % 26.2'sinde bir gebelik komplikasyonu bulunmuş, % 45.3'üne demir hapi ve % 47.5'ine sıtma ilacı verilmiştir. İki doz tetanoz aşısı yaptıran gebe kadın oranı % 23'tür (17).

Nijer'de 2006 yılında doğumların % 82'si evde gerçekleşmiştir. Bu oran 2008'de % 71'e inmiştir. Evde doğum yapan kadınların % 97'si hiç DÖB almamıştır. Aynı şekilde bu kadınların % 80'i hiç doğum sonrası bakım (DSB) almamıştır (17).

Sağlık kuruluşlarında ya da sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğum oranları (% 18) varsıllarda % 49, yoksullarda % 5, kentlerde % 71, kırsalda % 8, ortaöğretim ve lise eğitimi almış kadınlarda % 81, hiç okula gitmemiş kadınlarda ise yalnızca % 13'tür. Nijer'deki doğumların % 1'i sezaryen şeklinde gerçekleştirilmiştir (kentlerde % 4.6, kırsalda % 0.3) (17).

Tablo 1. Seçilmiş bazı ülkeler ve Nijer'de kadın sağlığıyla ilgili kimi veriler (18)

Ülke	15-49 yaş kadın sayısı (milyon)	Toplam Doğurganlık Hızı	Gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı (%)	Modern yöntem kullanma oranı (%)
Dünya	1834	2.5	63	57
Gelişmiş Ülkeler	291	1.6	72	63
Gelişmekte olan Ülkeler	1542	2.6	62	56
Az gelişmiş Ülkeler	222	4.4	34	29
Afrika	267	4.8	33	27
Sahra altı Afrika	211	5.2	26	21
Nijer	3.7	7.6	13.9	12.2
Benin	2.5	5.2	12.9	7.9
Mali	3.3	6.1	10.3	9.9
Burkina Faso	3.9	6	16.2	15
Çad	2.8	7	4.8	1.6
Nijerya	39.2	6	17.5	10.5
Afganistan	6.8	5.4	21.2	19.5
İran	22.9	1.9	73.3	58.9
Türkiye	20.3	2.1	73	46.0
Norveç	1.2	1.8	88.4	82.2

Dünya Bankası verilerine göre, 2005-2008 yılları arasında dünyada yoksulluk (günde 1.5 ABD dolarının altında gelir ile yaşayanlar) oranı azalmaktadır. Ancak bu oran Sahra Altı Afrika ülkelerinde fazla değişiklik göstermemektedir. Dünya yoksullarının % 47'si' bu ülkelerde yaşamaktadır (19).

Nijer’de ise 2002 yılında yoksulluk oranı % 63.6 iken 2008 yılında bu oran % 59.5’e düşmüştür. Bu verilere göre Nijer’de 8 milyon insan yoksuldur. Niamey % 27.1’lik yoksulluk oranı ile Nijer geneline göre daha iyi durumdadır, ancak her 4 kişiden birinin yoksul olması yine de önemli bir sorundur. 2012 yılı Dünya Bankası verilerine göre ülkenin Gayri Safi Milli Hasılası (GSMH) 6568 milyar ABD Doları olup, kişi başına GSMH 380 ABD Doları dolayındadır. İçme suyuna sahip olanların oranı % 50.1, elektriği olanların oranı % 10.7, elektrikli ya da gazlı ocak kullanılanların oranı % 0.5’tir ve temiz tuvalete sahip olanların oranı ise % 11.6’dır (8, 10).

Doğuştaki Beklenen Yaşam Süresi

Yeni doğmuş bir bireyin yaşam boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısıdır.

Dünyada beklenen ortalama yaşam süresi 70 yıldır. Doğuştaki beklenen yaşam süresinin en yüksek olduğu ülkeler arasında Japonya (83 yıl), İrlanda(81 yıl) olup, İtalya’da ise (82 yıldır). Beklenen yaşam süresinin en düşük ülkeler ise Mali (51 yıl), Mozambik (53 yıl) ve Kongo Cumhuriyeti (49 yıl) bulunmaktadır. Doğuştaki beklenen yaşam süresi 58,8 yıl olan Nijer, dünyada düşük beklenen yaşam süresine sahip ülkeler arasında sayılmaktadır (13, 20, 21).

SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’na göre, Sağlık “ Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmasını değil, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir” (22).

Halk Sağlığı

DSÖ’ye göre: Sağlığı geliştirmek, hastalık ve sakatlıklardan korumak, ömrü uzatmak ve yaşam kalitesini geliştirmek için toplumla birlikte çalışmalar yapan tıp bilimleri dalıdır (22) .

Üreme Sağlığı

1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development-ICPD), kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insanlık hakkı olduğunu belirtmiştir. Konferansta nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği; kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki ilişkilerinin bilincinde olunması gerektiği ilkeleri kabul

edilmiştir. Konferansta ayrıca, cinsiyetler arası eşitliğin ve hakkaniyetin artırılması, kadınların güçlendirilmesi, kadınlara yönelik şiddetin yok edilmesi ve kadınların kendi doğurganlıklarını kontrol edebilmelerinin sağlanması nüfus ve kalkınmaya ilişkin programların temel taşları olduğu vurgulanmıştır (1, 23, 24).

Bu konferansta devletlerin, kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil, tüm sağlık hizmetlerine evrensel düzeyde ulaşılabilmenin sağlanması için gereken bütün önlemleri alması gerektiği ilkesi kabul edilmiştir (23).

DSÖ tanımına göre Üreme Sağlığı; " üreme sistemi işlevleri ve süreciyle ilgili yalnızca hastalık ya da sakatlık olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Üreme sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici, doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (22, 25).

Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, üreme sağlığı her yaşı ve herkesi ilgilendirmektedir. Bu yaklaşımda, hayat boyunca kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlıklı gelişiminin birçok etmenin birlikte etkisiyle oluştuğu vurgulanmaktadır (22, 25).

Üreme sağlığına ait temel kavramlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir. Üreme organlarının normal işlev görmesi, sağlıklı ve mutlu cinsel hayat, çiftlerin ya da kişilerin cinselliği ve doğurganlığı istediği gibi yaşayabilme, çocuk sahibi olup olmama ya da ne zaman ve kaç çocuk sahibi olacağına karar verebilme, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon etkenlerinden korunabilme ve gerektiğinde tedavi olabilme hakları.

Üreme sağlığı hem kadın hem de erkekleri kapsayan bir kavramdır. Ancak gebelik, doğum ve düşüğe bağlı sorunlar ve hasta olma riskleri yalnızca kadınlarda görülmektedir. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım intrauterin dönemden başlar. Doğumdan sonra neonatal ve postnatal dönemler, çocukluk,15-19 yaşlar arası (adolesan dönemi),15-24 arası (gençlik dönemi) kadın sağlığının temel dönemleridir. 15-49 yaş dönemi (doğurganlık dönemi) ise gebelik ve doğumla ilgili olay ve komplikasyonların en fazla yaşandığı dönemdir. Bu dönemleri post menopozal dönem ve yaşlılık dönemi olarak tanımlanan 50 yaş ve sonrası dönem izler (22-24).

Üreme Sağlığının Amaçları

1. Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili gereksinimlerde yardımcı olmak,
2. İstenmeyen gebelikleri önlemek, riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak,
3. Erkeklerin katılımını artırmak,
4. Emzirmeyi teşvik etmek,
5. Kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak ya da geliştirmek,
6. Cinsiyetler arası eşitliği sağlamak,
7. Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,
8. Gençlerde bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirmek, hizmet ve danışmanlık sağlamak,
9. Erken yaşta evlilikleri azaltmak, gebelik sayılarını azaltmaktır (1, 23).

Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Kapsamı

1. Sorumlu cinsel davranış ve sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-eğitim-iletişim,
2. Aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması, aile planlamasında bilgilendirme-eğitim-iletişim ve danışmanlık.
3. Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım ve emzirme,
4. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) etkin kontrolü, önlenmesi ve HIV/AIDS ile mücadele,
5. Kısırlığın tedavisi,
6. Güvenli olmayan düşüklerin önlenmesi,
7. Beslenme,
8. Bebek ve çocuk sağlığı,
9. Ergen sağlığı ve cinsel hayatı,
10. Çevresel faktörlerin düzenlenmesi,
11. Sosyal, kültürel ve davranışsal etmenlerin düzenlenmesi,
12. Pap-Smear Testi,
13. Kendi kendine meme muayenesi,
14. Acil kontrasepsiyon (26).

AİLE PLANLAMASI

Sık ve fazla doğum dar anlamda anne ve çocuk sağlığını, geniş anlamda toplumun genel sağlık düzeyini, ekonomik, kültürel ve sosyal gelişmesini olumsuz etkilemektedir. Aşırı doğurganlık ana ve çocuk sağlığı sorunları ve genel sağlık sorunlarının başında gelen ve ana ve çocuk hastalık ve ölüm riskini artıran nedenlerdendir (27, 28).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Aile Planlaması

Gebeliği önleyici yöntemleri kullanarak, kişilerin istedikleri zaman, bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmaları için yardım alabilmeleridir (29).

Aile Planlamasının En Önemli Amaçları

1. İnsanların istediği sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için gerekli her türlü koşulun sağlanması,
2. Aşırı doğurganlığa bağlı kadın ve çocuk sorunlarının önlenmesi,
3. İsteddiği halde çocuğu olmayanların, bu konuda tıbbi yardım alabilmeleridir (26).

Aile Planlaması Yöntemleri

Aile Planlaması yöntemleri, modern ve geleneksel yöntemler olarak ikiye ayrılır. Modern yöntemler; kadına ve erkeğe ait yöntemler olarak iki başlık altında incelenir. Modern yöntemlerin dışında, etkisi sınırlı ya da tamamen etkisiz doğal yöntemler de bulunmaktadır (26).

Doğal aile planlaması yöntemleri: Çiftlerin doğurganlık bilinci ile gebeliği önleyici bazı kuraları uygulamasıdır. Bazal vücut ısısı yöntemi, servikal palpasyon yöntemi, servikal mukus yöntemi, üçünün bileşimi olan semptomermal ve takvim yöntemlerinden oluşur. Ancak bu yöntemlerin etkili olabilmesi için; kadının doğurganlık günlerini çok iyi bilmesi ve takip etmesi; gebelik istenmiyorsa da bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınılması gerekir. Gebeliğin oluşabilmesi için en uygun dönem, yumurtlamadan 5 gün önce başlar ve 2 gün sonra sona erer. Kesinlikle bu dönemlerde cinsel ilişkiye girilmemesi gerekir (26).

Bazal vücut ısısı yöntemi: düzenli bir şekilde kadın her sabah vücut ısısını ölçer ve yumurtanın tüplere atılma zamanını (vücut ısısı 0,2-0,5 derece artar) tahmin ederek bu dönemde ilişkiye girmez. Bu yöntemle gebe kalma olasılığı oldukça yüksektir (26).

Servikal palpasyon yöntemi: Kadın her gün düzenli olarak rahim ağzını kontrol eder.. Yumurtanın tüplere atılma zamanını rahim ağzında meydana gelen değişikliklere göre tahmin ederek bu dönemde cinsel ilişkiye girmez. Gebe kalınma olasılığı çok yüksektir (26).

Servikal mukus yöntemi: Kadın her gün düzenli olarak rahim ağzından salgılanan sıvıyı kontrol eder. Yumurtanın tüplere atılma zamanını tahmin ederek bu dönemde cinsel ilişkiye girmez. Gebe kalma olasılığı çok yüksektir (26).

Semptotermal yöntem: kadın, hem vücut ısısını ölçerek hem de haznesindeki sıvıları ve rahim ağzını kontrol ederek değişikliklere göre yumurtalama zamanını tahmin etmeye çalışır. Cinsel ilişkiye girilmeyen bu dönemlerde bile gebe kalma olasılığı çok yüksektir (26).

Takvim yöntemi: adetleri düzenli olan kadınlarda yaklaşık bir hesaplama ile yumurtanın tüplere atılma zamanı tahmin edilir. Bu aralarda cinsel ilişkiye girilmez. Gebe kalma olasılığı çok yüksektir(26).

Geri çekme: erkek spermalarının hazneye dökülmesinin engellenmesidir. Bu yöntemi kullananlarda da gebe kalma riski yüksektir (26).

1. Modern yöntemler

1.1.Kadına Ait Yöntemler

1.1.1. Kalıcı olmayan Yöntemler

a. Doğum Kontrol Hapları:

- İki Hormonlu Haplar: kadın vücudunda doğal olarak bulunan iki hormonu (östrojen ve progesteron) içeren haplardır. Her gün düzenli olarak alındığında gebelikten korur. Doğru kullanımda gebelik riski 1/1000'dir.
- Tek Hormonlu Haplar (Minihaplar): yalnızca progesteron içeren haplardır. Kadın emzirdiği sürece çok etkilidir (% 98). Ancak emzirmeyen ya da lohusalık dönemi dışında güvenilirliği % 96'ya düşer.

b. Gebeliği Önleyici İğneler:

- Aylık İğneler: östrojen ve progesteron içeren ve ayda bir kez enjeksiyon şeklinde uygulanan bir yöntemdir.
- Üç Aylık İğneler: progesteron içeren ve düzenli olarak üç ayda bir kez enjeksiyon şeklinde uygulanan bir yöntemdir.

c. Deri Altı Çubukları: çok uzun etkili (3 yıldan fazla), geri dönüşlü, progesteron içeren, ince, esnek, kapsül ya da kapsüllerden oluşan bir yöntemdir.

- d. Rahim İçi Araç (RİA) : rahmin içine yerleştirilen küçük plastik bir araçtır. Etki süresi 5 yıldır. Hormonlu RİA'lar progesteron içeren türüdür.
- e. Kadın Prezervatifi (Kadın Kondomu): bir ucu açık diğeri kapalı ve her iki ucunda halka olan uzunca bir kılıftır. İlişkiden önce, kapalı olan uç iç tarafa gelecek şekilde vajinaya yerleştirilerek kullanılır. Vajinanın iç yüzeyini kaplar, bariyer yöntemdir, dolayısıyla erkek kondomunda olduğu gibi HIV/AIDS dahil CYBE'lere karşı da koruyucudur.
- f. Koruyucu Fitiller (Spermisit): Hazneye konularak uygulanan bir bariyer yöntem çeşididir.
- g. Diyafram: kauçuktan yapılmış, yuvarlak kapak şeklinde bir cisimdir. Etkililiği yüksek oranda doğru kullanıma bağlıdır. Koruyuculuğu diğer modern yöntemler kadar yüksek değildir. CYBE'lara karşı az da olsa koruyuculuğu vardır.
- h. Emzirme: Emzirmenin asıl amacı bebeğin beslenmesidir. Gebelikten korunma amacıyla kullanılması durumunda gebelik riski yüksektir. Emzirme ile gebelikten korunma ancak aşağıdaki koşulların hepsinin yerine getirilmesi durumunda gerçekleşebilir:
- Bebeğin altı aydan küçük olması,
 - Annenin hiç adet görmemesi,
 - Bebeğin gece ve gündüz her istediğinde (günde 6-10 kez) ve en az 4 dakika emzirilmesi,
 - Bebeğin yalnızca anne sütüyle beslenmesi.

1.1.2. Kalıcı Yöntemler

- a. Tüplerin Bağlanması (Tüp Ligasyonu): kadında yumurtayı taşıyan tüplerin cerrahi yöntemle kalıcı olarak bağlanmasıdır. Bu şekilde erkek tohum hücresinin kadının yumurtasına ulaşmasını engellenir (26).

1.2. Erkeğe Ait Yöntemler:

1.2.1. Kalıcı olmayan yöntemler:

- a. Prezervatif (Kondom): erkeğin cinsel organına takılan bir çeşit kauçuktan yapılmış, ince ve esnek bir kılıftır.

1.2.2. Kalıcı yöntemler:

- a. Kanalların Bağlanması (Vazektomi): erkeğin tohum kanallarının ameliyatla bağlanmasıdır (26, 29).

Doğurganlık

Kadınlarda doğurganlık: gebe kalabilme ve çocuk sahibi olabilme anlamında kullanılır. 13 yaş dolayında adetlerin başlamasıyla başlar ve genellikle 45-49 yaş dolayında biter (20).

Erkeklerde doğurganlık, kadını hamile bırakabilme yetisi anlamına gelir. Bunun için sperm üretebilme, depolayabilme ve vücudun dışına taşınabilmesi gereklidir (20).

Kadınların hayatı boyunca üreteceği yumurta hücreleriyle doğmasına karşın erkekler hayatı boyunca sürekli yeni sperm üretebilme yeteneğine sahiptir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund-UNFPA) verilere göre, dünya nüfusu her yıl 78 milyon kişilik artış göstermektedir (30,31). 2013-2050 yılları arasında, Afrika'nın nüfusunun 1.1 milyardan 2.4 milyara çıkacağı, 2100 yılında nüfusun 4.2 milyara yükseleceği tahmin edilmektedir (32).

Dünyanın temel sorunlarından biri hızlı nüfus artışıdır. Doğurganlık hızı gelişmiş ülkelerde 1.6'iken, az gelişmiş ülkelerde 4.4 ve sahra altı Afrika'da 5.2'ye kadar çıkabilmektedir. Az gelişmiş ülkelerde doğurganlığın yüksek olmasının nedenleri; aileleri çok çocuk sahip olmaya iten ekonomik (çocuk işçiliği), sosyal (yaşlılık, hastalık, iş göremezlik) ya da kültürel etmenlerdir (20).

Güvenli Annelik

Gebelik öncesi ve sırasında, doğum ve doğum sonrasında bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik süresinde, doğum ve doğum sonrasında komplikasyonların önlenmesi, anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır (33).

DSÖ'nün 2013 yılı istatistiklerine göre dünyada her gün 800 dolayında kadın gebelik ve doğumla ilgili olaylardan ölmektedir (33). Bazı ülkelerde kadınların yalnızca % 10'u gebeliği önleyici yöntemlere ulaşabilmektedir (34). Az gelişmiş ülkelerde kız çocuklarının % 30'u 18 yaşına gelmeden evlendirilmektedir (35).

1987 yılında Nairobi'de yapılan DSÖ toplantısında, temel amacı anne ve yeni doğan ölümlerini azaltmak olan "Güvenli Annelik" programı başlatılmıştır.

Her yıl dünyada milyonlarca bebek ilk günlerde, ilk ayın içerisinde ölmektedir. Anneler (kanama, enfeksiyon, toksemi, düşük vb....) ve bebekler (yetersiz bakım, asfiksi, hipotermi ve enfeksiyon gibi...) önlenebilir sağlık sorunlarına bağlı olarak ölmektedirler (33).

Güvenli bir doğurganlık dönemi geçirebilmek için, kadına gebelik zamanlamasını, gebelik sayısını, aralığını uygun şekilde ayarlayabilmeleri amacıyla gereken hizmetlerin verilmesi ve gebelerin temel hizmetlere ulaşabilmelerinin sağlanması gerekir (34, 35).

Güvenli olmayan anneliğin temel nedenleri arasında; eğitimsizlik, Aile Planlaması yöntem kullanımının yetersizliğine bağlı istenmeyen gebelikler, düşükler ve kadının statüsünün düşük olması sayılabilir. Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere pek çok toplumda istenmeyen gebelikler, riskli düşüklere, fistül gibi bazı hastalıklara ve kadına karşı şiddete yol açabilmektedir (34, 35).

Güvenli annelik hizmetleri; Aile planlaması hizmetlerine kolay ulaşılması, istenmeyen ve riskli gebelik sayısının ve düşüklerin azaltılması, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde yaşanabilecek sorunların azaltılması ve kadınların doğurganlık döneminde ölüm risklerinin azaltılması konularıyla ilgilidir (34, 35).

Anne Ölümleri

Kadının gebelik, doğum ya da lohusalık döneminde hayatını kaybetme riskidir. Dolayısıyla gebelik sayısı ile yakından ilişkilidir. Yüksek doğurganlık hızına sahip Afrika ülkelerinde anne ölüm riski oldukça yüksektir. Bu ülkelerde yaşam boyu anne ölüm riski 15'te 1 olarak tahmin edilmektedir. Buna karşın gelişmiş ülkelerde bu risk 1000-1750'de 1'dir (33, 34).

DSÖ'ye göre dünya genelinde her gün 800 kadın önlenebilecek gebelik ve doğum ile ilgili problemlerden ölmektedir (33). Bu ölümlerin neredeyse tamamına yakını (% 99) gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerde gerçekleşmektedir (33, 34).

Bu ülkelerde eğitimsizlik, yoksulluk, sağlık hizmetlerine erişememe ve kültürel alışkanlıklar yüksek anne ölümlerinin en önde gelen nedenleridir. Üstelik bu ölümlerin çok önemli bir bölümü de (% 80) kanama, enfeksiyon, eklampsi, zor doğum eylemi, sağlıksız düşükler ve sıtma gibi önlenebilir nedenlerle yaşanan ölümlerdir (33).

Doğum Öncesi Bakım (DÖB)

Doğum öncesi bakım, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunarak, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir (36). DÖB'in temel amacı; anne adaylarının sağlıklı bir gebelik geçirmelerine ve sağlıklı bebekler doğurmalarına yardımcı olmaktır. Bu amaca yönelik olarak annede gebelikten önce var olan hastalıklar ve gebelikle ilgili riskler saptanır. Gebelik komplikasyonları olarak ortaya

çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisi, gerekirse sevki sağlanır. Fetüs intrauterin dönemde izlenir, anne tetanoza karşı aşılanır, doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar verilir. Anneye beslenme, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğumdan sonra kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi verilir. DÖB, gebeliğin saptandığı en erken dönemde başlamalı ve düzenli aralıklarla annenin gereksinimine uygun bir biçimde doğuma kadar sürdürülmelidir. Gebelerin ilk üç ay içinde bir kez görülmeleri, sağlıklı ve güvenli bir gebelik geçirilmesi ve olası risk etmenlerinin erken belirlenmesi (özellikle az gelişmiş ülkelerde gebe kadınlarda sık görülen anemi gibi sorunların tanınması ve sağaltımı vb) bakımından önemlidir (36).

Dünyada DÖB durumu: günümüzde dünya genelinde gebelerin % 70'i gebelik boyunca en az bir kez sağlık personel tarafından izlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde en az 1 izlem alan gebe oranı % 98 iken az gelişmiş ülkelerde bu oran % 65 dolayındadır. Sahra altı Afrika ülkelerde bu oran % 25'lere kadar inmektedir (37).

Doğum Sırasında ve Doğum Sonrası Bakım (DB-DSB)

Doğum Sonrası Bakım, doğum gerçekleşmesinden itibaren başlamalı, ilk 6-8 hafta düzenli bir biçimde sürdürülmelidir. Doğumda ya da doğum sonrasında bir sağlık sorunu yaşanması durumunda bu hizmetler bir yıl ya da daha uzun süre devam etmelidir. DSB hizmetleri, annenin yaşadığı fizyolojik değişiklikler, aile düzeyinde meydana gelen değişiklikler, anne ölümlerinin yarısında fazlasının doğum sonu dönemde gerçekleşmiş olması, anne-çocuk sağlığı ve özellikle de evde gerçekleşen doğumlar bakımından çok önemlidir (36). **Nijer Devlet İstatistik Enstitüsü'ne** göre Nijer'de 2012 yılında gerçekleşen 216 884 canlı doğumdan, % 29.3'ü bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiş, % 29.8'i sağlık personeli tarafından yaptırılmış, gebelerin % 83'ü en az bir DÖB almış ve % 71.4'ü tetanosa karşı aşılanmıştır (5).

DSB'in amaçları:

- Annenin genel sağlık durumunun belirlenmesi ve izlenmesi,
- Çocuğun genel sağlık durumunu belirlenmesi ve izlenmesi,
- Annenin psikolojik durumunun kontrol edilmesi (doğum sonrası depresyon vb),
- Emzirme eğitim ve danışmanlığı,
- Anne-çocuk arasındaki duygusal bağlantının kurulmasına destek olunması,
- Çifte aile planlaması danışmanlığı verilmesi,
- Annenin ve yeni doğanın iyilik hali ve sağlığını geliştiren klinik bakımın sağlanması,

- Anne ve bebek açısından olası riskli durumları saptama ve önlemeyi içerir (38).

Aile Planlaması Kullanmama Nedenleri ve Etkileyen Faktörler

2013 yılı verilerine göre dünyada evli kadınlarda AP kullanma oranı % 63'iken az gelişmiş ülkelerde bu oran % 34 dolayındadır (29).

DSÖ'ye göre gelişmekte olan ülkelerde AP hizmet gereksinimi karşılanamamış kadın sayısı 222 milyondur. Afrika ülkelerinde AP hizmet gereksinimi karşılanamayan doğurganlık çağındaki kadın oranı % 53'tür. Gebeliği önleyici yöntemlere ulaşamama ya da başlıca kullanmama nedenleri:

- Sınırlı yöntem seçimi,
- Evlenmemiş çiftlerde, genç gruplarda ve yoksul toplumlarda modern yöntemlere erişebilmede yaşanan sorunlar,
- Yan etkilerden korku,
- Dini ve Kültürel inançlar,
- Niteliksiz sağlık hizmetleri,
- Kadının statüsünün düşük olması,
- Cinsel konuda eşitsizlik,
- Eğitimsizliktir (29).

Nijer'de Kadının Statüsü

Kadının statüsü; kadının toplum ve ailedeki rolü ve kadının gelir düzeyi, ekonomik katkı ve bağımsızlığı, istihdamı, eğitimi, sağlığı ve doğurganlığı gibi değişkenlerle tanımlanmaktadır. Ayrıca, toplumun kadının rollerini algılayış biçimi ve bu rollere verdiği değerden de etkilenmektedir (toplumsal cinsiyet). Kadının statüsü erkeğin statüsü ile karşılaştığında ortaya çıkan tablo toplumun sosyal adalet düzeyini yansıtır (39).

Anne ölümlerinin yüksek olduğu toplumlar irdelendiğinde, kadının statüsünün düşük, çocukluğundan beri gereksinimlerinin gözardı edildiği ya da erkeklerin gereksinimlerinden sonra geldiği göze çarpar. Yani bu toplumlarda kadın, çoğunlukla ikinci planda kalmıştır. Normalde her iki cinsiyeti de olumsuz etkileyen yoksulluk ve az gelişmişlik gibi konular, gelişmekte olan toplumlarda kadını daha fazla etkilemektedir (yoksulluğun feminizasyonu). Kadına biçilen toplumsal cinsiyet görevi, onun evlenip çocuk sahip olması ve doğurgan olması gerekliliğini getirir. Çocukların ve yaşlıların bakımı ve ev işleri, ailenin beslenmesi için gıda maddelerinin sağlanması ve hazırlanması gibi yükler ise zaten kadının doğal

görevleri olarak görülür. Bütün bu yüklerle karşın eğitim düzeyinin ve gelirinin düşüklüğü, hatta üzerinde çalıştığı toprak ve içinde yaşadığı evin varisi olamaması da toplumsal cinsiyet ve düşük statü nedeniyle kadının karşılaştığı öteki sorunlardır (39).

NİJER SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK FİNANSMANI

Nijer sağlık sistemi, ülkenin coğrafyasal özelliğine göre örgütlenmiştir. Ülke 8 coğrafyasal bölgeye ayrıldığı gibi aynı zamanda 8 sağlık bölgesine ayrılmıştır. Her bölgede bir Halk Sağlığı Bölge Genel Müdürlüğü kurulmuştur ve sağlıkla ilgili işler bu müdürlükçe organize edilir.

Genel olarak ülkenin sağlık sistemi üç parçalı bir piramit'e benzetilebilir (40).

Piramidin tabanında operasyonel destek hizmetleri yer alır. Bu düzeyde 42 ilçe hastanesi kurulmuştur. Her ilçe hastanesinin çevresinde 1.basamak sağlık hizmetlerini sunan Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri yer alır. Ülkede toplam 854 Sağlık Ocağı ve 2465 sağlık evi mevcuttur. Sağlık evlerinde ebe ve/veya hemşireler görev yapar. Sağlık Ocaklarında ise hekim liderliğinde bir ekip çalışır. İlçe hastanelerin de benzer bir ekip görev yapar. Piramidin tabanını oluşturan bu aşamada 1. Basamak sağlık hizmetleri verilmektedir (40).

Piramidin orta kısmında teknik destek hizmetleri yer alır. Bu düzeyde görevli Halk Sağlığı Bölge Genel Müdürleri bakanı temsil eder. Toplam 6 hastaneden oluşan bu aşamada 2. Basamak sağlık hizmetleri sunulur (40).

Piramidin tepesinde Ulusal Sağlık Merkezi yer alır ve Sağlık Bakanı tarafından yönetilir. Bu düzeyde Bakanlık Müşavirlikleri, Halk Sağlığı Genel Müdürlükleri ve Halk Sağlığı Bölge Genel Müdürlükleri bulunur. Sistemin bu düzeyinde 3 ulusal hastane ve 4 referans doğum evi ve referans sağlık merkezleri aralığıyla 3.Basamak sağlık hizmetleri sunulur (40).

Nijer Sağlık Bakanlığı verilerine göre; ülkede yaklaşık 428 hekim, 1508 hemşire, 682 ebe bulunmaktadır. Yani 41 200 kişiye bir hekim, 5660 kişiye bir hemşire ve doğurganlık çağındaki her 5400 kadına bir ebe düşmektedir. Oysa DSÖ, 10 000 kişiye bir hekim, 5000 kişiye bir hemşire ve doğurganlık çağındaki her 5000 kadına 1 ebe olmasını önermektedir (39, 41, 42).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı: Nijer sağlık sisteminde karma finansman modeli uygulanmaktadır. Tüm sağlık harcamalarının % 41'i cepten ödeme biçimindedir. 2005 yılında kabul yürürlüğe giren bir Dünya Bankası (DB) projesiyle;

- 0-5 yaş çocukların bakımı,

- DÖB ve DSB hizmetleri,
- Aile Planlaması hizmetleri,
- Meme ve Serviks kanserinin kontrolü ve tedavisi ücretsiz hale getirilmiştir.

Ancak zaman içinde öne sürülen öteki koşullar (sağlıkta dönüşüm benzeri bir program) yerine getirilmediği için yukarıda sayılan hizmetlerin finansmanı devlete kalmıştır (43).

Sonuç olarak; nüfusunun % 63'ü günlük 1 Dolar gelire sahip olan Nijer'de toplumun % 29'u yoksulluk nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadır (44).

En güncel finansman verilerinin olduğu 2011 yılı dikkate alındığında; Nijer'de sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların % 46'sı kamu (GSMH'nin % 3'ü), % 41'i cepten ödeme ve geri kalanı ise bazı uluslararası programların yürütülmesi yoluyla uluslararası yardım fonları, ulusal dernekler ve yerel belediyeler tarafından karşılanmıştır (19, 39- 43).

Sorunun Tanımı

Tüm dünyada her yıl 500 000'den fazla kadın uygun olmayan koşullarda yapılan düşükler, gebelik ve doğum nedeniyle ölmektedir (33). Bu ölümlerin % 95'ten fazlası gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde gerçekleşmektedir (33). Dünya nüfusunun hızla artmasının temel nedenlerinden biri, artan doğum sayısıdır. Bu durum, nüfus planlamasını zorunlu hale getirmektedir (45, 46, 47). Aşırı doğurganlık ekonomik, kültürel ve sosyal gelişimi olumsuz etkilemektedir (48). Nijer'de aşırı doğurganlığına bağlı sağlık sorunları, ülkenin genel sorunları ve özellikle sağlık sorunlarında ilk sırada yer almaktadır (49).

1960'lı yıllarda dünyada evli kadınların % 10'undan azı bir aile planlaması yöntemi kullanmaktayken, 2000'li yıllarda bu oran % 60'ları geçmiştir (31). Son 15 yıl içinde Batı Afrika'da evli kadınlarda AP yöntem kullanma oranı % 6,3'ten % 15'e kadar yükselmiştir (50). Ancak hala milyonlarca kadın (gelişmekte olan ülkelerde 222 milyon kadın) (29) AP hizmetlerine erişimde sorunlar yaşamaktadır. Ekonomik sorunlar, psikolojik sorunlar, sosyal tabular, kadın ve erkek arasındaki ilişkilerde eşitsizlikler, kadının AP hizmetlerine erişimini kısıtlayan başlıca etmenlerdir (42).

Aile planlaması yoksullukla mücadelede de güçlü bir araçtır. Aile planlaması hizmetlerine evrensel düzeyde erişim gerçekleşebilirse hem kaynakların dağılımında düzelleme, hem de anne ve bebek ölümlerinde önemli oranda azalma olacağı tahmin edilmektedir (51).

Gelişmekte olan ülkelerde 15-49 yaş evli kadınların % 18'i karşılanamayan AP hizmet gereksinimine sahiptir. Karşılanamayan gereksinim düzeyi Afrika genelinde % 23, Sahra Altı Afrika'da % 25, Batı Afrika'da % 23 ve Nijer'de % 16'dır (12, 50, 52, 53).

Müslüman ülkelerde Aile planlaması hizmetlerinin kullanım düzeyi, yöntemlerin seçimi farklılıklar gösterebilmektedir. Bu ülkeler arasında AP hizmetlerinin kullanımında en başarılı ülkeler İran, Türkiye, Cezayir ve Tunus'tur. En başarısız ülkeler arasında ise Nijer, Mali ve Moritanya gibi ülkeler sayılabilir (21).

Nijer'de yürürlükte olan sağlık sistemi, yoksulluk, eğitimsizlik ve erkek ve kadınlar arasındaki eşitsizlik, AP hizmetlerine erişimi olumsuz etkilemekte, kadın sağlığı kötüleşmekte ve sağlıkta var olan eşitsizlikler artmaktadır. AP yöntemi kullanmama, yanlış kullanma veya yöntemin başarısızlığı nedeniyle oluşan gebelikler bu sorunların devamının temel nedenlerindedir (54, 55).

Amaç

Aile Planlaması (AP), yalnızca gebelikleri önlemek değil aynı zamanda çocuk sahibi olamayanlara da hizmet vermek, yol göstermektir. Çiftler çocuk yapıp yapmamakta serbesttirler. İstedikleri kadar çocuk sahibi olabilirler. Ancak çiftler çocuk sahibi olmak istemiyorsa onlara yardımcı olmak amacıyla AP Hizmetleri sunulması gerekir. Bilimsel tanımına bakıldığında; Aile Planlaması çiftlerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları için gereksinim duydukları hizmetlerin organizasyonu ve sunumudur. Aile Planlamasında zorunluluk yoktur. Katılım gönüllüdür. Çiftlere konuyla ilgili danışmanlık ve eğitim verilir ve isteyene çocuk sahibi olabilmesi için isteyene de gebelikten korunmak için hizmet verilerek yardımcı olunur (29).

Doğal olarak eskiden uzun ve sürekli savaşlardan sonra, bulaşıcı hastalıkların yaygınlığı ve dini inançlar nedeniyle Nijer doğurganlığın yüksek olduğu bir ülkeydi. Günümüzde de Dünya'nın en yüksek doğurganlık hızına sahip ülkelerinden biridir (kadın başına 7-8 canlı doğum). Nüfus artış hızının yüksek olması, özellikle anne ve çocuk morbidite ve mortalitesini olumsuz etkilemektedir. Annelerin, artık fazla çocuk yapmak istememesi ve bu nedenle de gebeliklerini ölüm doğum ya da düşükle sonlandırmak istememeleri nedeniyle Nijer'de Aile Planlaması Hizmetlerine talep artmaya başlamıştır (49).

Bu amaçla çiftlerin kullanabilecekleri AP yöntemleri;

- Ağızdan alınan kombine haplar,
- Mini haplar,

- Rahim içi araç (RİA),
- Diyafram,
- Deri altı kapsülleri (Norplant),
- Koruyucu enjeksiyonlar,
- Prezervatif (Kaput-Kondom),
- Erkek ve kadında cerrahi sterilizasyon ‘‘Tüp Ligasyonu, Vazektomi’’ olarak sayılabilir.

Bu çalışma başlığı, konunun anne ve çocuk sağlığına olan olumsuz etkileri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olması ve Nijer’de AP hizmetlerinin durumunu ortaya koymak ve olası sorunları belirleyerek çözümünü yönünde öneriler geliştirmek amacıyla seçilmiştir.

➤ Araştırmanın Yakın Vadeli Amacı:

Nijer’in başkenti Niamey’de Aile Planlamasının Hizmetlerinin durumunu ve etkileyen faktörleri ortaya koymaktır.

➤ Araştırmanın Uzun Vadeli Amacı:

Aile Planlamasının Hizmet kullanımını etkilediği bilinen bilgi düzeyi, eğitim, sosyo-ekonomik durum ve kadın statüsü gibi bazı faktörlere ilişkin çözüm önerileri geliştirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın yeri

Araştırma, Nijer'in başkenti Niamey'de yürütülmüştür.

Evren ve Örnekleme:

- Evren:

Nijer'in başkenti Niamey, ülkenin güneybatısında yer almaktadır. Niamey bölgesi 5 farklı yerleşim biriminden oluşmaktadır ve toplam nüfusu yaklaşık 1300 000 kişidir. Araştırma Niamey'de evli kadınlarla yürütülmüştür. Niamey I'de 105 005 kadın, Niamey II'de 148 374 kadın, Niamey III'te 157 831 kadın, Niamey IV'te 148 273 kadın ve Niamey V'te 9 2120 kadın olmak üzere tüm bölgede yaklaşık 651 603 kadın yaşamaktadır.

- Örnek Büyüklüğü:

Araştırmamızda örnekleme işleminde olayın (AP yöntemi kullanma oranı) evren oranı % 30, sapma payı \pm % 10, güven düzeyi % 95 ve yanılma payı % 5, power % 85 alındığında ilgili formüllerden elde edilen minimum örnek büyüklüğü 322 olarak bulunmuştur. Veri toplama aşamasında karşılaşılabilecek sorunlar ve çok değişkenli analiz yapılabileceği düşünülerek bu sayı 500'e çıkarılmıştır. Bu örnek büyüklüğü evreni temsil edebilecek büyüklüktedir.

- Örneklem Yöntemi:

Araştırmada çok aşamalı tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu yolla 5 ayrı yerleşim biriminin toplam nüfus içindeki oranları dikkate alınarak tabakalama yapılmıştır. Sosyoekonomik düzey ve eğitim düzeyi konularında veriye erişilemediği için bu başlıklarla ilgili tabakalama yapılamamıştır.

Araştırmanın Tipi:

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler:

➤ Bağımlı değişkenler:

- Aile Planlamasının Hizmetlerinin kullanımı

➤ Bağımsız değişkenler:

- Araştırmaya katılan kadınların statüsü
- Araştırmaya katılan kadınların yaşı
- Araştırmaya katılan kadınların eğitim durumu
- Araştırmaya katılan kadınların oturduğu yer
- Araştırmaya katılan kadınların doğum sayısı
- Araştırmaya katılan kadınların ulaşabileceği sağlık kurumu varlığı
- Araştırmaya katılan kadınların çalışma durumu
- Araştırmaya katılan kadınların sosyo-ekonomik düzeyi

Kullanılacak Araç-Gereç ve Yöntemler

Veri toplama aracı olarak araştırmacılarca literatür bilgileri ışığında ve TNSA' anket formundan yararlanılarak toplam 178 soruluk bir veri toplama formu geliştirilmiştir. Araştırma bölgesinde ön denemesi yapıldıktan ve forma son biçimi verildikten sonra veriler araştırmacı tarafından kadınların yaşadıkları yerleşim birimlerinde haneler ziyaret edilerek yüz yüze anket uygulama yoluyla toplanmıştır. Hane seçimi basit rastgele örneklem yöntemiyle yapılmıştır.

Hipotezler

H0 hipotezi: Aile Planlaması Hizmetleri Eğitim, SED, Kadın Statüsü vs. gibi bağımsız değişkenler ile ilişkisizdir.

H1 hipotezi: Aile Planlaması Hizmetleri Eğitim, SED, Kadın Statüsü vs gibi bağımsız değişkenler ile ilişkilidir.

Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yürütülmesiyle ilgili olarak Etik Kurul onayı ve araştırmanın yürütüleceği bölge için Nijer konsolosluğu aracılığıyla izin alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Veri toplama aşamasından sonra elde edilen bilgiler bilgisayara girilmiş ve analizler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0 paket programı aracılığı ile yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin analizinde t testi ve versiyonları, kesikli değişkenlerin analizinde ise ki-kare testi kullanmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak önemlilik sınırı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma Niamey merkezinde yürütülmüştür. Dolayısıyla kırsal alanda yaşayan kadınları temsil etmemektedir. Tüm veriler ve analizler kadınların anket sorularına verdikleri yanıtlara göre yapılmıştır. İletişim kurulmasından ya da verilen yanıtların doğru olup olmamasından kaynaklanan değerlendirme hataları bu araştırmanın temel kısıtlılıklarıdır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan 500 kadının yaş ortalaması 28.7 ± 8.3 (min. 15, maks.54) dür. İlk gebelik yaş ortalamaları 20.7 ± 3.8 yıl (min.12-maks.36 yaş), ilk evlilik yaş ortalamaları ise 19.9 ± 3.6 yaştır (min.10-med.20-maks. 36).

Kadınlara ait öteki bazı demografik özellikler Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. Araştırma grubunun demografik özelliklere göre dağılımı

Değişken	Sayı	%
Yaş grubu		
15-19	49	9.8
20-24	135	27.0
25-29	119	23.8
30-34	100	20.0
35-39	29	5.8
40-44	39	7.8
45-49	14	2.8
+50	15	3.0
Eğitim düzeyi		
OYD	93	18.6
İlkokul	62	12.4
Ortaokul	212	42.4
Lise	92	18.4
Üniversite	41	8.2

Tablo 2. (devamı) Araştırma grubunun demografik özelliklere göre dağılımı

Değişken	Sayı	%
Annesinin okur yazarlığı		
OY	165	33.0
OYD	335	67.0
Babasının okur yazarlığı		
OY	154	30.8
OYD	346	69.2
Evlilik kararını veren		
Siz ve eşiniz	350	70.0
Aileniz	150	30.0
Nikâh		
Resmi	11	2.2
Dini	382	76.4
Resmi ve dini	107	21.4
Başlık parası		
Verildi	489	97.8
Verilmedi	150	2.2
Yaşadığı yer		
Niamey1	81	16.2
Niamey2	114	22.8
Niamey3	121	24.2
Niamey4	114	22.8
Niamey5	70	14.0
Ana dil		
Haoussa	156	31.2
Zarma	301	60.2
Peulh	8	1.6
Touareg	26	5.2
Berberi	6	1.2
Gourmantche	2	0.4
Yoruba	1	0.2

Tabloda sunulan veriler değerlendirildiğinde; Niamey’de yaşayan evli her beş kadından birinin okur-yazar olmadığı görülmektedir. Kadınların % 70’i evlilik kararını eşleriyle birlikte aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu oldukça olumlu bir durumdur. Niamey’de yaşayan doğurganlık çağındaki her 4 kadından 3’ü yalnızca dini nikâhlı olduklarını söylemişlerdir. Bu durum kadının statüsü bakımından olumsuz bir özelliktir.

Niamey’li kadınların neredeyse tamamına yakını evlendiklerinde eşlerinin ailelerine başlık parası verdiğini belirtmiştir. Başlık parası Nijer’de çok yaygın bir uygulamadır. Ancak burada kastedilen başlık parası miktar olarak yaklaşık 500-1000 Euro dolayındadır ve bu paranın istenmesindeki amaç, evlenecek kız çocuğunun yeni evinin gereksinimlerini karşılamasıdır. Başka ülkelerde olduğu gibi başlık parasını kızın ailesi almaz.

Araştırma kapsamına alınan kadınların çalışma ve sosyal güvence durumları tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3. Niamey’de yaşayan evli kadınların çalışma durumuna göre dağılımı

Değişken	Sayı	%
Çalışma durumu		
Çalışıyor	162	32.4
Çalışmıyor	338	67.6
Sektör		
Kamu	147	90.7
Özel	15	9.3
Çalışılan sektör (n=162)		
Eğitim	66	40.7
Sağlık	48	29.7
Diğer kamu işleri	33	20.4
Özel sektör	12	7.4
El işleri	3	1.8
Sağlık güvencesi		
Var	122	75.3
Yok	40	24.7
Çalışmama nedeni		
Ev hanımı	268	79.3
Öğrenci	48	14.2
Hasta	4	1.2
İrat sahibi	2	0.6
Ailesindeki bir yaşlıya bakıyor	16	4.7
Eşinin çalışma durumu		
Çalışıyor	477	95.4
Çalışmıyor	23	4.6
Eşinin sağlık güvencesi		
Var	257	51.4
Yok	243	48.6

Tablo 3’te araştırmaya katılan kadınların % 67.6’sı çalışmamaktadır. Bunların çoğu ev kadınıdır. Çalışan kadınların yarıdan fazlası eğitim ve sağlık sektöründe çalışmaktadır ve yalnızca 4 kadından 1’inin sağlık güvencesi vardır. Benzer biçimde çalışıyor olmalarına karşın eşlerinin de yarısının sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik ve doğum öyküleriyle ilgili bilgiler Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Niamey’de yaşayan evli kadınların gebelik ve doğum öyküleri

Değişken	Sayı	%
İlk evlilik yaşı n=500		
10	1	0.2
12	2	0.4
13	2	0.4
15	54	10.8
16	31	6.2
17	33	6.6
18	69	13.8
> 18	307	61.4
İlk gebelik yaşı		
12	1	0.2
13	2	0.5
15	33	7.6
16	15	3.5
17	37	8.5
18	40	9.2
> 18	305	70.4
Gebelik deneyimi n=500		
Evet	433	86.6
Hayır	67	13.4
Araştırma döneminde gebe olma durumu		
Evet	113	22.3
Hayır	387	77.4
Sonuçlanmış gebelik n=433		
Evet	338	78.1
Hayır	95	21.9
Sonuçlanmış gebelik sayısı n=338		
≤ 3	223	66.0
> 3	115	34.0
Canlı çocuk sayısı n=333		
≤ 3	229	68.8
> 3	104	31.2
Düşük deneyimi n=500		
Var	155	31.0
Yok	345	69.0
Ölen çocuk n=500		
Var	33	6.6
Yok	467	93.4
Menopoza girme		
Evet	27	5.4
Hayır	473	94.6

Tablo 4'teki veriler incelendiğinde; Niamey'li kadınlarının 1/3'ünün 18 yaşından önce evlendiği ve yine aynı oranda kadının ilk gebeliklerini 18 yaşından önce yaşadıkları anlaşılmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde katılımcıların 2/3'ü canlı doğum deneyimi, 1/3'ü düşük deneyimi yaşamıştır.

Tablo 5. Niamey'de yaşayan evli kadınların son doğumlarının öyküsü

Değişken	Sayı	%
Son doğumun gerçekleştiği yer		
Ana çocuk sağlık merkezi	30	8.9
Devlet hastanesi-doğum evi	289	85.5
Evde	17	5.0
Özel hastanede	2	0.6
Son doğuma yardım eden kişi (n=338)		
Hekim	82	24.3
Ebe –hemşire	239	70.7
Akraba-arkadaş-komşu	17	5.0
Son doğumun şekli		
Sezaryen	63	18.6
Normal	275	81.4
Son gebeliğinde doğum öncesi bakım (n=338)		
Almış	318	94.1
Almamış	20	5.9

Kimi parametreler bakımdan durum olumsuz olmakla birlikte Niamey'de doğumların % 95'inin sağlık kuruluşlarında gerçekleştiği ve kadınların yaklaşık % 95'inin en az bir kez DÖB aldığı görülmektedir. Kadınların 2'si dışında hiçbiri DÖB için bir ödeme yapmamıştır. Sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğumlar için; yakında sağlık kuruluşunun olmaması, sağlık hizmetlerinin pahalı olması ve sağlık personeline güvensizlik gerekçe gösterilmiştir. Niamey'de yaşayan kadınların doğurganlıkla ilgili bazı özellikleri tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Niamey’de yaşayan evli kadınların doğurganlıkla ilgili bazı özellikleri

Değişken	X ± SS (Min.-Med.-Maks.)
Kadınların ilk evlilik yaşı (yıl)	19.9 ± 3.5 (10-20-36)
Kadınların ilk gebelik yaşı (yıl)	20.7 ± 3.8 (12-20-36)
Kadınlar evlendiğinde eşlerinin yaşı	33.6± 6.1 (20-32-52)
Kadınların son bebeğini emzirme süresi (ay)	14.0± 5.0 (2-13-36)
Kadınların canlı çocuk sayısı	3.2 ± 2.3 (1-2-12)
Kadınların eşlerinin canlı çocuk sayısı*	3.9 ± 5.2 (0-2-37)
Annelerinin canlı çocuk sayısı	6.1 ± 2.4 (1-6-14)
Kadınların eşlerinin evli olduğu kadın sayısı	1.4 ± 0.7 (1-1-4)

*Niamey’de erkekler birden fazla kadınla evlenebilmektedir.

Araştırmaya katılan Niamey’li kadınların ilk evlilik ve ilk gebelik yaş ortalamaları 20 yaş dolayındadır ve birbirine çok yakındır. Kadınların evlendiklerinde eşleriyle aralarında 10 yıldan fazla fark bulunmaktadır. Bu fark kadınların üreme sağlığı, kadının statüsünü belirleyen değişkenler bakımından kararlara katılabilme ya da düşüncelerini ifade edebilme konusunda olumsuzluğa neden olabilir. Yukarıdaki tabloda dikkat çeken bir diğer bulgu ise araştırmamızı yürüttüğümüz genç kadınların annelerine göre daha az gebelik yaşamış ve daha az çocuğa sahip olmuş olmalarıdır.

Özetle tablodaki bulgular erken evlilik, erken çocuk sahibi olma ve yüksek doğurganlığı ortaya koymaktadır ve bu durum kadının sağlığını ve statüsünü olumsuz etkileyebilmektedir.

Araştırmamızın sonraki bölümünde doğum deneyimi yaşamış olan kadınların DÖB, DB ve DSB durumları ve bunları etkileyebilecek değişkenler irdelenmiştir.

Tablo 7: Niamey’deki evli kadınların doğurganlık özelliklere göre DÖB alma durumu

Özellikler	Son gebelikte en az bir DÖB				Toplam		χ^2	p
	Almış		Almamış					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş grupları								
≤18	9	81.8	2	18.2	11	100.0	18.7	<0.001
18-35	237	97.5	6	2.5	243	100.0		
>35	72	85.7	12	14.3	84	100.0		
İlk gebelik yaşı								
≤18	90	89.1	11	10.9	101	100.0	6.4	0.011
>18	228	96.2	9	3.8	237	100.0		
Gebelik sayısı								
≤3	213	95.5	10	4.5	223	100.0	2.4	0.120
>3	105	91.3	10	8.7	115	100.0		
Canlı çocuk sayısı								
≤3	219	95.6	10	4.4	229	100.0	3.5	0.062
>3	94	90.4	10	9.6	104	100.0		
Evlilik kararı alma								
Siz ve eşiniz	218	96.9	7	3.1	225	100.0	9.5	0.002
Aileniz	100	88.5	13	11.5	113	100.0		
Düşük deneyimi								
Var	99	93.4	7	6.6	106	100.0	0.13	0.718
Yok	219	94.4	13	5.6	232	100.0		
AP yöntemi								
Bilen	306	96.5	11	3.5	317	100.0	54.8	<0.001
Bilmeyen	12	57.1	9	42.9	21	100.0		
AP yöntemi								
Kullanan	202	99.5	1	0.5	203	100.0	26.9	<0.001
Kullanmayan	116	85.9	19	14.1	135	100.0		

DÖB alma durumunu etkileyebilecek değişkenlerin analizinde; 18-35 yaş arasında olan, ilk gebelik yaşı 18'den büyük olan, evlilik kararını eşiyile birlikte kendileri alan, herhangi bir AP yöntemi bilen ve herhangi bir AP yöntemi kullanan kadınların daha büyük bir bölümünün en az bir DÖB aldıkları anlaşılmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 8. Niamey'deki evli kadınların eğitimlerine göre DÖB alma durumu

Özellikler	Son gebelikte en az bir DÖB				Toplam		χ^2	p
	Almış		Almamış		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Kadının okur yazarlığı								
OY	265	97.4	7	2.6	272	100.0	27.9	<0.001
OYD	53	80.3	13	19.7	66	100.0		
Kadının eğitimi								
İlkokul-ortaokul	188	96.9	6	3.1	194	100.0	13.2	<0.001
Lise	100	87.7	14	12.3	114	100.0		
Üniversite	33	100.0	0.0	0.0	33	100.0		
Eşinin okur yazarlığı								
OY	243	99.6	1	0.4	244	100.0	47.8	<0.001
OYD	75	79.8	19	20.2	94	100.0		
Kuran kursuna								
Gitmiş	264	95.3	13	4.7	277	100.0	4.1	0.049
Gitmemiş	54	88.5	7	11.5	61	100.0		

Katılımcıların eğitim durumlarıyla DÖB alma durumları incelendiğinde, hem kadının hem de erkeğin eğitimi olması durumunda DÖB alma oranının yükseldiği görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 9. Niamey’deki evli kadınların bazı statü göstergelerine göre DÖB alma durumları

Özellikler	Son gebelikte en az bir DÖB				Toplam		χ^2	p
	Almış		Almamış					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İnternet								
Kullanıyor	91	100.0	0	0.0	91	100.0	7.8	0.005
Kullanmıyor	227	91.9	20	8.1	247	100.0		
Spor								
Yapıyor	74	97.4	2	2.6	76	100.0	1.9	0.132
Yapmıyor	244	93.1	18	6.9	262	100.0		
Tatile								
Çıkıyor	106	100.0	0	0.0	106	100.0	9.7	0.002
Çıkıyor	212	91.4	20	8.6	232	100.0		
Kadınlar siyasette daha çok yer almalıdır								
Katılıyorum	200	97.6	5	2.4	205	100.0	11.3	0.001
Katılmıyorum	118	88.7	15	11.3	133	100.0		
Sokakta başörtüsü								
Kullanıyor	309	94.2	19	5.8	328	100.0	0.3	0.461
Kullanmıyor	9	90.0	1	10.0	10	100.0		

İnternet kullanımı ve tatile gidebilme gibi kadının statüsüyle ilgili değişkenlerin DÖB alma oranı ile ilişkili olması, görece daha iyi statüye sahip kadınların üreme sağlığının diğer alanlarında olduğu gibi DÖB alma bakımından da daha iyi durumdadırlar ($p < 0,05$).

Tıpkı yukarıda sayılan değişkenler gibi, kadının çalışma yaşamında yer alması ve bir sağlık güvencesine sahip olabilmesi de önemli statü göstergeleridir. Bu değişkenlerin DÖB almayı nasıl etkilediği aşağıda sunulmuştur.

Tablo 10. Niamey’deki evli kadınların çalışma özelliklerine göre DÖB alma durumu

Özellikler	Son gebelikte en az bir DÖB				Toplam		χ^2	p
	Almış		Almamış					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	120	99.2	1	0.8	121	100.0	8.7	0.003
Çalışmıyor	198	91.2	19	8.8	217	100.0		
Çalıştığı sektör								
Kamu	109	99.1	1	0.9	110	100,0	0.101	1.000
Özel	11	100.0	0	0.0	11	100.0		
Sağlık güvencesi								
Var	89	98.9	1	1.1	90	100.0	0.3	0.744
Yok	31	100.0	0	0.0	31	100.0		
Eşinin sağlık güvencesi								
Var	176	100.0	0	0.0	176	100.0	23.1	<0.001
Yok	142	87.7	20	12.3	162	100.0		

Tablodaki veriler kadının çalışıyor olmasının ve eşinin sağlık güvencesine sahip olmasının DÖB alma durumunu olumlu etkilediğini göstermektedir.

Kadın sağlığı bakımından önemli değişkenlerden biri de doğum sonrası bakım hizmeti almadır (DSB). DSB alma ile bazı değişkenlerin ilişkisi aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Tablo 11. Niamey’deki evli kadınların eğitim seviyesine göre DSB alma durumu

Özellikler	Son gebelikte Doğum Sonrası Bakım				Toplam		χ^2	p
	Almış		Almamış					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kadının okur yazarlığı								
OY	257	97.0	8	3.0	265	100.0	2.2	0.138
OYD	52	92.9	4	7.1	56	100.0		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	190	94.5	11	5.5	201	100.0	4.5	0.027
Çalışmıyor	119	99.2	1	0.8	120	100.0		
İlk gebelik yaşı								
≤18 yaş	87	94.6	5	5.4	92	100.0	1.031	0.238
>18 yaş	222	96.9	7	3.1	229	100.0		
Gebelik sayısı								
≤3	208	99.0	2	1.0	210	100.0	13.1	0.001
>3	101	91.0	10	9.0	111	100.0		
Canlı çocuk sayısı								
≤3	214	99.1	2	0.9	216	100.0	15.4	<0.001
>3	90	90.0	10	10.0	100	100.0		
Son gebelikte DÖB								
Almış	299	97.1	9	2.9	308	100.0		
Almamış	10	76.9	3	23.4	13	100.0	14.1	0.009

DÖB alma durumunda olduğu gibi DSB hizmeti alma bakımından da yaşanan ve sonuçlanan gebelik sayısı 3’ün altında olanlar ve çalışan kadınlar daha iyi durumdadır (p<0,05).

Tablo 12. Niamey’deki evli kadınların eğitim ve çalışma durumlarına göre gebelik sayıları

Özellikler	Gebelik sayısı				Toplam		χ^2	p
	3’ten az		3’ten fazla					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kadının okur yazarlığı								
OY	192	70.6	80	29.4	272	100.0	13.1	<0.001
OYD	31	47.0	35	53.0	66	100.0		
Eğitim düzeyi								
İlkokul	33	64.7	18	35.3	51	100.0	11.4	0.009
Ortaokul	102	71.8	40	28.2	142	100.0		
Lise	27	58.7	19	41.3	46	100.0		
Üniversite	30	90.9	3	9.1	33	100.0		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	93	76.9	28	23.1	217	100.0	9.9	0.002
Çalışmıyor	130	59.9	87	40.1	121	100.0		
Kuran kursuna								
Gitmiş	193	71.0	79	29.0	272	100.0	1.6	0.205
Gitmemiş	36	59.0	25	41.0	61	100.0		
Eşinin okur yazarlığı								
OY	181	75.7	58	24.3	239	100.0	14.8	<0.001
OYD	48	51.1	46	48.9	94	100.0		

Kadın sağlığı bakımından risk kabul edilebilecek önemli konulardan biri de gebelik ve çocuk sayısıdır. Bu araştırmada gebelik sayısının 3’ten fazla olup olmamasını etkileyebilecek bağımsız değişkenlerle ilgili analizler de yapılmıştır. Bu sonuçlara göre; okuma yazma bilecek kadar bir okula gidenler, okur yazar olmayanlara göre, üniversite eğitimi alanlar diğer gruplara göre, eşi okuma yazma bilenler daha az sayıda (3’ten az) gebelik yaşamaktadırlar.

Tablo 13. Niamey’deki evli kadınların bazı üreme sağlığı değişkenlerine göre gebelik sayıları

Özellikler	Gebelik sayısı				Toplam		χ^2	p
	3’ten az		3’ten fazla					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş grubu								
18 ve altı	11	100.0	0	0.0	11	100.0	116.9	<0.001
18-35	197	81.1	46	16.3	243	100.0		
>35	15	17.9	69	82.1	84	100.0		
İlk evlilik yaşı								
≤18 yaş	66	48.2	71	51.8	137	100.0	32.5	<0.001
>18 yaş	157	78.1	44	21.9	201	100.0		
İlk gebelik yaşı								
≤18 yaş	49	48.5	52	51.5	101	100.0	19.6	<0.001
>18 yaş	174	73.4	63	26.5	237	100.0		
AP yöntemi								
Kullanıyor	158	77.8	45	22.2	203	100.0	31.8	<0.001
Kullanmıyor	65	48.1	70	51.9	135	100.0		
Kadının istediği çocuk sayısı								
≤3	21	87.5	3	12.5	24	100.0	5.3	0.021
>3	202	64.3	112	35.7	314	100.0		

Katılımcıların ilk evlilik ve ilk gebelik yaşıyla canlı çocuk sayısı karşılaştırıldığında, iki değişken arası ilişki vardır ($p<0,05$). 18 yaşından önce evlenenler ve ilk gebeliğini 18 yaşından önce yaşayanların çocuk sayıları 3’ten fazladır.

Niamey’de AP yöntemi kullanılan kadınlarda canlı çocuk sayısı 3’ten azdır ($p<0,05$).

Katılımcıların yaş grupları ve gebelik sayısı arasında ilişki vardır ($p<0,05$). 18 yaşından büyük kadınların çocuk sayıları 3’ten fazladır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların hiç çocuğu olmadığında istediği çocuk sayısı ciddi bir anlamda canlı çocuk sayısını etkilenmektedir ($p<0,05$).

Tablo 14. Niamey’li evli Kadınların eğitim ve bazı üreme sağlığı değişkenlerine göre düşük deneyimleri

Özellikler	Düşük deneyimi				Toplam		χ^2	p
	Var		Yok					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş grubu								
18 ve altı	8	18.6	35	81.4	43	100.0	27.8	<0.001
18-35	99	26.9	269	73.1	368	100.0		
>35	48	53.9	41	46.1	89	100.0		
Eğitim düzeyi							2.96	0.394
İlkokul	17	27.4	45	72.6	62	100.0		
Ortaokul	65	30.7	147	69.3	212	100.0		
Lise	31	33.7	61	66.3	92	100.0		
Üniversite	8	19.5	33	80.5	41	100.0		
İlk evlilik yaşı							2.02	0.154
≤18 yaş	67	34.7	126	65.3	193	100.0		
>18 yaş	88	28.7	219	71.3	307	100.0		
İlk gebelik yaşı							0.152	0.696
≤18 yaş	47	36.7	81	63.3	128	100.0		
>18 yaş	106	34.8	199	65.2	305	100.0		
Gebelik sayısı							29.5	<0.001
≤3	48	21.4	176	78.6	224	100.0		
>3	58	50.4	57	49.6	115	100.0		
Sağlık güvencesi							0.019	0.892
Var	38	31.1	84	68.9	122	100.0		
Yok	12	30.0	28	70.0	40	100.0		
AP yöntemi							0.74	0.388
Kullanıyor	65	29.0	159	71.0	224	100.0		
Kullanmıyor	90	32.6	186	67.4	276	100.0		

Niameyli kadınların düşük deneyimleri ile ilişkili olabilecek değişkenlerin analizi yapıldığında; 35 yaşından büyük olan, gebelik ve çocuk sayısı 3'ten fazla olan kadınlar arasında düşük sorununun daha yaygın olduğu anlaşılmıştır ($p<0,05$). Daha önceki analizlerde etkili bulunan eğitim, sağlık güvencesi, ilk evlilik yaşı gibi bazı değişkenler düşük deneyimiyle ilişkisiz bulunmuştur.

Doğum yapmış kadınların DSB ve emzirmeyle ilgili sorulara verdikleri yanıtlar tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 15. Doğum yapmış evli kadınların DSB ve emzirmeyle ilgili yanıtları

Değişken	Sayı	%
Son doğumdan sonra eve gitmeden bebek izlemi n=321		
Evet	309	96.3
Hayır	12	3.7
Son doğumdan sonra ilk 2 ay içinde bebek izlemi n=338		
Evet	271	80.2
Hayır	67	19.8
Son doğumda DSB için ücret verip vermediği n=338		
Vermiş	7	2.1
Vermemiş	331	97.9
Son bebeğini emzirip emzirmedeği n=338		
Emzirmiş	315	93.2
Emzirmemiş	23	6.8
Son bebeğe ilk günlerde ek gıda verip vermediği n=338		
Vermiş	109	32.2
Vermemiş	229	67.8
Son bebeği emzirme süresi (ay) n=315		
< 4 ay	6	1.9
≥ 4 ay	309	98.1
Son bebeği emzirmeme nedeni n=23		
Bebek öldü	8	34.8
Meme ucu/göğüs sorunu	8	34.8
Bebek istemedi	1	8.6
Anne çalışıyor	1	13.0
Sütü yetersiz	3	4.4
Anne hasta/ zayıf	2	4.4
Son bebeğe ek gıda verme zamanı n=315		
< 4 ay	109	34.6
≥ 4 ay	206	65.4

Tablodaki veriler irdelendiğinde Niamey'li kadınların kendilerinin ve bebeklerinin izlemi konusunda fazlaca sorun yaşamadıkları anlaşılmaktadır. Bebeklerini emzirme konusunda da oldukça olumlu bulgular elde edilmiştir. Ancak ek besinlere erken başlanması göze çarpan en temel sorunlardan biridir. Annelerin neredeyse 2/3'ü doğumdan sonraki

dönemlerde yani ilk 4 ay içinde ek besinlere geçmiştir. Burada en sık dile getirilen ek besin sudur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların evliliklerinde eşleriyle akrabalık ilişkileri ve çocuk sayıları tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Niamey’de evli kadınlarda akraba evliliği ve çocuk durumu

Değişken	Sayı	%
Eşi ile akrabalık n=500		
Var	78	15.6
Yok	422	84.4
Annesi ile babası arasında akrabalık n=500		
Var	172	34.4
Yok	328	65.6
Annesinin çocuk sayısı n=500		
1	8	1.6
2	18	3.6
3	35	7.0
4	61	12.2
5	95	19.0
6	66	13.2
7	94	18.8
8	57	11.4
9	25	5.0
≥10	41	8.2
Kadının çocuk sayısı n=500		
Çocuğu yok	167	33.4
1	80	24.0
2	75	22.5
3	74	22.2
4	25	7.5
5	36	10.8
6	9	2.7
7	12	3.6
8	7	2.1
9	5	1.5
≥10	10	3.0

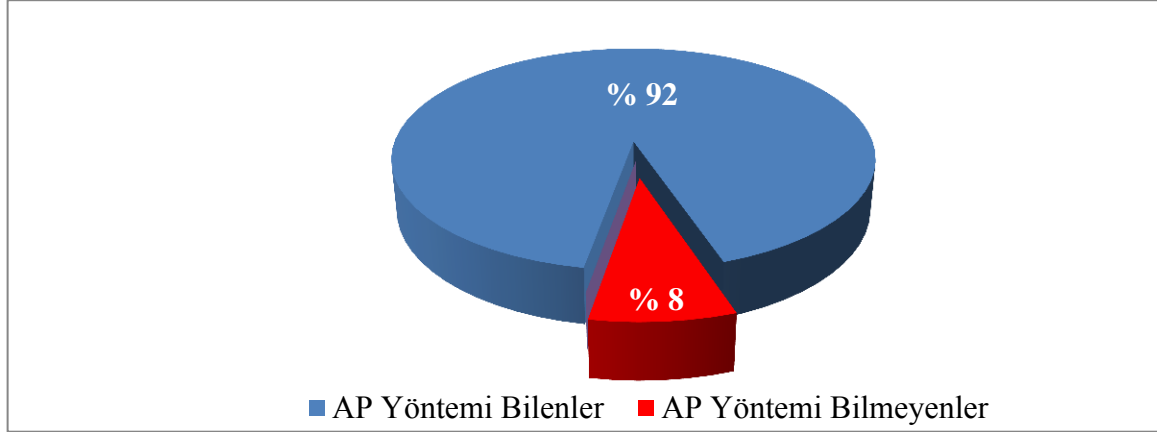
Bu tablodan araştırmaya katılan kadınların % 15’inin eşiyle akraba olduğu görülmektedir. Ancak anneleriyle karşılaştırıldığında genç kuşak kadınların akraba evlilik oranlarının azaldığı görülmektedir. Bir diğer farklılık ise sahip olunan çocuk sayısındadır. Tablo verilerinden araştırmaya alınan kadınların annelerine göre daha az sayıda çocuk sahibi oldukları anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların AP yöntemleri konusundaki verileri tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Niamey’de yaşayan evli kadınların AP yöntemi bilgi ve kullanım durumu

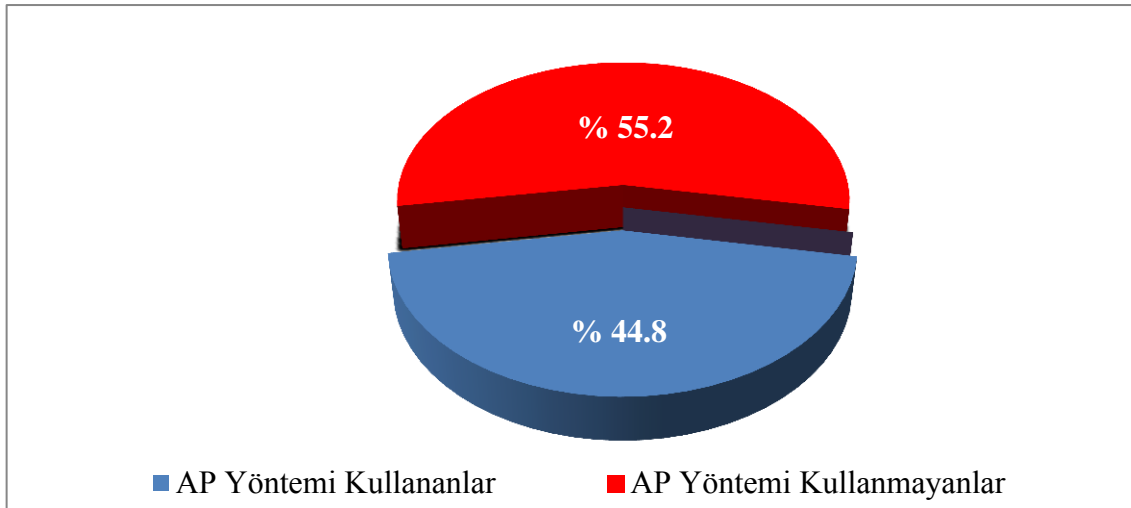
Değişken	Sayı	%
Herhangi bir AP yöntemi n=500		
Biliyor	460	92.0
Bilmiyor	40	8.0
Herhangi bir AP yöntemi kullanma durumu n=500		
Kullananlar	224	44.8
Kullanmayanlar	276	55.2
AP yöntemi temin edilebileceği yeri n=500		
Biliyor	433	86.6
Bilmiyor	67	13.4
Şuanda kullandığı AP yöntemi n=224		
Hap	135	60.3
Deri altı implantı	18	8.0
Prezervatif	18	8.0
Rahim içi araç	17	7.6
İğne/enjeksiyon	15	6.7
Emzirme ile korunma	14	6.3
Tüplerin bağlanması	5	2.2
Erkeğin kanallarının bağlanması	1	0.4
Geri çekme	1	0.4
Kullandığı ilk AP yöntemi n=224		
Hap	164	73.2
Kondom / prezervatif / kaput	19	8.5
Süt/emzirme ile korunma	13	5.8
Deri altı implantı	9	4.0
İğne / enjeksiyon	9	4.0
Rahim içi araç	8	3.6
Geri çekme	1	0.2
Tehlikesiz günler (takvim yöntemi)	1	0.2
Bir yöntem kullanmamanın temel nedeni n=276		
Gebe kalmak istiyor	143	51.8
Eşi istemiyor	46	16.7
Dini nedenler	35	12.7
Menopoz	27	9.8
Cinsel ilişki yok	15	5.4
Sağlık kaygısı	5	1.8
Yeni doğum yapmış /emziriyor	3	1.1
Sık olmayan ilişki	1	0.2
Alamıyor (nasıl tahmin edeceği bilmiyor pahalı, uzak vb.)	1	0.2

Tablo 17'ye göre; Niamey'deki evli kadınların yaklaşık % 92'si herhangi bir AP yöntemi duyduğunu ifade etmiştir. Kadınların hem en çok bildikleri, hem de en yaygın kullandıkları yöntem haptır. Daha sonra prezervatif ve RİA gelmektedir. Her 4 kadından 1'i kullandıkları ilk yöntem sorusuna hap yanıtını vermiştir. Geri çekme yöntemini kullandığını yalnızca 1 kadın ifade etmiştir.



Şekil 2. Niamey'li evli kadınların herhangi bir AP yöntemi bilgi durumları

Tablo 17'ye göre; Niamey'deki evli kadınların yaklaşık % 55'i herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır (şekil 2). Kadınların en çok kullandıkları yöntem haptır.



Şekil 3. Niamey'li evli kadınların herhangi bir AP yöntemi kullanma durumları

Tablo 17’de herhangi bir modern yöntem kullanmayan kadınların yarısından fazlası gebe kalma isteğini gerekçe gösterirken, 1/5’i eşinin istememesini, % 7.2’si ise dini nedenleri gerekçe göstermişlerdir.

Tablo 18. Niamey’deki evli kadınların AP yöntemi bilgi durumunun bazı değişkenlerle ilişkisi

Özellikler	AP yöntemi bilgi durumu				Toplam		χ^2	p
	Bilmiyor		Biliyor		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
İlk evlilik yaşı n=500								
≤18	23	11.9	170	88.1	193	100.0	6.50	0.010
>18	17	5.5	290	94.5	307	100.0		
İlk gebelik yaşı n=433								
≤18	15	11.7	113	88.3	128	100.0	5.60	0.017
>18	16	5.2	289	94.8	305	100.0		
Canlı doğum deneyimi n=500								
Var	21	6.3	312	93.7	333	100.0	3.88	0.049
Yok	19	11.4	148	88.6	167	100.0		
Gebelik sayısı n=439								
≤3	14	6.2	210	93.8	224	100.0	0.05	0.945
>3	7	6.1	108	93.9	115	100.0		
Canlı çocuk sayısı n=333								
≤3	14	6.1	215	93.9	229	100.0	0.04	0.830
>3	7	6.7	97	93.3	104	100.0		
Düşük deneyimi n=500								
Var	8	5.2	147	94.8	155	100.0	2.40	0.117
Yok	32	9.3	313	90.7	345	100.0		

Niamey’de yaşayan kadınların herhangi bir AP yöntemi bilme durumlarını etkileyebilecek değişkenler analiz edildiğinde; ilk evlilik yaşı 18’den büyük olanların, ilk gebelik yaşı 18’den büyük olanların ve canlı doğum yapmış olanların AP yöntemi bilme oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0.05).

Tablo 19. Niamey’deki evli kadınların AP yöntemi bilgi durumunun eğitim düzeyi ile ilişkisi

Özellikler	AP yöntemi bilgi durumu				Toplam		χ^2	p
	Bilmiyor		Biliyor		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Yaş grubu								
≤18	13	30.2	30	69.8	43	100.0	33.0	<0.001
20-35	19	5.2	349	94.8	368	100.0		
>35	8	9.0	81	91.0	89	100.0		
Kadının okuryazarlığı								
OY	11	2.7	396	97.3	407	100.0	83.4	<0.001
OYD	29	31.2	64	68.8	93	100.0		
Eğitim düzeyi								
İlkokul	5	8.1	57	91.9	62	100.0	10.4	0.015
Ortaokul	6	2.8	206	97.2	212	100.0		
Lise	0	0.0	92	100.0	92	100.0		
Üniversite	0	0.0	41	100.0	41	100.0		
Eşinin okuryazarlığı								
OY	7	1.9	362	98.1	369	100.0	71.2	<0.001
OYD	33	25.2	98	74.8	131	100.0		

Katılımcıların, kendilerinin ve eşlerinin okuma yazma bilecek kadar bir okula gitmiş olmaları herhangi bir aile planlaması yöntemi bilme durumlarını olumlu etkilemektedir. Özellikle 18 yaşından küçükler ve ilkokul eğitimi düzeyine sahip kadınlar içinde AP yöntemi bilenlerin oranı daha düşüktür (p<0.05).

Tablo 20. Niamey’de yaşayan evli kadınların bazı statü değişkenlerine göre AP yöntemi bilgi durumu

Özellikler	AP yöntemi bilgi durumu				Toplam		χ^2	p
	Bilmiyor		Biliyor		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Yaşadığı yer								
Niamey 1	7	8.6	74	91.4	81	100.0	2.80	0.576
Niamey 2	6	5.3	108	94.7	114	100.0		
Niamey 3	8	6.6	113	93.4	121	100.0		
Niamey 4	12	10.5	102	89.5	114	100.0		
Niamey 5	7	10.0	63	90.0	70	100.0		
Dışarıda yemek yemeye								
Çıkabiliyor	1	0.7	143	99.3	144	100.0	14.60	<0.001
Çıkamıyor	39	11.0	317	89.0	356	100.0		
İnternet								
Kullanıyor	3	2.1	140	97.9	143	100.0	9.47	0.002
Kullanmıyor	37	10.4	320	89.6	357	100.0		
Spor								
Yapıyor	0	0.0	102	100.0	102	100.0	11.1	0.001
Yapmıyor	40	10.1	358	89.9	398	100.0		
Kadınlar siyasette daha çok yer almalıdır								
Katılıyorum	5	1.6	300	98.4	305	100.0	42.90	<0.001
Katılmıyorum	35	17.9	160	82.1	195	100.0		
Sokakta başörtüsü								
Kullanıyor	37	7.7	443	92.3	480	100.0	1.30	0.209
Kullanmıyor	3	15.0	17	85.0	20	100.0		

Kadının statüsüyle olumlu yönde ilişkili olan dışarıda yemeğe çıkma, internet kullanma, televizyonda kadın programlarını izleyebilme, spor yapma gibi değişkenler bakımından iyi durumda olan kadınlarda AP yöntemi bilme oranları daha yüksektir ($p<0,05$). Katılımcıların Niamey içinde yaşadığı bölge ve başörtüsü kullanımı herhangi bir AP bilme durumu ile ilişkisiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 21. Niamey’de yaşayan evli kadınların çalışma durumuna göre AP yöntemi bilgi durumu

Özellikler	AP yöntemi bilgi durumu				Toplam		χ^2	p
	Bilmiyor		Biliyor		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Çalışma durumu								
Çalışıyor	4	2.5	158	97.5	162	100.0	9.96	0.002
Çalışmıyor	36	10.7	302	89.3	338	100.0		
Sağlık güvencesi								
Var	2	1.6	120	98.4	122	100.0	1.41	0.255
Yok	2	5.0	38	95.0	40	100.0		
Eşinin sağlık güvencesi								
Var	3	1.2	254	98.8	257	100.0	33.53	<0.001
Yok	37	15.2	206	84.8	243	100.0		

Tablodaki veriler irdelendiğinde çalışan kadınlarda AP yöntem bilme oranının daha yüksek olduğu ($p<0,05$), kadının sağlık güvencesinin varlığı ya da yokluğunun AP yöntemi bilme durumunu değiştirmedeği görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 22. Niamey’de yaşayan evli kadınların doğurganlık özelliklere göre AP yöntemi kullanma durumları

Özellikler	Kadının AP yöntemi kullanma durumu				Toplam		χ^2	p
	Kullanıyor		Kullanmıyor		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
İlk evlilik yaşı n=500								
≤18	77	39.9	116	60.1	193	100.0	3.05	0.080
>18	147	47.9	160	52.1	307	100.0		
İlk gebelik yaşı n=433								
≤18	49	38.3	79	61.7	128	100.0	10.58	0,001
>18	169	55.4	136	44.6	305	100.0		
Canlı doğum deneyimi n=500								
Var	203	61.0	130	39.0	333	100.0	105.2	<0.001
Yok	21	12.6	146	87.4	167	100.0	9	
Gebelik sayısı n=339								
≤3	159	71.0	65	29.0	224	100.0	31.82	<0.001
>3	45	39.1	70	60.9	115	100.0		
Canlı çocuk sayısı n=333								
≤3	165	72.1	64	27.9	229	100.0	37.90	<0.001
>3	38	36.5	66	63.5	104	100.0		
Düşük deneyimi n=500								
Var	65	41.9	90	58.1	155	100.0	0.76	0.388
Yok	159	46.1	186	53.9	345	100.0		
Ölü Doğum n=500								
Var	22	66.7	11	33.3	33	100.0	6.83	0.009
Yok	202	43.3	265	56.7	467	100.0		
Evlilik Kararı								
Kadın ve eşi birlikte	160	45.7	190	54.3	350	100.0	0.39	0.530
Aileleri	64	42.7	86	57.3	150	100.0		

Doğurganlıkla ilgili kimi parametrelerin kadının bir AP yöntemi kullanma durumuyla ilişkisi irdelendiğinde; canlı ve ölü doğum yapmış olan kadınların, ilk gebelik yaşı 18'den büyük olanların, daha az gebelik yaşamış ve daha az doğum yapmış olanların AP kullanma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Aslında buradaki kimi ilişkileri tersinden değerlendirmek de mümkündür. Örneğin AP yöntemi kullandığı için bazı kadınlar daha az sayıda çocuk sahibi olmuş, ilk gebeliklerini daha ilerleyen yaşlarda yaşamış olabilirler.

Araştırma kapsamına alınan kadınların çalışma durumları, sağlık güvencesi durumlarının AP yöntem kullanımıyla ilişkisi tablo 23'te sunulmuştur.

Tablo 23. Niamey'de yaşayan evli kadınların çalışma durumuna göre AP yöntemi kullanma durumları

Özellikler	Kadının AP yöntemi kullanma durum				Toplam		χ^2	p
	Kullanıyor		Kullanmıyor		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Çalışma durumu								
Çalışmıyor	130	38.5	208	61.5	338	100.0	16.95	<0.001
Çalışıyor	94	58.0	68	42.0	162	100.0		
Çalıştığı sektör								
Kamu	85	57.8	62	42.2	147	100.0	0.03	0.871
Özel	9	60.0	6	40.0	15	100.0		
Sağlık güvencesi								
Var	72	59.0	50	41.0	122	100.0	0.20	0.655
Yok	22	55.0	18	45.0	40	100.0		
Eşinin sağlık güvencesi								
Var	139	54.1	118	45.9	257	100.0	18.44	<0.001
Yok	85	35.0	158	65.0	243	100.0		

Katılımcıların çalışma durumuyla herhangi bir AP yöntem kullanma durumu incelediğinde, çalışan kadınlarda AP yöntemi kullanma oranları daha yüksek olduğu

anlaşılmaktadır ($p<0,05$). Kadının eşinin sağlık güvencesinin olması da AP yöntemi kullanımında etkili bir başka değişkendir.

Niamey’li kadınların kendilerinin ve eşlerinin eğitim düzeylerinin AP yöntemi kullanmalarını nasıl etkilediğiyle ilgili veriler tablo 24’te sunulmuştur.

Tablo 24. Niamey’de yaşayan evli kadınların eğitim seviyesine göre AP yöntemi kullanma durumu

Özellikler	Kadının AP yöntemi kullanma durum				Toplam		χ^2	p
	Kullanıyor		Kullanmıyor		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Yaş grupları								
≤18	5	11.6	38	88.4	43	100.0	36.57	<0.001
18-35	193	52.4	175	47.6	368	100.0		
>35	26	29.2	63	70.8	89	100.0		
Kadının okur yazarlığı								
OY	196	48.2	211	51.8	407	100.0	9.97	0.002
OYD	28	30.1	65	69.9	93	100.0		
Kadının eğitim durumu n=407								
İlkokul	26	41.9	36	58.1	62	100.0	12.49	0.006
Ortaokul	105	49.5	107	50.5	212	100.0		
Lise	36	39.1	56	60.9	92	100.0		
Üniversite	29	70.7	12	29.3	41	100.0		
Eşinin okur yazarlığı								
OY	185	50.1	184	49.9	369	100.0	16.20	<0.001
OYD	39	29.8	92	70.2	131	100.0		
Kur'an Kursu								
Gitmiş	188	46.3	218	53.7	406	100.0	1.90	0.159
Gitmemiş	36	38.3	58	61.7	94	100.0		
Yaşadığı yer								
Niamey 1	34	42.0	47	58.8	81	100.0	0.65	0.957
Niamey 2	54	47.4	60	52.6	114	100.0		
Niamey 3	53	43.8	68	56.2	121	100.0		
Niamey 4	52	45.6	62	54.4	114	100.0		
Niamey 5	31	44.3	39	55.7	70	100.0		

Katılımcıların eğitim durumuyla herhangi bir aile planlaması yöntem kullanma durumu arasındaki ilişki irdelendiğinde; kendisi ve eşi okur-yazar olan kadınlar, üniversite

eğitilmişler ve 18 yaşından büyük olanlar arasında herhangi bir AP yöntemi kullanımının daha yaygın olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan kadınların kullanılacak AP yöntemine karar verme ve danışmanlık alma durumları tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25. Niamey’de yaşayan evli kadınların kullandığı AP yöntemine karar verme ve yönteme özel danışmanlık alma durumu

Değişken	Sayı	%
Kullanılan AP yöntemine karar veren n=224		
Kendisi	85	37.9
Eşi	26	11.6
Beraber	113	50.4
Halen kullandığı yöntemi temin ettiği yer n=224		
Ana Çocuk Sağlık Merkezi (AÇSAP)	191	85.3
Entegre sağlık merkezi	28	12.5
Arkadaş	4	1.8
Eczane	1	0.4
Kullandığı yönteme özel danışmanlık n=224		
Almış	198	88.4
Almamış	26	11.6
Gelecekte AP yöntemi kullanmayı düşünüp düşünmediğini n=276		
Evet	124	44.9
Hayır	152	55.1

Yöntem kullanan kadınların 2/3’ü yönteme eşleriyle birlikte karar verdiklerini ifade etmiştir. Kadınların önemli bir bölümü yöntemi AÇSAP merkezlerinden temin etmiş ve neredeyse tamamı yöntem hakkında danışmanlık aldıklarını belirtmiştir. Her 3 kadından 2’si gelecekte bir AP yöntemi kullanmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bunların çoğu bugün de yöntem kullanan kadınlardır.

Niamey’li kadınların çocuk sahibi olmayla ilgili düşünceleri tablo 26’da sunulmuştur.

Tablo 26. Niamey’li evli kadınların çocuk sahibi olmayla ilgili düşünceleri

Değişken	Sayı	%
Gelecekte çocuk isteyip istemediği		
İstiyor	353	70.6
İstemiyor	76	15.2
Kararsız	71	14.2
Hiç çocuğu olmadığı günlerde tam istediği çocuk sayısı		
2	7	1.4
3	50	10.0
4	104	20.8
5	145	29.0
6	53	10.6
7	47	9.4
8	23	4.6
9	7	1.4
10	41	8.2
11	1	0.2
12	19	3.8
15	1	0.2
20	2	0.4
Bir sonraki çocuğu planladığı yıl n=353		
1 yıl sonra	153	43.3
2 yıl sonra	107	30.3
3 yıl sonra	62	17.6
4 yıl sonra	17	4.8
5 yıl sonra	14	4.0

Araştırma sırasında Niamey’li kadınların statülerini ortaya koyabilmek için sorulan sorulara verilen yanıtlar aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

Tablo 27. Niamey’de yaşayan evli kadınların kararlara katılımı ve statüsüyle ilgili önermelere verdikleri yanıtlar

Değişken	Sayı	%
Ailede önemli kararları		
Yalnızca erkekler almalıdır	78	15.6
Birlikte karar alınmalıdır	422	84.4
Ev işlerini		
Erkek yapar	58	11.6
Erkek yapmaz	442	88.4
Kadın aynı fikirde değilse		
Eşiyle tartışabilir	230	46.0
Eşiyle tartışamaz	270	54.0
Evli kadın ev dışında çalışmak isterse		
Çalışabilir	293	58.6
Çalışamaz (izin verilmez)	207	41.4
Erkek çocuğun eğitimi olması kız çocuğun eğitimi olmasından her zaman daha iyidir		
Evet, katılıyorum	34	6.8
Hayır, katılmıyorum	466	93.2
Kadın eşinden izni almadan istediği yere gidebilir		
Katılıyorum	24	4.8
Katılmıyorum, izin alınmalıdır	476	95.2
Erkek kadından daha akıllıdır		
Evet, katılıyorum	60	12.0
Hayır, katılmıyorum	440	88.0
Kadınlar siyasette daha çok yer almalıdır		
Evet, katılıyorum	305	61.0
Hayır, katılmıyorum	195	39.0
Kadınlar evlendiklerinde bakire olmalıdır		
Evet, katılıyorum	455	91.0
Hayır, katılmıyorum, şart değil	45	9.0

Kadınların eşleriyle ilişkilerini ve aile içindeki konumlarını anlamaya yönelik önermeler değerlendirildiğinde; ev işleri, eşyle tartışma ve bakirelik gibi kimi konularda Niamey’li kadınların daha alt bir konumu kabullendikleri izlenimi doğmaktadır.

Tablo 28. Katılımcıların günlük yaşam etkinlikleriyle ilgili sorulara verdikleri yanıtlar

Değişken	Sayı	%
Spor yapıyor musunuz?		
Yapıyorum	102	20.4
Yapmıyorum	398	79.6
Memleketiniz dışında başka bir yere tatile gittiniz mi?		
Evet, gittim	144	28.8
Hayır, gitmedim	356	71.2
Ailenizle dışarıda yemek yemeye çıkıyor musunuz?		
Evet	145	29.0
Hayır	355	71.0
Arkadaşlarınız ya da komşularınızla gün yapıyor musunuz?		
Evet	261	52.2
Hayır	239	47.8
İnternet kullanıyor musunuz?		
Kullanıyor	143	28.6
Kullanmıyor	357	71.4
Televizyondaki kadın programlarını izliyor musunuz?		
İzliyor	418	83.6
İzlemiyor	82	16.4
Sokakta başörtü takıyor musunuz?		
Takıyor	480	96.0
Takmıyor	20	4.0

Niamey’li kadınların çok önemli bir bölümü günlük sosyal aktivitelerde bulunmamaktadır. Çoğunlukta evde kalan, çocuk ve yaşlılara bakan kadınların en sık yaptıkları eylem evde televizyon seyretmek ve kendi aralarında gün yapmaktır.

Katılımcılara aile içi şiddete gerekçe olabileceği düşünülen bazı önermeler verilmiş ve bu konulardaki düşünceleri sorulmuştur. Sonuçlar tablo 29'dadır.

Tablo 29. Katılımcıların aile içi şiddetin haklılığı ve nedenleriyle ilgili düşünceleri

Değişken	Sayı	%
Kadın yemek yapmadığında şiddeti hak eder		
Evet, katılıyorum	152	30.4
Hayır, katılmıyorum	348	69.6
Kadın yemeği yaktığında şiddeti hak eder		
Evet, katılıyorum	142	28.4
Hayır, katılmıyorum	358	71.6
Kadın evin bakımını ihmal ettiğinde şiddeti hak eder		
Evet, katılıyorum	232	46.4
Hayır, katılmıyorum	268	53.6
Kadın çocukların bakımını ihmal ettiğinde şiddeti hak eder		
Evet, katılıyorum	211	42.2
Hayır, katılmıyorum	289	57.8
Kadın eşine karşılık verdiği şiddeti hak eder		
Evet, katılıyorum	256	51.2
Hayır, katılmıyorum	244	48.8
Kadın parayı lüzumsuz harcadığında şiddeti hak eder		
Evet, katılıyorum	161	32.2
Hayır, katılmıyorum	339	67.8
Kadın cinsel ilişkide bulunmayı reddettiğinde şiddeti hak eder		
Evet	344	68.8
Hayır	156	31.2

Tabloda da görüldüğü gibi araştırmaya katılan 500 kadından 344'ü cinsel ilişkide bulunmayı reddettiğinde ve 256'sı eşine karşılık verdiği şiddeti hak edeceğini düşünmektedir. Bu bulgular maalesef aile içi şiddetin, kadına yönelik şiddetin kadınlarca kanıksandığını göstermektedir.

Tablo 30. Katılımcıların duygusal şiddetle ilgili önermelere verdikleri yanıtlar

Değişken	Sayı	%
Eşiniz kadın arkadaşlarınızla görüşmenizi engeller mi?		
Sık sık	33	6.6
Bazen	87	17.4
Hiçbir zaman	380	76.0
Eşiniz kendi ailenizle görüşmenizi sınırlar mı?		
Sık sık	33	6.6
Bezen	88	17.6
Hiçbir zaman	379	75.8
Her zaman nerede olduğunuzu bilmek için ısrar eder mi?		
Sık sık	46	9.2
Bazen	283	56.6
Hiçbir zaman	171	34.2
Para konusunda size güvenmediği olur mu?		
Sık sık	19	3.8
Bazen	60	12.0
Hiçbir zaman	421	84.2
Sizi sadakatsiz olmakla suçlar mı?		
Sık sık	8	1.6
Bazen	19	3.8
Hiçbir zaman	473	94.4

Yukarıdaki tabloda psikolojik şiddetin varlığı sorgulanmış, Niamey’li kadınların bu alanda görece olarak daha az sorun yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Ancak her şeye karşın az da olsa aileleriyle, arkadaşlarıyla görüşmekte sorunlar yaşayan, dışarıya çıkmasının yasaklandığı kadınların olduğu da dikkat çekmektedir.

Kadınların aile içindeki görevleri ve eşlerin desteğini ortaya koymayı hedefleyen önermelere verilen yanıtlar tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 31. Evli kadınların ev ve evlilik yaşamlarıyla ilgili bazı değişkenlere yanıtları

Değişken	Sayı	%
Evde yemek kim yapar?		
Kendisi	442	88.4
Çocuklar	26	5.2
Ücretli çalışan	32	6.4
Evde sofrayı kim kurar?		
Kendisi	428	85.6
Çocuklar	30	6.0
Ücretli çalışan	42	8.4
Evde temizliği kim yapar?		
Kendisi	397	79.4
Eşi	4	0.8
Çocuklar	25	5.0
Ücretli çalışan	74	14.8
Evde bulaşığı kim yıkar?		
Kendisi	367	73.4
Eşi	3	0.6
Çocuklar	29	5.8
Ücretli çalışan	101	20.2
Evde çamaşırı kim yıkar?		
Kendisi	364	72.8
Eşi	7	1.4
Çocuklar	29	5.8
Ücretli çalışan	100	20.0
Evde ütüyü kim yapar?		
Kendisi	224	44.8
Eşi	114	22.8
Çocuklar	35	7.0
Ücretli çalışan	127	25.4
Evde mutfak için alış-veriş kim yapar?		
Kendisi	399	79.8
Eşi	32	6.4
Çocuklar	29	5.8
Ücretli çalışan	40	8.0
Resmi dairelerdeki işleri (fatura vb.) kim yapar?		
Kendisi	23	4.6
Eşi	457	91.4
Çocuklar	20	4.0
Evde aile bütçesini kim yapar?		
Kendisi	20	4.0
Eşi	467	93.4
Çocuklar	13	2.6
Evde tadilat ve tamirâtı kim yapar?		
Kendisi	46	9.2
Eşi	432	86.4
Çocuklar	20	4.0
Ücretli çalışan	2	0.4
Evde çocuklarla kim daha fazla zaman geçirir?		
Kendisi	166	49.7
Eşi	136	40.7
Çocuklar	27	8.1
Ücretli çalışan	5	1.5
Ev dışında çocuklarla kim daha fazla zaman geçirir?		
Kendisi	152	48.7
Eşi	129	41.3
Çocuklar	27	8.7
Ücretli çalışan	4	1.3
Evde çocukların ev ödevlerine kim yardım eder?		
Kendisi	106	48.2
Eşi	82	37.3
Çocuklar	30	13.6
Ücretli çalışan	2	0.9

Tablodaki veriler irdelendiğinde ev işlerinin ve çocuk bakımının ağırlıklı olarak kadınların üzerinde olduğu, dışarıdaki işlerin ve bütçe gibi parasal planlamaların erkekler tarafından yapıldığı anlaşılmaktadır.

Buraya kadar olan analizlerde eğitimin, en azından belirli bir süre bir okula gidip okur-yazar olmanın bile kadın sağlığıyla ilgili pek çok konuda önemli bir avantaj olduğu ortaya çıkmıştır. Kadının eğitim durumunu etkileyebilecek potansiyel değişkenleri belirleyebilmek için yapılan analizler aşağıda sunulmuştur.

Tablo 32. Niamey’de yaşayan evli kadınların eğitim durumlarıyla ilişkili olabilecek etmenler

Özellikler	Kadının eğitim durumu				Toplam		χ^2	p
	Eğitilmiş		Eğitimsiz		Sayı	%		
	Sayı	%	Sayı	%				
Annesinin okur yazarlığı								
OY	167	100.0	0	0.0	167	100.0	57.29	<0.001
OYD	240	72.1	93	27.9	333	100.0		
Babasının okur yazarlığı								
OY	152	98.7	2	1.3	154	100.0	43.99	<0.001
OYD	255	73.7	91	26.3	346	100.0		
Eşinin okur yazarlığı								
OY	344	93.2	25	6.8	369	100.0	130.07	<0.001
OYD	63	48.1	68	51.9	131	100.0		
Yaşadığı yer								
Niamey 1	69	85.2	12	14.8	81	100.0	11.01	0.026
Niamey 2	102	89.5	12	10.5	114	100.0		
Niamey 3	98	81.0	23	19.0	121	100.0		
Niamey 4	84	73.7	30	26.3	114	100.0		
Niamey 5	54	77.1	16	22.9	70	100.0		

Tablodaki verilerden ortaya çıkan durum; annesi, babası, eşi okur yazar olacak kadar da olsa okula gitmiş olan kadınların daha avantajlı olduklarıdır ($p<0,05$). Ayrıca sosyoekonomik bakımdan da göreceli olarak daha iyi olan Niamey 1.2. ve 3.yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların daha yüksek oranda okula gittikleri görülmektedir ($p<0,05$).

TARTIŞMA

UNICEF'in 2011 raporuna göre dünyada 15 yaş ve üstü okur yazar olmayanların % 64'ü kadındır (56). Bu oran bir başka raporda Sahra Altı Afrika bölgelerinde % 62 olarak belirtilmiştir (57). EDSN 2012 çalışması verilerine göre Nijer genelinde kadınların % 73'ü okuryazar değildir. Bu oranlar Benin'de % 58, Mali'de ise % 74'tür (58). Aynı çalışma Niamey'li kadınlar için bu oranı % 34 olarak vermektedir. Bizim çalışmamızda okur yazar olmayan kadın oranı % 19 olarak saptanmıştır. Aradaki olumlu yöndeki bu farklılığın olası nedeni bizim çalışmamızı Niamey merkezinde yürütmemiz olabilir. Bu bulgular çalışma grubumuzun hem Nijer'in geneline, hem de komşu ülkedeki kadınlara göre daha iyi durumda olduğunu göstermektedir. Bu saptamanın aşağıda tartışılacak pek çok durumu olumlu etkilemesi beklenir.

Evlilik pek çok toplum için kültürel, toplumsal ve dinsel olarak oldukça önemli bir eylem olarak kabul edilir. Hatta evli olmanın özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın bakımından olumlu statü kabul edildiği ileri sürülür. Ancak kadının ruhsal, fiziksel ve üreme sağlığı parametreleri düşünüldüğünde ilk evlilik yaşı son derece önemlidir ve erken yaşta özellikle de 18 yaşından önce evlilik kadının sağlığını olumsuz etkilemektedir.

UNFPA tarafından 2005 yılında yapılmış bir çalışmaya göre dünyanın en yüksek erken yaşta evlilik oranı Nijer'e aittir (59). Erken yaşta evliliğin Afrika ortalaması % 42, Asya ortalaması ise % 48 dolayındadır. 2000 yılında yapılan uluslararası bir başka çalışmada Nijer'de kadınların % 77'sinin 18 yaşından önce evlendikleri ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada Nijer'e en yakın komşu ülkelerden olan Mali'de bu oran % 70, Burkina Faso'da ise % 62 olarak bulunmuştur (60). Siriman ve ark.nın yürüttüğü bir çalışmada Nijer'de kız çocuklarının

% 44'ünün 15 yaşından önce evlendirildikleri anlaşılmıştır (61). Bizim çalışmamıza katılan kadınların yaklaşık % 39'u 18 yaşına ulaşmadan evlenmiştir. Bu oran Niamey merkezi ülkenin en gelişmiş bölgesi olmasına rağmen gelişmiş ülkelere göre yine de oldukça yüksektir. Niamey araştırmamızda kadınların ilk evlenme yaş ortalaması 19.9, ilk evlenme yaş ortancası ise 20 yaşdır. Bu ortalamalar Tumbuktu gibi az gelişmiş bölgelerde 17 yaşa kadar düşmektedir (61). Doğal olarak ilk evlilik yaşı düştükçe ilk gebelik yaşı da erken yaşlara kaymaktadır. DSÖ verilerine göre dünyada 15-19 yaş arası kadınların % 11'i gebelik deneyimi yaşamıştır. Bu oran sahra altı Afrika ülkelerinde % 50'lere kadar çıkmaktadır (62). UNFPA verilerine göre Nijer'de de 18 yaş ve altı kadınların yarısı gebelik yaşamıştır (63). Erken yaşta gebeliği değerlendirirken kullanılan parametrelerden biri de ilk gebelik yaş ortalaması ve ortancasıdır. Bu bakımdan karşılaştırıldığında Nijer genelinde ilk gebelik yaşı ortancası 18.6, Mali'de 18.9, Burkina Faso'da ise 19.4'tür (58, 63-65). Bizim çalışmamızın bulgularına göre ise Niamey'li kadınların ilk gebelik yaşı ortalaması 20.7, ortancası ise 20 yaşdır (min. 12- maks. 36). Genel bir değerlendirme yapıldığında Niamey'li kadınların % 30'u ilk gebelik deneyimini 18 yaşından önce yaşamıştır. Bu oran Dünya ortalamasından daha yüksek, ancak sahra altı Afrika ülkelerinden düşüktür. Niamey'de erken yaşta gebelik oranının ülke geneline ve komşu ülkelere göre daha düşük olmasının eğitim vb gibi genel iyilik durumu dışındaki temel nedeni Niamey'li kadınların ilk evlilik yaşlarının da gecikmesi olabilir.

Araştırmamızın temel bağımlı değişkeni olan; Niamey'de yaşayan doğurganlık çağındaki kadınların AP bilgi düzeyi ve herhangi bir AP yöntemi kullanma durumuyla ilgili bulgular literatür bilgileriyle karşılaştırıldığında bizim bulgularımızın Nijer'in ve Nijer'e komşu ülkelerin çoğundan daha olumlu olduğu söylenebilir. Karşılaştırmaya gelişmiş ülkelerden başlanacak olunursa örn. 2010 yılında Fransa'da yapılan çalışmada Fransız kadınların tamamının en az bir AP yöntemi bildiği ortaya çıkmıştır (66). Benzer bir biçimde Türkiye'de de kadınların tamamı en az bir AP yöntemi söyleyebilmiştir (67). Nijer'e komşu ülkelerden Burkina Faso'da da kadınların % 97'si, Benin'de % 90'ı ve Mali'de % 75'i, en az bir AP yöntemi söyleyebilmişlerdir (64, 65, 68). Bizim yürüttüğümüz çalışmada kadınların % 92'si en az bir AP yöntemi söyleyebilmişlerdir. Bu bulgu, gelişmiş dünya ülkelerine göre daha olumsuz, ancak Nijer'in geneline ve komşularına göre daha olumlu bir sonuçtur.

Hem bizim araştırmamıza katılan Niamey'li kadınların, hem de konuyla ilgili literatürde karşılaştığımız Nijer, Fransa ve Mali çalışmaları gibi araştırmalarda kadınların en fazla bildikleri AP yöntemi hap'tır (58, 64, 69). Konuyla ilgili literatürde bizim bulgularımızla

uyuşmayan sonuçlar da vardır. Örn. Burkina Faso, Benin ve Türkiye çalışmalarında en sık söylenen yöntem RIA'dır (65, 67, 68).

DSÖ 2013 verilerine göre 2012 yılında Nijer'e komşu ülkelerde AP yöntemi kullanma oranları; Benin'de % 17, Burkina Faso'da % 16, Mali'de % 8, Nijerya'da % 14'tür. Nijer için verilen rakam ise % 11'dir. Adı geçen ülkelerin tamamı için düşük olmakla birlikte Nijer Mali'den sonra en düşük AP yöntem kullanımına sahip ülkedir (24).

EDSN-MICS 2012 raporunda da Nijer'de 15-49 yaş arası evli kadınlar arasında bir AP yöntemi kullanım oranı % 15'ler dolayındadır ve bunların % 86'sı modern yöntem kullananlardan oluşmaktadır. Niamey'de yürütülen bu çalışmadan elde edilen veriler yalnızca % 47'lik AP yöntemi kullanma oranlarında değil, hemen hemen bütün sağlık göstergeleri bakımından bölgenin daha iyi durumda olduğunu ortaya koymaktadır. Bu iyilik durumunun temel nedenleri Niamey'in hem başkent olması hem de sosyoekonomik bakımdan daha iyi durumda olmasıyla açıklanabilir. Bu olumlu görüntüyle Niamey Afrika kıtasına ait % 27'lik ortalama AP yöntem kullanım oranından da daha iyi durumdadır.

Nüfusunun önemli bir bölümünün Müslüman olması bakımından bir karşılaştırma yapılması gerekirse Türkiye % 73'lük AP yöntem kullanım oranı ile Nijer'den ve Niamey'den çok çok iyi durumdadır (67).

Bu konuda başka karşılaştırmalar yapmak gerekirse; AP yöntem kullanma oranı en düşük olan ülke Güney Sudan (% 4), en yüksek olan ülke ise Norveç'tir (% 88) (24).

Kullanılan yöntem dikkate alındığında, Niamey'li kadınların yarısından fazlası ilk tercih olarak doğum kontrol haplarını seçmişlerdir. Başta Fransa olmak üzere pek çok Avrupa ülkesinde de ilk tercih haptan yana kullanılmaktadır (24). Ancak Türkiye'de en çok kullanılan yöntem RIA'dır (67). Niamey'de sıklıkla hap kullanılmasının en temel nedenleri; hapa erişim daha kolay olması ve ülkenin diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında uzun yıllar sömürgesi olarak yaşadığı Fransa'dan etkilenmiş olabileceğidir.

AP yöntem kullanımını, eğitimin nasıl etkilediğiyle ilgili çalışmalarda çoğunlukla AP yöntem kullanımı ile eğitim arasında pozitif ilişki bulunmuştur (67, 68, 69). EDSN-MICS 2012'e göre Nijer genelinde okuryazar olmayan kadınların % 12'si, ilkokula gidenlerin % 21'i ve ortaokul ve üzeri eğitim almış kadınların % 32'si bir AP yöntemi kullanmaktadır. Niamey'de yaşayan kadınlarda yürütülen bu araştırmada da kadınların eğitim düzeyi ile AP yöntem kullanma oranları arasında olumlu bir ilişki saptanmıştır. Bu durum kadınların eşlerinin eğitim durumuyla da benzer bir ilişki göstermektedir (58). Araştırmamızda AP yöntem kullanma durumunu etkileyip etkilemediğini inceldiğimiz bir başka durum da Kuran

kursu gibi dini eğitimlerdir. Bu veriyi karşılaştırabileceğimiz bir literatür çalışmasına ulaşamamış olmakla birlikte, bizim çalışmamızda Kuran kursuna gitmenin AP kullanımını etkilemediği ortaya çıkmıştır.

Araştırmamızda herhangi bir AP yöntemi kullanmayan kadınlar buna en sık, gebe kalma isteğini gerekçe göstermişlerdir. Bu gerekçeyi eşin istememesi, menopoz ve dini nedenler izlemektedir. Kotokou ve ark. Togo'nun başkenti Lome'de yaptıkları çalışmada yöntem kullanmamanın en temel nedenini bilgi eksikliği, Botsvana çalışmasında ise sağlık kaygısı ve gebe kalma isteği olarak saptamışlardır. Türkiye'de yapılan TNSA 2008 verilerine göre ise kadınların AP yöntem kullanmama nedenlerinin başında gebelik isteği gelmektedir. Bu yönüyle çalışmamız TNSA ile benzerlik göstermekte, Lome ve Botsvana çalışmasından ayrılmaktadır. Bizim çalışmamızda dördüncü sırada olan dini nedenler Türkiye'de 6.sırada yer almaktadır (70, 71).

Niamey'li kadınlarla yürütülen bu çalışmada; 18 yaşından önce evlenenlerde, 18 yaşından önce gebelik yaşayanlarda ve 3'ten fazla gebelik yaşayanlarda, yani riskli gebelik yaşayanlarda AP kullanma oranlarının düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Akam ve ark.nın konuyla ilgili çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kamerun EDSC-MICS 2011 verileri ve Türkiye TNSA verileri de bizim çalışmamızla benzerdir (72).

Bu çalışmada herhangi bir AP yöntemi kullanmayı etkilediği ortaya çıkan öteki değişkenler; kadının eğitimi, eşinin eğitimi, kadının çalışma durumu ve sağlık güvencesinin varlığıdır. Bütün bu değişkenler kadının bir AP yöntemi kullanmasını olumlu yönde etkilemektedir.

Akam ve ark.'nın Kenya, Kamerun ve Tunus'ta, Haiti ve ark.nın yürüttükleri çalışmalarda eğitimin, sağlık güvencesi varlığının ve kadının çalışıyor olmasının yöntem kullanımını olumlu etkilediği sonucu elde edilmiştir. Bizim çalışmamızın sonuçları da bu çalışmalarla uyumludur (73).

Çalışma konusu yaptığımız doğurganlık çağı kadınlarının bilgi düzeylerini, sağlık hizmetlerine erişimlerini etkileyen temel parametreler; eğitimleri, evlenme ve gebelik yaşları, çalışma durumları, kendilerinin ya da eşlerinin sağlık güvencesi sahibi olmalarıdır. Birçok çalışma sayılan değişkenler bakımından avantajlı olan kadınların sağlık hizmetlerine erişim bakımından daha iyi durumda olduklarını ortaya koymuştur. Bu bağlamda bizim de incelediğimiz çalışma durumuyla ilgili olarak Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 2009 raporuna göre dünya genelinde kadınların % 48'i çalışmaktadır (74). Bu raporda sahra altı Afrika ülkelerinde herhangi bir işte çalışan kadınların oranı % 62.9'dur (75). EDSN çalışması

sonuçlarına göre Nijer'in geneli için kadınların % 29'u, Niamey için ise % 41'i herhangi bir işte çalışmaktadır (58). Nijer'in komşularından olan Mali'de kadınların % 61'i, Burkina Faso'da ise % 79'u herhangi bir işte çalışmaktadır (64, 65). Bizim araştırmamıza katılan kadınların % 32'si herhangi bir işte çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu oranlar karşılaştırıldığında dikkat çeken farklılıklar görülmektedir. Bunun olası nedeni, bizim son 12 ayı sorgulamış olmamız olabilir. ILO raporuna göre görülen farklılığın nedeni ise Nijer, Mali vb gibi ülkelerdeki kadınların pazarlarda geleneksel el ürünlerini satmak gibi arada bir yaptıkları işleri "çalışma" olarak tanımlamış olmaları olabilir (74).

Niamey'de yürüttüğümüz bu çalışmada gebelik deneyimi olan kadınların % 94'ü en az bir kez DÖB aldıklarını belirtmişlerdir. UNICEF 2012 ve DSÖ 2013 verilerine göre Nijer'de DÖB alma oranı % 46'dır. Nijer'e komşu olan Benin'de bu oran % 86, Burkina Faso'da % 94, Mali'de %70, Nijerya'da % 58 ve Çad'da ise % 43'tür (24, 76). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise en az bir DÖB almış kadınların oranı % 92 olarak verilmektedir (67). Bu veriler değerlendirildiğinde; Niamey, komşuları dahil olmak üzere pek çok toplumdan daha iyi durumdadır. DÖB alma durumunu etkileyen en önemli parametrelerden biri kadının eğitimidir. Hem bizim Niamey çalışmamızda hem de literatürde incelediğimiz çalışmalarda eğitim düzeyinin artmasının DÖB alma oranını belirgin bir biçimde artırdığını ortaya koymuştur.

Benzer biçimde kadının eşinin eğitim durumu da DÖB alma durumunu olumlu yönde etkilemektedir. Afrika ülkelerinin çoğunda yürütülen ve uluslar arası düzlemde güvenilir bir çalışma olan EDS-MICS 2012 verilerine göre Gine, Fildişi ve Kamerun gibi ülkelerde yürütülen çalışmalarda hem kadının hem de eşinin eğitilmiş olmasının DÖB hizmeti almayı olumlu etkilediği ortaya konulmuştur (72, 77, 78). Benzer sonuçlar Türkiye'de yapılan TNSA 2008 çalışmasında da elde edilmiştir (67). Bizim çalışmamızda da kadının eşinin eğitilmiş olmasının DÖB alma durumunu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Aslında eğitim yalnızca DÖB almayı değil, üreme sağlığı başlığı altında sayılan pek çok hizmetin alımını olumlu yönde etkilemektedir. Örn. Eğitilmiş kadınların AP yöntem bilgisi ve herhangi bir AP yöntemi kullanma durumları da eğitimsiz kadınlara göre daha yüksektir.

Kadınların AP yöntem bilgisi ve kullanımlarını, DÖB alma durumlarını etkileyen bir başka değişken de kadının çalışma yaşamına katılmış olmasıdır. Hem EDSN-MICS 2012 çalışması sonuçları hem de bizim çalışmamız çalışan kadınların bu tür hizmetleri alma bakımından daha iyi durumda olduklarını ortaya koymuştur (58).

Literatürde karşılaştığımız ancak bizim çalışmamızın desteklemediği bir sonuç kadınların eşlerinin sağlık güvencesinin olup olmamasıdır. Değişkenlik göstermekle birlikte literatür çalışmalarının bir bölümü eşin sağlık güvencesinin olup olmamasının DÖB alma durumunu etkilemediğini ileri sürerken bizim çalışmamızda bu iki değişken arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (58).

Niamey’de yürüttüğümüz bu çalışmada ortaya çıkan önemli sonuçlardan bazıları kadının evlilik ve gebelik yaşının 18’den küçük olmasının, gebelik ve çocuk sayısının 3’ten fazla olmasının ve AP yöntem bilgisinin yetersiz olmasının DÖB alma durumunu olumsuz etkilemesidir. Bu sonuçlar özellikle EDSN-MICS2012 çalışması olmak üzere bir çok literatür çalışmasıyla da uyumludur (58). Benzer biçimde kadının statüsünün düşük olduğunu gösteren bazı parametreler (internet kullanabilme, siyasete girmenin gerekliliğini düşünme, kendi başına spor yapabilme vb dikkate alındığında) da DÖB hizmeti alma durumu olumsuz etkilenmektedir.

Çalışmamızda, üreme sağlığıyla ilgili bazı parametrelerde olumsuz sonuçlar elde edilmiş olmakla birlikte bazı durumlar bakımından da beklenenden daha olumlu sonuçlar ortaya çıkmıştır. Örneğin Afrika ülkelerinde yürütülen EDSN-MICS2012 çalışması, Nijer’e komşu pek çok ülkede sağlık kuruluşları dışında gerçekleşen doğum oranlarını oldukça yüksek vermektedir. Hatta EDSN-MICS2012 verilerine göre Nijer genelinde doğumların yalnızca % 30’u sağlık kuruluşlarında gerçekleşmektedir (58). Bizim Niamey’de yürüttüğümüz bu çalışmada olumlu anlamda farklı olarak doğumların çok önemli bir bölümünün (% 95) sağlık kuruluşlarında gerçekleştiği ortaya çıkmıştır (58). Buna olumlu katkı sağlayan en önemli etkenlerin Niamey’de kadınların eğitim düzeyinin, çalışma yaşamına katılımlarının ve sağlık güvencesine sahip olma durumları olduğu düşünülmektedir. Sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğumlar için Niamey’li kadınlar; yakında sağlık kuruluşunun olmamasını, sağlık hizmetlerinin pahalı olmasını ve sağlık personeline güvensizliği gerekçe göstermişlerdir.

Doğumlar sağlık kuruluşları dışında gerçekleşince doğal olarak doğuma yardım eden kişiler de sağlık personeli olmayan kişiler olmaktadır. Örn. Mali, Burkina Faso gibi Nijer’e komşu ülkelerde son doğumda sağlık personelinden yardım alma oranı % 49 olup, geriye kalan doğumlar geleneksel ebe ve/veya komşular, akrabalar yardımıyla gerçekleşmiştir (64, 65). EDSN-MICS2012 verilerine göre ise Nijer genelinde doğumda sağlık personelinden yardım alma oranı % 29’dur. Bunun yalnızca % 1’ini doktor yardımıyla gerçekleşen doğumlar oluşturmaktadır (58). Bizim çalışmamızda Niamey’li kadınların % 90’ından fazlası son

doğumunda bir sağlık personelinden yardım almıştır. En çarpıcı olanı ise sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğumların ¼'ünün doktor yardımıyla sonuçlanmış olmasıdır.

Doğumların gerçekleşme biçimi üzerinden bir değerlendirme yapıldığında ise Nijer ve öteki Afrika ülkelerinde genellikle normal doğumun tercih edildiği görülmektedir. DSÖ 2013 ve Afrika ülkelerinde yapılan EDS-MICS çalışmalarından elde edilen verilere göre bölgede sezaryen ile gerçekleşen doğum oranı % 1-4 arasında değişmektedir (24, 58, 64, 65, 68, 72, 77, 78). Ancak bu oranlar ülke başkentlerinde ve gelişmiş bölgelerde % 10'lara kadar çıkabilmektedir. Bizim çalışmamızda sezaryenle doğum oranı % 20'ler dolayındadır ve adı geçen tüm ülke ve başkentlerden yüksektir ve eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir.

Araştırmamıza son doğumunu bir sağlık kuruluşunda gerçekleştiren kadınlarda doğum DSB alma oranı % 96.3'tür. Sağlık kuruluşları dışında gerçekleşen doğumlar dikkate alındığında da bu oran Nijer'e komşu ülkelere (Burkina Faso, Mali vb) göre çok yüksektir (64,65). DSB öteki değişkenlerden farklı olarak eğitim vb değişkenlerden etkilenmemektedir. Bu konuda en önemli belirleyici kadının gebeliği sırasında DÖB almış olmasıdır.

Araştırmamızda sorguladığımız bir başka değişken de bebeklerin emzirilme durumlarıdır. Emzirme ülke genelinde olduğu gibi Niamey'de de oldukça yaygındır (% 93). EDSN-MICS 2012 verilerine göre Nijer'de bebeklerin % 97'si emzirilmektedir ve ortalama emzirilme süresi 20.3 aydır (ortanca 20.5 ay) (58). Bu rakamlar EDS Mali ve EDS Burkina Faso çalışmalarıyla benzerdir (64,65). Bizim çalışmamızın bu konudaki farkı ortalama emzirme süresinin ülke geneline göre daha düşük olmasıdır (ortalama 14 ay). Bunun temel nedeni Niamey'li kadınların çalışma yaşamına katılımlarının ülke geneline göre daha yüksek olması olabilir. Bu nedenle de doğal olarak annelerin % 32'si son bebeklerine 6 aydan önce ek gıda vermeye başladıklarını belirtmişlerdir.

DSÖ 2011 verilere göre dünyanın toplam doğurganlık hızı 2.4 dolayındadır. Bu hız Afrika'da 4.8, Nijer'de 7'dir. Hatta RGPH 2012 çalışması verilerine göre Nijer'in doğurganlık hızı 7.9'a kadar çıkmaktadır (5).

İdeal çocuk sayısı ile kadının çocuk sayısı arasında önemli bir ilişki olduğunu düşünerek, çalışmamızda kadınların ortalama yaşayan çocuk sayısını ortaya çıkartmaya çalıştık. Buna göre Niamey'li kadınların ortalama canlı çocuk sayısı 3.2'dir. Yukarıda tartışılan değişkenler dikkate alındığında bu rakamın Nijer'in doğurganlık hızından uzak olması hiç şaşırtıcı değildir. Nitekim EDSN 2012 çalışmalarında da Niamey bölgesinden benzer sonuçlar elde edilmiştir (58).

Niamey’de yürüttüğümüz bu çalışmada kadınlara göre ideal çocuk sayısı 5.8’dir. Bu sayı ilk bakışta yüksek gibi görünse de 2012 EDSN verileriyle karşılaştırıldığında ülkenin diğer bölgelerine göre oldukça düşüktür. Aynı zamanda Burkina Faso dışındaki bütün Afrika ülkelerinden de daha düşüktür (58). Belirtilen ideal çocuk sayısı doğal olarak eğitim, erken evlilik, erken gebelik, AP yöntem bilgisi yetersizliği gibi değişkenlerden olumsuz etkilenmekte, sayılan değişkenler bakımından dezavantajlı olan kadınlar daha çok çocuk istemektedirler.

DSÖ’ye göre, dünya ’da giderek artan kadına yönelik fiziksel ve/veya duygusal şiddet bütün toplumlarda ve kültürlerde yaşanan evrensel bir sorundur. DSÖ 2013 verilerine göre; dünya genelinde kadınların % 35’i kadın fiziksel ve/veya duygusal şiddete maruz kalmaktadır (24). Veriler yetersiz olmasına rağmen yoksul ve az gelişmiş ülkelerde kadına yönelik şiddet daha yaygındır. Afrika’da yapılan çeşitli araştırmalarda kadına yönelik şiddet yüksek bulunmuştur. Nijer’de yapılmış olan EDSN 2012 çalışmalarından elde edilen oranlar daha da yüksektir. Kadına yönelik şiddet konusunda her ne kadar erkekler kilit rolde olsa da, toplumun ve kadının bu konuyu kanıksaması, önemsiz görmesi hatta kimi zaman normal görmesi kadına yönelik şiddet sorunuyla mücadeleyi olumsuz etkilemektedir (58). Araştırmamızda bu konuyu da irdelemek için kadınlara kimi soru ve veya önermeler yöneltilmiştir. Ne yazık ki gelişmekte olan toplumların çoğunda olduğu gibi Niamey’li kadınlar da bazı önermelere verdikleri yanıtlarla kadına yönelik şiddeti kanıksadıklarını, hatta kimi zaman yerinde gördüklerini ifade etmişlerdir. Örneğin; 10 kadından 4’ü kadınların çocukların bakımını ihmal etmeleri durumunda eşlerinin kendilerine şiddet uygulamakta haklı olacaklarını belirtmiştir. Benzer biçimde 10 kadından 3’ü yemeği yapmaması halinde şiddeti hak ettiğini kabullenmektedir. Bu oranlar her ne kadar Nijer geneline göre düşük olsa da sorunla mücadelede alınması gereken yolun ne kadar uzun olduğunu ortaya koymaktadır (58). Aynı konuyla ilgili Mali vb gibi ülkelerde yapılan çalışmalarda da benzer olumsuzluklar saptanmıştır (64). Çalışma kapsamında doğrudan şiddet sorgulanmadığı için konuyla ilgili bir sıklık verilememiştir. Ancak hem kadının statüsünü, hem de şiddete bakış açısını ortaya koymayı amaçlayan soru ve önermeler, Nijer geneline ve Nijer’e komşu ülkelere göre görece daha iyi durumda olmakla birlikte, kadınların statüsünün genel olarak düşük olduğu ve erkeklerin daha egemen/baskın olduğu sonucunu ortaya koymuştur. Bu konuda verilebilecek en çarpıcı örnekler eşlerine karşılık vermelerinin şiddeti gerektireceğine, erkelerin daha değerli olacağına yönelik düşüncelerdir. Örn. Niamey’de yaşayan kadınların yarısı “kadın eşine karşılık verdiği eşinin şiddet uygulamasını hak eder” önermesine katıldığını

söylemiştir. Bu oranlar Mali ve Burkina Faso gibi komşu ülkelerde de benzer, hatta daha yüksektir (58, 64, 65). Bir başka çarpıcı bulgu ise anneleri tarafından erkek çocukların kız çocuklara göre daha değerli kabul edilmeleridir. Burkina Faso ve Mali gibi ülkelerde (64,65), hatta Türkiye’de de aynı düşünce yaygındır (79).

Eşin istemesi durumunda cinsel ilişkiyi reddetme durumunda sonuçlar daha vahimdir. Niamey’de yaşayan kadınların %70’i bu durumda şiddeti hak edeceklerini düşünmektedirler. Ayrıca kadınların önemli sayılabilecek bir bölümü eşleriyle aynı fikirde olmadıklarında tartışa haklarının olmadığını, bir kadının izin almadan evden çıkmaması gerektiğini, eşi izin vermezse çalışamayacağını da düşünmektedir. Nijer’e komşu ülkeler olan Mali vb ülkelerde durum daha da kötüdür (64). Ekuklu ve ark.nın Edirne/Türkiye çalışmalarında da kadınlara benzer önermeler sorulmuş, bizim çalışmamızdaki kadar dramatik olmasa da o çalışmada da kadınların düşük statü ve şiddet konularını kanıksayabildikleri sonucuna ulaşılmıştır (79).

Araştırmamızın çarpıcı bulgularından biri de Niamey’de yaşayan kadınların % 30’unun eşinin aynı anda birden fazla kadınla evli olmasıdır. Batı toplumları için ilginç olan bu bulgu, Nijer ve Nijer’e komşu ülkelerde son derece sıradan bir durumdur. Dini kuralların toplumda yaygın uygulama alanı bulması nedeniyle Nijer vb ülkelerde erkekler 4 kadınla evlenebilmektedir. Sosyoekonomik gelişmişlikle birlikte bu durum tek eşliliğe doğru değişmekle birlikte, günümüz itibarıyla çok kadınla evlenme durumu Nijer vb ülkelerde halen yaygın bir toplumsal gerçektir. Nitekim EDS çalışması sonuçlarına göre Mali’li kadınları % 40’ının, Benin’li kadınların % 42’sinin eşleri birden fazla kadınla evlidir. Nijer genelinde ise bu oran % 36’dır (58, 64, 68). Bu anlamda Niamey ülke geneline ve komşu ülkelere göre daha farklı bir noktadadır.

Üreme sağlığı alanında değerlendirilebilecek ve pek çok soruna neden olabilecek bir başka sorun da akraba evliliğidir. Gelişmişlikle birlikte azalmakla beraber, başta araştırmayı yürüttüğümüz Niamey/Nijer olmak üzere Müslüman Arap ve Afrika ülkelerinde akraba evliliği yaygın bir durumdur. Asya ve Afrika ülkelerinde akraba evliliklerinin % 20 ila % 50 arasında değiştiği bildirilmektedir (80). Örneğin Mısır’da akraba evliliği oranı % 30, Birleşik Arap Emirlikleri’nde % 50 ve Suudi Arabistan’da % 52 olarak bildirilmektedir (81). Nijer Müslüman bir ülke olmasına rağmen bizim çalışmamızda akraba evliliği oranı % 16’dır ve hem komşu ülkelere hem de öteki Müslüman ülkelere göre daha düşüktür (58, 64, 65, 68).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma Nijer'in başkenti Niamey'de yaşayan doğurganlık çağındaki evli kadınların AP yöntemleriyle ilgili bilgilerini ve yöntem kullanma durumlarını değerlendirmek, üreme sağlığının bu alanını etkileyen etmenleri irdelemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

- Niamey'de yaşayan kadınların yaklaşık % 20'si okur-yazar değildir.
- Kadınların 2/3'ünün anne ve babaları da okuryazar değildir.
- Doğurganlık çağındaki kadınların 3/4'ü yalnızca dini nikahla evlenmişlerdir.
- Niamey'de yaşayan kadınların yaklaşık % 40'ı 18 yaşından önce evlenmiştir.
- Evli her üç kadından biri 18 yaşından önce gebelik yaşamıştır.
- Evli her üç kadından biri 3'ten fazla gebelik yaşamıştır.
- Kadınların ortalama canlı çocuk sayıları 3.2, annelerinin ortalama canlı çocuk sayıları ise 6.1'dir.
- Gebelik yaşayan kadınların 1/3'ünün düşük deneyimi olmuştur.
- Okuryazar olmayan, eşi okuryazar olmayan, 18 yaşından önce evlenen, 18 yaşından önce gebelik yaşayan ve çalışmayan kadınlar daha fazla gebelik ve doğum yaşamaktadır.
- Kadınların % 95'i son doğumlarını bir sağlık kuruluşunda yaptıklarını ifade etmiştir.
- Doğuma yardım edenler genellikle ebe ve hemşirelerdir.
- Doğum yapmış kadınların % 95'i son gebeliklerinde en az 1 DÖB aldıklarını söylemişlerdir.

- İlk evlilik yaşı ve ilk gebelik yaşı 18'den küçük olanlar DÖB hizmetleri bakımından daha kötü durumdadır.
- Kendisi ve eşi eğitimsiz olan, çalışmayan ve sağlık güvencesi olmayan kadınlar DÖB hizmetleri bakımından daha kötü durumdadır.
- İnternet kullanımı, tatil yapma, sosyal hayatta yer alma bakımından yetersiz olan kadınlar DÖB hizmetleri bakımından daha kötü durumdadır.
- Doğum yapan kadınların tamamına yakını en az bir DSB aldıklarını, bebeklerinin ilk izlemlerinin yapıldığını, izlemler ve doğum için ücret ödemediklerini ve doğan bebeklerini emzirdiklerini ifade etmişlerdir.
- Evli her 6 kadından 1'i eşiyle aralarında akrabalık olduğunu belirtmiştir.
- Kadınların istedikleri ve sahip oldukları çocuk sayısı annelerinden oldukça azdır.
- Niamey'li kadınların 1/3'ü herhangi bir işte çalıştıklarını söylemiştir.
- Çalışan kadınların önemli bir bölümü kamuda, eğitim ve sağlık alanında çalışmaktadır.
- Her dört kadından birinin sağlık güvencesi yoktur.
- Niamey'de yaşayan Kadınların % 92'si bir AP yöntemi bilmekte, % 47'si araştırmanın yapıldığı dönemde bir AP yöntemi kullanmaktadır.
- En sık kullanılan AP yöntemi hap'tır.
- Yöntem kullanmayanların yarısı gebe kalma isteğini, % 15'i eşinin istememesini, % 13'ü ise dini inançlarını gerekçe göstermiştir.
- 20 yaşından büyük olan, kendisi ve eşi eğitimli olan, 18 yaşından sonra evlenmiş olan, sosyal yaşama daha fazla katılabilen ve çalışan kadınlar AP yöntem bilgisi bakımından daha iyi durumdadırlar.
- 20 yaşından büyük olan, kendisi ve eşi eğitimli olan, çalışan, sağlık güvencesi olan, sosyal yaşama daha fazla katılabilen kadınlar herhangi bir AP yöntem kullanımı bakımından daha iyi durumdadırlar.
- Herhangi bir AP yöntemi kullanan kadınların çoğu yöntemle eşleriyle birlikte karar verdiklerini, yöntemi AÇSAP Merkezlerinden temin ettiklerini ve yöntemle özel danışmanlık aldıklarını belirtmişlerdir.
- Niamey'de yaşayan kadınlar, kadına yönelik şiddet konusunu ve şiddeti kanıksamış görünmektedirler.
- Yemek yapmamayı, çocuk bakımını ihmal etmeyi, izinsiz dışarı çıkmayı şiddetin haklı nedenleri olarak görebilmektedirler.

- Nijer’de gelenekler erkeklerin 4 kadınla evlenmesine izin vermektedir. Bu durum geçmişe oranla azalmakla birlikte araştırma grubundaki kadınların eşleri ortalama 2 kadınla evlidirler.
- Niamey’de yürütülen bu çalışmada elde edilen sonuçların pek çoğu Nijer genelinden ve Nijer’e komşu ülkelerden daha iyi, ancak gelişmiş ülkelerden kötüdür.

Bu olumsuzlukların azaltılabilmesi veya giderilebilmesi için akla gelen öneriler şöyle sıralanabilir;

- Başta kadınlar olmak üzere toplumun eğitim düzeyinin planlı bir biçimde yükseltilmesi gelişmeleri hızlandıracaktır.
- Özellikle erken yaşta evlilik ve erken yaşta gebelik önemli üreme sağlığı sorunlarına neden olmaktadır. Bu sorunların azaltılabilmesi için üreme çağındaki kadınlar olmak üzere topluma sağlık eğitimi verilmelidir.
- Çalışma yaşamına katılabilen, sağlık güvencesi olan kadınların teze konu olan üreme sağlığı sorunlarını daha az yaşadıkları görülmüştür. Dolayısıyla kadınların çalışma yaşamına daha çok katılmaları yönünde önlemler alınmalıdır.
- Başta AP hizmetleri olmak üzere kimi sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar olduğu anlaşılmıştır. Bu hizmetlere erişimi artırabilmek için söz konusu hizmetlerin tamamen ücretsiz olması ve coğrafyasal erişim sorunlarının giderilmesi gerekir.
- Üreme sağlığı ve AP hizmetleri ile ilgili yenilikçi, eğitici ve kapsamlı programlar geliştirilmeli, bu programlara adölesanların, genç kızların, bekar kız ve erkeklerin katılımı özendirilmelidir.
- Nijer’de ve Niamey’de AP yöntemi denilince ağırlıklı olarak doğum kontrol haplarının kullanımı özendirilmektedir. Bu yöntemin dışındaki başka seçeneklerin sunulmasına özen gösterilmelidir.
- AP hizmetlerinde danışmanlık kadınlara ve eşleriyle birlikte verilmelidir.
- Nijer ve bölgedeki öteki ülkelerde doğurganlık çok yüksektir. Evlenme çağındaki kadın ve erkeklere aşırı doğurganlığın neden olduğu sağlık sorunları ve riskli gebelik kavramları halk eğitimleri ile anlatılmalıdır.
- Doğumların tamamının sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmesinin önündeki ekonomik, coğrafyasal, gelenekler ve inançların neden olduğu yanlış inanışlar gibi engeller kaldırılmalıdır.

- Kadının statüsünü geliştirme yönünde hem toplumsal alanda hem de kamusal alanda faaliyetler yürütülmeli, mevzuat alt yapısı gözden geçirilmelidir. Kadının statüsünü yükseltebilmek için pozitif ayrımcılık yapılmalıdır.
- Bölgede bugüne kadar yürütülen toplum tabanlı çalışmalar genellikle uluslar arası kuruluşlarca yapılmıştır. Halkla daha rahat ve derinlemesine iletişim kurulabilmesi ve sorunların ve nedenlerinin daha gerçekçi bir biçimde ortaya konulabilmesi için yerel araştırmacıların da çalışmalar yürütmesi yerinde olacaktır.

ÖZET

NİJER’İN BAŞKENTİ NIAMEY’DE AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN DURUMU VE BU HİZMETLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER, 2013

Bu çalışma, Nijer’in başkenti Niamey’de yaşayan evli kadınların aile planlaması bilgi ve kullanma durumunu ve bu durumu etkileyen etmenleri irdelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada Nijer’in başkenti Niamey’de yaşayan evli 651 603 kadından tabakalı ve rastgele örnekleme yöntemleri kullanılarak 322 kadın seçilmiş, olası sorunlar düşünülerek bu sayı 500’e çıkarılmıştır. Veriler araştırmacılarca geliştirilen 178 soruluk bir veri toplama formuyla Nisan- Haziran 2013 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulama yoluyla toplanmıştır.

Niameyli kadınların yaklaşık % 20’si okur-yazar değildir. Evli kadınların yaklaşık % 40’ı 18 yaşından önce evlenmiş, evli her üç kadından biri 18 yaşından önce gebelik yaşamıştır. Kadınların ortalama canlı çocuk sayıları 3.2 dolayındadır. Okuryazar olmayan, eşi okuryazar olmayan, 18 yaşından önce evlenen, 18 yaşından önce gebelik yaşayan ve çalışmayan kadınlar daha fazla gebelik ve doğum yaşamaktadır. Niamey’de yaşayan Kadınların % 92’si bir AP yöntemi bilmekte, % 47’si araştırmanın yapıldığı dönemde bir AP yöntemi kullanmaktadır. En sık kullanılan aile planlaması yöntemi hap’tır. 20 yaşından büyük olan, kendisi ve eşi eğitilmiş olan, 18 yaşından sonra evlenmiş olan ve çalışan kadınlar AP yöntem bilgisi ve kullanımı bakımından daha iyi durumdadırlar.

Niamey’de yürütülen bu çalışmada elde edilen sonuçların pek çoğu Nijer genelinden ve Nijer’e komşu ülkelerden daha iyi, ancak gelişmiş ülkelerden daha kötüdür. Özellikle

erken yaşıta evlilik ve gebelik önemli üreme sağlığı sorunlarına neden olmaktadır. Bu sorunların azaltılabilmesi için başta üreme çağındaki kadınlar olmak üzere topluma sağlık eğitimi verilmelidir. Bu eğitim programlarına adölesanların, genç kızların, bekar kız ve erkeklerin katılımı özendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Üreme sağlığı, aile planlaması bilgi düzeyi, aile planlaması yöntem kullanma durumu, 15-49 yaş evli kadın, Niamey’de Aile Planlaması Hizmetleri.

SUMMARY

SITUATION OF FAMILY PLANNING SERVICES AND THIS SERVICES AFFECTING FACTORS IN NIAMEY CAPITAL OF NIGER, 2013

The study was to define the knowledge and use of family planning of married women living in Niamey capital of Niger.

By using stratified and random illustration, in 651 603 women living in Niamey, 322 of them were chosen, by considering the probable problems this number was subtracted to 500. The data were collected face-to-face between April and June 2013 during home visits by the agent.

It was detected that 20% of women are illiterate, about 40% of women got married before 18 and 1/3 of them got pregnant before 18. The average birth of each woman is 3.2. Illiterate women, the one who has an illiterate husband, those who got married or got pregnant before 18, and those who do not work are the ones who get more pregnancies and deliveries. 92% of women know at least one contraceptive method and 47% of women were using a family planning method. The most used family planning method is pills. The knowledge and the use of family planning methods is more known by women who are more than 20, literate women, women who have literate husband and the ones who got married after 18 and got a job.

The survey has showed that the situation in Niamey is better than the whole country and other neighbor countries. But bad compared to developed countries. Indeed the earlier marriage and pregnancy are the main causes of health production problems.

Key words: reproductive health, contraceptive method, the situation of use of contraceptives, married women from 15 to 49, family planning services at Niamey.

RESUME

LA SITUATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LES FACTEURS INFLUENTS SON UTILISATION A NIAMEY CAPITALE DU NIGER, 2013.

Objectifs: Enquêter sur le niveau de connaissance et d'utilisation des contraceptifs des femmes de Niamey capitale du Niger.

Méthodologies: En utilisant un système d'échantillonnage aléatoire sur 651603, 322 femmes ont été retenues, mais pour des probables difficultés l'échantillon a été relevé à 500 femmes. Enquête de 178 questions réalisée par interview et par l'intermédiaire d'un agent de collecte entre Avril et Juin 2013.

Résultats: 20% des femmes de Niamey sont illettrées, environ 40% sont mariées avant 18 ans, 1/3 des femmes a été enceinte avant 18 ans. En moyenne chaque femme a 3.2 enfants. Les femmes illettrées, celles à maris illettrés, les femmes mariées avant 18 ans, celles ayant vécu une grossesse avant 18 ans et les femmes sans emploi ont vécu plus de grossesses et plus d'accouchements. 92% des femmes connaissent une méthode de contraception et 47% utilisent une contraception avec la pilule comme étant la méthode la plus utilisée. La connaissance et l'utilisation d'une méthode contraceptive est plus élevée chez les femmes ayant plus de 20 ans, les femmes lettrées, les femmes à mari lettré, les femmes mariées après 18 ans et les femmes qui travaillent.

Conclusions et recommandations: Les résultats de l'enquête ressortent que la situation est meilleure à Niamey que dans le pays en général et dans quelques pays voisins, mais très mauvais par rapport aux pays développés. En effet les mariage et grossesses

précoces constituent les causes réelles des problèmes de santé de reproduction. Pour y palier il est indispensable de renforcer l'éducation des filles, des femmes et des adolescents.

Mots clés: santé de reproduction, connaissance des contraceptifs, situation de l'utilisation des contraceptifs, femmes mariées de 15 à 49 ans, services de planification familiale à Niamey.

KAYNAKLAR

1. Akın A. Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı. Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet). T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara,1994,s.15-19
2. T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü-Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. JHPIEGO Corporation İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı: Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İstanbul Türkiye. 1997, s.17-27
3. Özvarış ŞB. Aile Planlaması.Sağlık ve Toplum, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, 1998 8(3-4), s.49-54
4. <http://ormela.tr.gg/Nijer-Nijerya-Orta-Afrika-Cum-.-Ruanda-ve-SoaTome-ve-Princibe.htm> Erişim tarihi :05.01.2014
5. Institut National de la Statistique du NIGER,le Niger en chiffre 2012, INS,Niger 2012
6. Institut National de la Statistique du NIGER, Presentation des resultats preliminaires du quatrième (4ième) Recensement Général de la Population et de l'Habitat RGPH 2012. Niger 2013
7. Institut National de la Statistique du NIGER 2010. http://www.stat-niger.org/statistique/file/Annuaire_Statistiques/AnnuaireStatistique2007-2011.pdf Erişim tarihi :02.02.2014
8. Institut National de la Statistique du NIGER: le Niger en Chiffre 2011. Niamey 2011
9. WHO: Primary health care, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>. Erişim tarihi: 01.12.2013
10. Institut National de la Statistique du NIGER EDSCN-MICS 2006: Politique en Matiere de Sante et Situation Sanitaire sur la Medecine. Niamey 2007

11. UNESCO: Rapport Mondial de Suivre sur l'Education Pour Tous: Note 04 juin 2012. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002165/216519f.pdf>. Erişim tarihi: 10.04.2013
12. Analyse de la situation de la femme au NIGER: <http://www.nawey.net/wp-content/uploads/downloads/2012/11/N%C3%ADger-Unit-2.pdf>. Erişim tarihi: 11.08.2013
13. http://www.rho.org/files/IWHC_young_adolescents_2007.pdf. Erişim tarihi: 01.08.2013
14. Türkiye İstatistik Kurumu,haber bülteni. Sayı 13458, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13458>. Erişim tarihi: 01.12.2013
15. Organisation mondiale de la sante, <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/fr/> Erişim tarihi: 11.10.2013
16. Organisation mondiale de la sante,evennements marquants de l'année 2012, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85155/1/WHO_RHR_HRP_13.04_fre.pdf?ua=1 Erişim tarihi: 22.11.2013
17. Institut National de la Statistique du NIGER,UNICEF: Analyse de la situation de l'enfant et de la femme au niger-2008: Niamey 2009 http://www.unicef.org/wcaro/english/wcaro_ANSITEF_Niger_2009.pdf. Erişim tarihi: 11.08.2013
18. Population-Reference-Bureau/Family Planning World Wide 2013 DATA SHEET: http://www.prb.org/pdf13/family-planning-2013-datasheet_eng.pdf 11.09.2013
19. World Bank DATA BASE: <http://www.worldbank.org/>. Erişim tarihi: 22.03.2014
20. UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu: http://www.unfpa.org/7billion/7Billion_Actions/resources/Fact_sheets_fr.pdf Erişim tarihi: 18.12.2013
21. Omran AR.Family Planing in the Legacy of Islam,unfpa 1992 summary
22. Organisation Mondiale de la Sante: http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/ Erişim tarihi: 02.05.2013
23. Nation Unies: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/bkg/egypt.html> 02.02.2013
24. Akın A. Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye'deki Uygulamalar. Sağlık ve Toplum Dergisi, Kadın Sağlığı Özel Sayısı, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, Yıl: 8, Sayı: 3-4, Ankara, Temmuz-Aralık, 1998, s: 16-22
25. Akın A, Özvarış BŞ. Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (Ed. Ç. Güler, L. Akın), Bölüm 6, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s: 210-367, Ankara, 2012
26. Willows found: Üreme Sağlığı: <http://www.willowsfound.org/aile.asp>. Erişim tarihi: 13.11.2013

27. Mihciokur S, Akın A. Dünyada ve Türkiye’de anne ölümleri. Sağlık ve Toplum. 1998;8:41-37.
28. Daş Z. Kadınlara Doğum Sonu Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Etkin Yöntem Kullanımına Etkisi (Tez). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 1998
29. WHO: Family planning Fact sheet N°351 Updated May 2013
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/> Erişim tarihi: 02.11.2013
30. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division World Population, http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_Methodology.pdf
Erişim tarihi : 30.01.2014
31. <http://7billionactions.org/brand-guidelines/docs/communication/KeyFacts/7BA-Factsheet-v5-Fr.pdf>. Erişim tarihi: 22.10.2013
32. United nations,department of economic and social affairs,population division world population,world population prospects,
<http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/publications.htm>. Erişim tarihi: 11.11.2013
33. WHO: Maternal mortality: Fact sheet N°348 May 2012.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> Erişim tarihi 04.10.2013
34. Statistiques Sanitaires Mondiales 2013.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82056/1/9789242564587_fre.pdf Erişim tarihi: 11.11.2013
35. WHO. Women and health, today’s evidence tomorrow’s agenda
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf?ua=1 Erişim tarihi: 06.11.2013
36. WHO. Geneva 1999 reduction of maternal mortality
http://whqlibdoc.who.int/publications/1999/9241561955_eng.pdf?ua=1 Erişim tarihi: 18.11.2013
37. Sönmez, A. ve ark, Prenatal Care Services in Aydin Province. TAF Preventive Medicine Bulletin, 6 (2), 137-141. Aydın 2007. s.137-141
38. Postnatal care program guidelines for victorian health services 2012,
[http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/715A53A28AA4E8CACA257ACC006D257E/\\$FILE/121022%20Postnatal%20care%20guidelines_web.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/715A53A28AA4E8CACA257ACC006D257E/$FILE/121022%20Postnatal%20care%20guidelines_web.pdf). Erişim tarihi: 02.01.2014
39. WHO: Geneva 1989,Amstrong S et al, Preventing Maternal Deaths
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39933/1/9241561289_eng.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 18.11.2013
40. Minister de la santé publique du Niger,Compte Nationaux de Sante 2003. Niger 2005

41. WHO: National health accounts data base, <http://www.who.int/nha/country/ner/en/>
Erişim tarihi: 20.11.2013
42. Institut National de la Statistique du NIGER. Tendances profil et déterminants de la
pauvrete au Niger: 2005-2008, Niger 2008
43. Minister de la santé publique du Niger,Strategie Nationale de Financement de la Santé au
Niger, Niger 2012
44. Minister de la santé publique du Niger,plan de developpement des ressources humaines
2011 – 2020 en sante. Niamey 2010
45.  zvarış ŞB. Doğurganlığın d uzenlenmesi, içinde; Aile Planlamasında Temel Bilgiler.
Ankara. Damla Matbaacılık, 2002:5-13
46. Cengiz L. Kontraseptif yöntemlerde yenilikler. 1.Ulusal Ana-ocuk Sağlığı Kongresi
2001:3-25
47. Ana ocuk Sağlığında Temel Bilgiler; T.C Sağlık Bakanlığı Ana ocuk Sağlığı ve Aile
Planlaması Genel Müdürlüğü İstanbul 1992
48. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı: Toplum Hekimliği; Uludağ Üniversitesi Basımevi;2.
Baskı s: 361-376 Bursa; 1993
49. Ministere de la sante publique du Niger: plan de developpement sanitaire (PDS) 2011 –
2015
http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R343_2011_Niger_PDS_15_FINAL_ADOPTE.pdf. Erişim tarihi: 09.09.2013
50. Carl Haub et Toshiko Kaneda, World Population Data Sheet 2013,
http://www.prb.org/pdf14/2013-population-data-sheet_french.pdf. Erişim tarihi:
02.01.2014
51. UNFPA: la planification familiale et la réduction de la pauvreté avantages pour les
familles et les nations,
http://www.unfpa.org/rh/planning/mediakit/docs/Sheet4_French.pdf. Erişim tarihi:
02.10.2013
52. Population reference bureau,comportement sexuel et l'usage de cotraceptifs en
Afrique de l'ouest2013, http://www.prb.org/pdf13/west-africa-family-planning_fr.pdf.
Erişim tarihi: 18.12.2013
53. UNFPA: Etat de la population mondiale 2011,
<http://foweb.unfpa.org/SWP2011/reports/FR-SWOP2011.pdf>. Erişim tarihi: 28.11.2013
54. UNFPA,la planification familiale et la réduction de la pauvret e,
https://www.unfpa.org/rh/planning/mediakit/docs/Sheet4_French.pdf. Erişim tarihi:
01.12.2013
55. WHO,the world health report 2013. research for universal health coverage,
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1 Erişim
tarihi: 11.10.2013

56. UNICEF annual report 2011
[http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF Annual Report 2011 EN_060112.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_Annual_Report_2011_EN_060112.pdf)
Erişim tarihi: 04.11.2013
57. UNESCO rapport 2011 sur l'éducation pour tous,
<http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001917/191794f.pdf>. Erişim tarihi: 11.10.2013
58. EDSN-MICS-IV 2012: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Niger, <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR28/PR28.pdf>. Erişim tarihi: 25.09.2013
59. Unfpa, State of World population 2005,
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2005/swp05_fre.pdf. Erişim tarihi: 19.11.2013
60. United nations, division de la population des nations unies, departement des affaires économiques et sociales, World marriage patterns 2000,
<http://www.un.org/esa/population/publications/worldmarriage/worldmarriagepatterns2000.pdf>. Erişim tarihi: 18.11.2013
61. Pratique des mariages précoces dans la Région de Tombouctou Sidi Siriman 2009, Bamako 2009 s, 78-88.
62. WHO: Adolescent pregnancy, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
Erişim tarihi: 12.12.2013
63. UNFPA, Face aux défis de la grossesse chez l'adolescence,
<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/FR-SWOP2013.pdf>. Erişim tarihi: 18.11.2013
64. EDSM-MICS 2012, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Mali, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaeb653.pdf. Erişim tarihi: 13.01.2014
65. EDS BF2010, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso, http://www.unicef.org/bfa/french/bf_eds_2010.pdf. Erişim tarihi: 13.01.2014
66. Ined France, Institut national d'études démographiques,
http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1606/publi_pdf1_492.pdf. Erişim tarihi: 13.01.2014
67. TNSA 2008: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008,
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf Erişim tarihi: 18.10.2013
68. EDSB-MICS 2011: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Bénin, http://www.insae-bj.org/enquete-demographique.html?file=files/enquetes-recensements/eds/EDS_2011-2012_rapport_preliminaires.pdf. Erişim tarihi: 13.01.2014
69. Inpes 2011, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, dossier de presse 2011, <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>. Erişim tarihi: 13.01.2014

70. Kodjo Kotokou, les facteurs de l'utilisation des méthodes contraceptives à Lomé, http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_6/colloques2/39924.pdf. Erişim tarihi: 13.01.2014
71. African Population Studies vol 9, April 1994, <http://www.bioline.org.br/request?ep94004>. Erişim tarihi: 13.01.2014
72. EDSC-MICS 2011: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun, <http://slmp-550-104.sl.westdc.net/~stat54/downloads/EDS-MICS/EDSMICS2011.pdf> . Erişim tarihi: 02.01.2014
73. Partie V. planification familiale et contraception: http://www.bibliotheque.auf.org/doc_num.php?explnum_id=744. Erişim tarihi: 02.01.2014
74. ILO report 2009: International Labour Organization, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_118384.pdf. Erişim tarihi: 02.01.2014
75. ILO: tendances mondiales de l'emploi des femmes 2012, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_195447.pdf. Erişim tarihi: 02.01.2014
76. UNICEF 2013, http://www.unicef.org/sowc2013/files/SWCR2013_ENG_Lo_res_24_Apr_2013.pdf. Erişim tarihi: 02.01.2014
77. EDSC-MICS 2012: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Guinée, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnaea576.pdf. Erişim tarihi: 02.01.2014
78. EDSCI-MICS 2012: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire, <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR21/pr21.pdf>. Erişim tarihi : 02.01.2014
79. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne merkezinde 15-49 yaş evli kadınların Aile Planlaması, Edirne 2001, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0105/edirne.pdf>. Erişim tarihi: 31.03.2013
80. Reproductive behavior and health in consanguineous marriages AH Bittles, WM Mason, J Greene, NA Rao, <http://www2.ku.edu/~lba/courses/articles/Bittles%201991%20Reproductive%20Behavior%20and%20Health%20in%20Consanguineous%20Marriages.pdf>. Erişim tarihi: 02.01.2014
81. Al-Awadi S A, Moussa MA, Naghuib KK, Farag TI, Teebi AS, El-Khalifa M et al. Consanguinity among the Kuwaiti population, *Clinical Genetics*, 27:s:483-486

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1.** Nijer nüfus piramidi 4
- Şekil 2.** Niamey’li kadınların herhangi bir AP yöntemi bilgi durumları..... 43
- Şekil 3.** Niamey’li kadınların herhangi bir AP yöntemi kullanma durumları 43

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Seçilmiş Bazı ülkeler ve Nijer’de kadın sağlığıyla ilgili kimi veriler	8
Tablo 2. Niamey’de yaşayan evli kadınların demografik özelliklere göre dağılımı.....	26
Tablo 3. Niamey’de kadınların çalışma durumuna göre dağılımı	28
Tablo 4. Niamey’de yaşayan evli kadınların gebelik ve doğum öyküleri	29
Tablo 5. Niamey’de yaşayan evli kadınların son doğumlarının öyküsü.....	30
Tablo 6. Niamey’de yaşayan kadınların doğurganlıkla ilgili bazı özellikleri.....	31
Tablo 7. Niamey’deki kadınların doğurganlık özelliklere göre DÖB alma durumu	32
Tablo 8. Niamey’deki kadınların eğitimlerine göre DÖB alma durumu	33
Tablo 9. Niamey’deki kadınların bazı statü göstergelerine göre DÖB alma durumları	34
Tablo 10. Niamey’deki kadınların çalışma özelliklerine göre DÖB alma durumu	35
Tablo 11. Niamey’deki kadınların eğitim seviyesine göre DSB alma durumu	36
Tablo 12. Niamey’deki kadınların eğitim ve çalışma durumlarına göre gebelik sayıları.....	37
Tablo 13. Niamey’deki kadınların bazı üreme sağlığı değişkenlerine göre gebelik sayıları	38
Tablo 14. Niamey’li Kadınların eğitim ve bazı üreme sağlığı değişkenlerine göre düşük deneyimleri	39
Tablo 15. Doğum yapmış kadınların DSB ve emzirmeyle ilgili yanıtları	40
Tablo 16. Niamey’de evli kadınlarda akraba evliliği ve çocuk durumu.....	41
Tablo 17. Niamey’de yaşayan evli kadınların AP yöntemi bilgi ve kullanım durumu	42
Tablo 18. Niamey’deki kadınların AP yöntemi bilgi durumunun bazı değişkenlerle ilişkisi	44

Tablo 19. Niamey’deki kadınların AP yöntemi bilgi durumunun eğitim düzeyi ile ilişkisi	45
Tablo 20. Niamey’deki kadınların bazı statü değişkenlerine göre AP yöntemi bilgi durumu.....	46
Tablo 21. Niamey’deki kadınların çalışma durumuna göre AP yöntemi bilgi durumu.....	47
Tablo 22. Niamey’deki kadınların doğurganlık özelliklere göre AP yöntemi kullanma durumları	48
Tablo 23. Niamey’deki kadınların çalışma durumuna göre AP yöntemi kullanma durumları	48
Tablo 24. Niamey’deki kadınların eğitim seviyesine göre AP yöntemi kullanma durumu....	50
Tablo 25. Niamey’de kadınların kullandığı AP yöntemine karar verme ve yöneme özel danışmanlık alma durumu	51
Tablo 26. Niamey’li kadınların çocuk sahibi olmayla ilgili düşünceleri.....	52
Tablo 27. Kadının kararlara katılımı ve statüsüyle ilgili önermelere verilen yanıtlar	53
Tablo 28. Katılımcıların günlük yaşam etkinlikleriyle ilgili sorulara verdikleri yanıtlar	54
Tablo 29. Katılımcıların aile içi şiddetin haklılığı ve nedenleriyle ilgili düşünceleri	55
Tablo 30. Katılımcıların duygusal şiddetle ilgili önermelere verdikleri yanıtlar.....	56
Tablo 31. Kadınların ev ve evlilik yaşamlarıyla ilgili bazı değişkenlere yanıtları	57
Tablo 32. Niamey’deki kadınların eğitim durumuyla ilişkili olabilecek etmenler.....	58

ÖZGEÇMİŞ

Doğum tarihi: 10/10/1984

2012-2014: yüksek lisans (Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı Ana Bilim Dalı)

2012: staj (STK VAD Niger)

2010-2011: Türkçe Dili (Ankara Üniversitesi TÖMER)

2010: staj (Niamey Bölgesel hastanesi)

2009: staj (Niamey Devlet hastanesi)

2005-2009: Lisans (Monastir Üniversitesi Anestezi- reanimasyon)

2004: Üniversite girişi (bakalorya)

2001: lise

1997: ortaokulu

1992: ilkokulu

Dil bilgi düzeyi

Zarma: ana dili

Hausa: mükemmel

Fransızca: mükemmel

Türkçe: iyi

Arapça: iyi

İngilizce: orta

EKLER

Ek 1

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

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2013/51	
	PROTOKOL ADI	Nijer'in Başkenti Niamey'de Aile Planlama Hizmetlerinin Durumu ve Bu Hizmetleri Etkileyen Faktörler, 2013	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Galip EKUKLU	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 05/ 16	Tarih: 27.02.2013	
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Galip EKUKLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Amadou Seybou ADAMOU'un çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, 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			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Üfret 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 checked="" 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. Ç. 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 checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT 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 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 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" 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 checked="" 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 2

REPUBLIQUE DU NIGER
AMBASSADE DU NIGER EN TURQUIE



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. Amadou Seybou Adamou qui a pour sujet:

- "La situation de la planification familiale et les facteurs influents, utilisation à Niamey , 2013 ".

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

Adam Abdoulaye DAN-MARADI



Ek 3

BİLGİ TOPLAMA FORMU

Değerli Meslektaşlarımız,

Aşağıda Aile planlamasının Hizmetleri sorular bulacaksınız. Elde edilecek veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Tüm soruları içtenlikle yanıtlamanızı bekliyor teşekkür ediyoruz.

AMADOU SEYBOU ADAMOU
T.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Yüksek lisans Öğrencisi

1. BÖLÜM GENEL DURUMU

1. Bana hangi ay ve yılda doğduğunuzu söyler misiniz?.....
2. Anneniz ile babanız arasında akrabalık var mı(ydı) Evet Hayır
3. Nerede yaşıyorsunuz?.....

2.BÖLÜMEĞİTİM DURUMU

1. Hiç okula gittiniz mi? Evet Hayır
2. En son gittiğiniz okul hangisidir?.....
3. Bu okulda tamamladığınız en son sınıf hangisidir?.....
4. Siz okul dışında.Okuma yazma kursuna gittiniz mi?
 - a) Kur'an kursuna gittiniz mi?
 - b) Yabancı dil kursuna gittiniz mi?
 - c) Bilgisayar kursuna gittiniz mi?
 - d) Herhangi bir diğer meslek/beceri kursuna gittiniz mi?
 - e) Diğer.....
5. Ana diliniz nedir?.....
6. Ana diliniz dışında, başka bir dil konuşabiliyor musunuz? Evet Hayır

7. Annenizin okuma yazması var mı(ydı)? Evet Hayır
8. Anneniz hiç okula gitmiş mi? Evet Hayır
9. Bugün siz dahil annenizin doğurduğu kaç çocuk hayatta?.....
10. Bunlardan kaç kız, kaç erkek? Erkek Kız
11. Annenizin kaç çocuğu ölmüş?.....
12. Babanız hiç okula gitmiş mi? Evet Hayır

3.BÖLÜM KADININ ÇALIŞMASI

Size şimdi çalışma durumunuza ilişkin sorular sormak istiyorum.

1. Ne iş yapıyorsunuz?
2. Hangi Sektörde çalışıyorsunuz?
3. Bu işi yaparken herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız? Evet Hayır
4. Bu işte halen çalışıyor musunuz? Evet Hayır
5. Hayır ise bu işte ne kadar süreyle çalıştınız?
6. Bu işten ayrılma nedeniniz neydi?
 - a. Gebe kaldı/çocuk bakımı
 - b. Ev işleri
 - c. Hasta/özürlü/engelli
 - d. Eşin tayini
 - e. Taşındı/göç etti
 - f. Eşi/büyükleri karşı çıktı
 - g. Çalışması gerekmedi
 - h. Çalışmak istemedi
 - i. Ücretsiz çalışıyordu
 - j. İşten çıkarıldı
 - k. Ailede hasta/yaşlı bakımı
 - l. İşyeri kapandı
 - m. Evlilik
 - n. Emeklilik
 - o. Daha iyi bir iş bulmak için/buldu

- p. Mevsimlik/geçici
- q. Diğer

Bildiğiniz gibi bazı kadınlar ufak-tefek şeyler satarlar, Pazar yerinde satış yaparlar, para karşılığında ya da para almadan ailenin işyerinde ya da tarlasında çalışırlar, başkaları için evde dikiş nakış, çocuk bakıcılığı veya ev temizliği gibi işler yaparlar. Siz son altı ay içinde bu saydıklarımın birini ya da başka bir iş yaptınız mı? Evet Hayır

Çalışmıyorsanız çalışmamanızın nedeni nedir?

- a. Yeni işe başlayacak
- b. Öğrenci
- c. Ev kadını
- d. Emekli
- e. İrat sahibi
- f. Aile işçisi
- g. Özürlü, hasta
- h. Yaşlıya bakıyor
- i. Çocuk bakıyor
- j. Evlenmek üzere
- k. Henüz yaşı küçük
- l. Okulu yeni bitirdi
- m. Eşi/ailesi izin vermiyor
- n. Buraya yeni göç etmiş/gelmiş
- o. İhtiyacı yok
- p. Diğer (belirtin)

4.BÖLÜM EVLİLİK DURUMU

Şimdi size evliliğiniz (evlilikleriniz) hakkında sorular sormak istiyorum.

1. Kaç yaşındayken evlendiniz?.....
2. Halen evli misiniz? Evet Hayır

3. Eşiniz kaç yaşında?.....
4. Eşiniz kaç kadınla evlendi?.....
5. Şu anda eşinizin kaç kadını var?.....
6. Eşinizin başka kadınlarla aynı evde mi otuyorsunuz? Evet Hayır
7. Eşinizin sizin çocuklarla beraber kaç çocuğu var?.....
8. Eşiniz hiç okula gitmiş mi? Evet Hayır
9. Eşinizin bu okulda tamamladığı en son sınıf hangisidir?.....
10. Eşiniz ne iş yapıyor?.....
11. Eşiniz bu işi yaparken herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mı?

Evet Hayır

12. Eşinizin çalışmama nedeni nedir?

- a. Yeni işe başlayacak
- b. Öğrenci
- c. Emekli
- d. İrat sahibi
- e. Aile işçisi
- f. Özürlü/engelli/ hasta
- g. Yaşlıya bakıyor
- h. Çocuk bakıyor
- i. Askere gidecek/askerde
- j. İş arıyor/işsiz
- k. Okulu yeni bitirdi.
- l. Yeni göç etmiş/gitmiş
- m. İhtiyacı yok
- n. Diğer (belirtin)
- o. Bilmiyor

13. Kaç kez evlendiniz?.....

14. Eşiniz ile resmi nikâhınız var mı? Dini nikâhınız var mı?.....

15. Eşiniz ile evliliğiniz kim tarafından kararlaştırılmıştı?.....

Siz ve eşiniz mi?

yoksa aileleriniz mi?

16. Evlenirken.....ya da ailesi başlık verdi mi?

17. Eşiniz ile birlikte yaşadığınız evde sizden başka kimse var mı?

Var Yok

18. Eşiniz ile aranızda akrabalık var mı?

Evet Hayır

19. Neyiniz olur?.....

20. Bu evlilik devam ediyor mu? Evet Hayır

Hayır ise:

a. Eşiniz ile evliliğiniz hangi ay ve yılda bitti?

b. Eşiniz ile evliliğiniz ne şekilde sona erdi?

Boşandınız mı eşiniz mi öldü yoksa ayrı yaşamaya mı başladınız?

c. Eşiniz ile boşanmayı/ayrı yaşamayı

Siz mi istediniz eşiniz mi istedi yoksa birlikte mi karar verdiniz?

5.BÖLÜM GEBELİK DURUMU

Şimdi size bugüne kadarki gebelikleriniz hakkında sorular sormak istiyorum.

1. Siz hiç canlı doğum yaptınız mı? Evet Hayır

2. Peki, sizin doğurduğunuz ve sizinle birlikte oturan oğlunuz ya da kızınız var mı?

Evet Hayır

3. Sizinle birlikte oturan kaç oğlunuz var?.....

4. Sizinle birlikte oturan kaç kızınız var?.....

5. Sizin doğurduğunuz ve sizinle birlikte oturmayan kaç oğlunuz var?.....

6. Sizinle birlikte oturmayan kaç kızınız var?.....

7. Toplam olarak kaç erkek çocuğunuz öldü?.....
8. Toplam olarak kaç kız çocuğunuz öldü?.....
9. Sadece emin olmak için soruyorum.
10. Siz toplam olarak _____ canlı çocuk doğurmuşsunuz. Bu rakam doğru mu?

Evet Hayır

Şimdi size doğumlarınızla ilgili sorularım olacak. Sonradan ölmüş olanlar da dahil, tüm canlı doğumlarınız hakkında bilgi almam çok önemli.

11. İlk çocuğunuz son doğum gününde kaç yaşındaydı?.....
12. Şu anda gebe misiniz? Evet Hayır
13. Kaç aylık gebesiniz?.....
14. Gebe kalmadan önce, gebe kalmak istiyor muydunuz, bu gebeliğin daha sonra olmasını mı tercih ederdiniz, yoksa bu gebeliği hiç istememiş miydiniz?

İstedim İstemedim

15. Gebe kalmadan önce, eşiniz sizin gebe kalmanızı istiyor muydu, bu gebeliğin daha sonra olmasını mı tercih ederdi, yoksa bu gebeliği hiç istememiş miydi?

Eşim istedi daha sonra istedim istemedim

16. Siz hiç (kendiliğinden) düşük yaptınız mı? Evet Hayır
17. Toplam kaç kez (kendiliğinden) düşük yaptınız?.....
18. Hiç ölü doğum yaptınız mı? Evet Hayır
19. Toplam kaç ölü doğum yaptınız?.....
20. Doğru yazdığımdan emin olmak için soruyorum. Sizin toplam olarak _____ sonuçlanmış gebeliğiniz olmuş. Bu rakam doğru mu?
21. Menopoza girdiniz mi? Evet Hayır
22. İlk adet gördüğünüzde kaç yaşındaydınız?.....
23. Evlendiğinizde kaç yaşındaydınız?.....
24. İlk gebeliğinizi kaç yaşında yaşadınız?

6.BÖLÜM AİLE PLANLAMASININ DURUMU

	Gebeliği önleyici hangi yöntemle ri veya yolları duydunuz?	Gebeliği önlemek için kullandığınız ilk yöntem hangisiydi	Siz bu yöntemi hiç kullandınız mı?	Hangi yöntemi kullandınız ya da ne gibi bir yola başvurduunuz?	Hangi yöntemi kullanmak isterdiniz?
TÜPLERİN BAĞLANMASI					
ERKEĞİN KANALLARININ BAĞLANMASI					
HAP					
İĞNE/ENJEKSİYON					
DERİ ALTI İMPLANTI					
KONDOM/PREZERVATİF/KAPUT					
KADIN KONDOMU					
DİYAFRAM/KÖPÜK/JEL					
SÜT/EMZİRME İLE KORUNMA					
TEHLİKESİZ GÜNLER					
GERİ ÇEKME...					
ACİL KORUNMA HAPI					
DİĞER					
HAYIR DUYMADIM					

1. Siz daha fazla çocuk sahibi olmamak için ameliyat oldunuz mu? Evet Hayır
2. Eşiniz çocuk sahibi olmamak için ameliyat oldu mu? Evet Hayır
3. Siz gebe kalmamak için erkek ya da kadınların başvurduğu başka bir yöntem duyduunuz mu? Evet Hayır
4. Siz hiç gebe kalmayı önlemek ya da geciktirmek için bir yöntem kullandınız mı ya da herhangi bir yola başvurduunuz mu? Evet Hayır
5. Hangi yöntemi kullandınız ya da ne gibi bir yola başvurduunuz? Evet Hayır
6. Bu yöntemi sürekli olarak kullanmaya ne zaman başladınız?.....
7. Son olarak ne zaman bir yöntemi kullandınız?
8. Hangi yöntemdi?
9. Kullanmaya ne zaman başladınız?
10. Ne kadar süre kullandınız?.....

Kadının tüpleri bağlanmışsa

11. Bu ameliyat hangi ay ve yılda yapıldı?.....
12. Tüplerin bağlanması (veya kanalların) ameliyatı nerede yapıldı?.....

Devlet sektörü

- a. Devlet/numune hastanesi
- b. Doğumevi
- c. açsap merkezi
- d. Sağlık ocağı
- e. Sağlık evi
- f. SSK hastanesi/dispenseri
- g. Eğitim ve araştırma hastanesi
- h. Aile sağlığı merkezi/aile hekimi
- i. Diğer(belirtin)

Özel sektör

- j. Özel hastane özel poliklinik
- k. Özel doktor muayenehanesi
- l. Özel ebe/hemşire (sağlık kabini)

- m. Eczane/medikal
- n. Diğer(belirtin)

13. Bu ameliyat yapılmadan önce size bu ameliyat nedeniyle bir daha gebe kalamayacağınız söylendi mi? Evet Hayır

14. Tüplerin bağlanması ameliyatı olduğunuz sırada bu ameliyatı olabileceğiniz başka bir yer biliyor muydunuz? Evet Hayır

15. Halen kullandığınız yöntemi kullanmaya başlamadan önce herhangi bir sağlık personeli (doktor/hemşire/ebe) size bu yöntemin yan etkileri hakkında bilgi verdi mi?

Evet Hayır

16. Halen kullandığınız yöntemin yan etkisi olduğunda ne yapmanız gerektiği konusunda herhangi bir sağlık personeli (doktor/hemşire/ebe) size bilgi verdi mi?

Evet Hayır

17. Halen kullandığınız yöntemi kullanmaya başlamadan önce herhangi bir sağlık personeli (doktor/hemşire/ebe) size diğer yöntemler hakkında bilgi verdi mi?

Evet Hayır

18. Halen kullandığınız yöntemi kullanmaya kim karar verdi?

Siz mi karar verdiniz? Eşiniz mi karar verdi? Yoksa beraber mi karar verdiniz?

19. Halen kullandığınız yöntemi nereden aldınız/temin ettiniz? Evet Hayır

20. Halen kullandığınız yöntemin temin edilebileceği başka bir yer biliyor musunuz?

Evet Hayır

21. Halen kullandığınız yöntemden başka bir gebeliği önleyici yöntem kullanmak ister miydiniz? Evet Hayır

22.' yöntemini (istediği SÖYLENEN YÖNTEM) şu anda kullanmamanızın temel nedeni nedir? Seçin:

- a. Doktor önermiyor,
- b. Pahalı,
- c. Bulunmuyor/ulaşma güçlüğü,
- d. Buralarda yok,
- e. Nasıl temin edeceğini bilmiyor,
- f. Nasıl kullanacağını bilmiyor,
- g. Eşi istemiyor,
- h. Dini nedenler,
- i. Sağlık kaygısı,
- j. Yan etkiler,
- k. Cinsel münasebeti yok,
- l. Sık olmayan münasebet,
- m. Menopozda/histerektomi,
- n. Yeni doğum yapmış/emziriyor,
- o. Gebe kalmak istiyor,
- p. Utanıyor,
- q. Diğer (belirtin)

23. Gebeliği önleyici bir yöntem temin edilebilecek bir yer biliyor musunuz?

Evet Hayır

24. Neresi?

Devlet sektörü

- a. Devlet/numune hastanesi
- b. Doğumevi
- c. açsap merkezi
- d. Sağlık ocağı
- e. Sağlık evi
- f. SSK hastanesi/dispanseri
- g. Eğitim ve araştırma hastanesi

- h. Aile sağlığı merkezi/aile hekimi
- i. Diğer(belirtin)

Özel sektör

- j. Özel hastane özel poliklinik
- k. Özel doktor muayenehanesi
- l. Özel ebe/hemşire (sağlık kabini)
- m. Eczane/medikal
- n. Diğer(belirtin)

25. Önümüzdeki 12 ay içinde gebeliği ertelemek veya önlemek için bir yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz? Evet Hayır

26. Gelecekte herhangi bir zamanda gebeliği ertelemek veya önlemek için bir yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz? Evet Hayır

27. Bir yöntem kullanmak istememenizin temel nedeni nedir?

- a. Doktor önermiyor,
- b. Pahalı,
- c. Bulunmuyor/ulaşma güçlüğü,
- d. Buralarda yok,
- e. Nasıl temin edeceğini bilmiyor,
- f. Nasıl kullanacağını bilmiyor,
- g. Eşi istemiyor,
- h. Dini nedenler,
- i. Sağlık kaygısı,
- j. Yan etkisi,
- k. Cinsel münasebeti yok,
- l. Sık olmayan münasebet,
- m. Menopozda/histerektomi,

- n. Yeni doğum yapmış/emziriyor,
- o. Gebe kalmak istiyor,
- p. Utanıyor,
- q. Diğer (belirtin)

28. Gelecekte (başka) çocuk istiyor musunuz yoksa (artık başka) çocuğunuz olmasını istemiyor musunuz? Yoksa kararsızsınız.

İstiyorum

İstemiyorum

Kararsızım

29. Gelecekte kaç çocuğa daha sahip olmak istiyorsunuz ?.....

30. Bir sonraki Çocuğunuzun şu andan itibaren ne kadar zaman sonra olmasını istersiniz?.....

31. Hiç çocuğunuz olmadığı günlere dönebilseydiniz ve tam istediğiniz sayıda çocuk sahibi olmanız mümkün olsaydı, hayatınız boyunca kaç çocuk sahibi olmak isterdiniz?.....

32. Bu çocuklardan kaçının kız, kaçının erkek olmasını istersiniz ya da kaçı için cinsiyet önemli değil ?.....

33. Son 12 ay içerisinde şimdi sayacağım sağlık sorunlarından herhangi birini yaşadınız mı?.....

a. Vajinal akıntı?

b. Vajinal kaşıntı?

c. Vajinal yara?

d. İdrar yaparken yanma?

e. Cinsel münasebet sırasında kanama?

f. Adet kanamalarında düzensizlik?

g. Sağlık personeli size yaşadığınız sağlık sorunu/ sorunları ile ilgili olarak bilgi verdi mi? Evet Hayır

7.SON DOĞUM

1. Doğum öncesi bakım almış mı? Evet Hayır

2. Son çocuğunuzun doğumunu nerede yaptınız?.....

3. Son çocuğunuzun doğumunu kim yaptırdı/doğumuna kim yardımcı oldu?

Sağlık personeli

- a. Doktor
- b. Ebe/hemşire

Diğer kişiler

- c. Ara ebesi/ebe nine.
- d. Akraba/arkadaş/komşu
- e. Diğer
- f. Hiç kimse

4. Son çocuğunuzun doğumu nasıl gerçekleşti? Normal doğum muydu yoksa sezaryen miydi?.....

5. Son çocuğunuzun doğumundan sonra sağlık kuruluşunda ne kadar kaldınız?.....

6. Doğumdan sonra eve gitmeden önce bir sağlık personeli tarafından sağlık durumunuz kontrol edildi mi?

Evet Hayır

7. Son çocuğunuzun doğumunu bir sağlık kuruluşunda yapmamanızın en önemli nedeni nedir? Seçin:

- a. Nedeni yok yakında sağlık kuruluşu yok..
- b. Sağlık kuruluşuna/
- c. Personeline güvensizlik

- d. Doğum ani oldu
- e. Sağlık kuruluşundan
- f. Yararlanmada güçlük
- g. Pahalı
- h. Gelenekler/töre
- i. Bir sorun yoktu
- j. Korku
- k. Utanma
- l. Diğer (belirtin)
- m. Bilmiyor

8. Doğum sonrasındaki ilk iki ay içinde kontrollerin herhangi birinde size şimdi sayacağım konularda bilgi verildi mi?

Evet Hayır

- a. Annenin beslenmesi?
- b. Bebeğin beslenmesi?
- c. Emzirme?
- d. Bebeğin aşılması?
- e. Meme ucu bakımı?
- f. Doğum sonrasındaki gebeliği önleyici yöntem kullanımı?
- g. Acil olarak sağlık kurumuna gitmeyi
- h. Gerektirecek durumlar?
- i. Demir hapı (kan hapı) kullanımı?

Doğum sonrasındaki ilk iki ay içinde kontrollerin herhangi birinde size şimdi sayacağım kontroller yapıldı mı? Evet Hayır

- a. Tansiyonunuz ölçüldü mü?
- b. Kan tahlili yapıldı mı?
- c. İdrar tahlili yapıldı mı?
- d. Ateşiniz ölçüldü mü?
- e. Kanama kontrolü yapıldı mı?

Şimdi size Son çocuğunuzun doğumdan sonraki sağlık kontrolleriyle ilgili sorular sormak istiyorum.

1. Son çocuğunuzun sağlığını doğumdan sonraki iki ay içinde herhangi bir sağlık personeli kontrol etti mi?

Evet Hayır

2. Son çocuğunuzun doğduğunda çok iri miydi, ortalamadan daha mı iriydi, ortalama büyüklükte miydi, ortalamadan daha mı küçüktü, yoksa çok mu küçüktü?.....
3. Son çocuğunuzun doğduğunda kaç kiloydu?.....
4. Son çocuğunuzun doğumu öncesinde, doğumu sırasında veya doğumu sonrasında kendiniz ya da çocuğunuz için aldığınız sağlık hizmetlerine hiç para ödediniz mi?

- a. Doğum öncesi bakım alırken? Evet Hayır
- b. Doğum sırasında? Evet Hayır
- c. Doğum sonrası bakım alırken? Evet Hayır

5. Son çocuğunuzun doğumundan bugüne kadar hiç adet gördünüz mü? Evet Hayır
6. Son çocuğunuzun doğumundan sonra kaç ay boyunca adet görmediniz?.....
7. Son çocuğunuzun doğumundan sonraki kaç ay boyunca karı-koca ilişkiniz olmadı?.....
8. Son çocuğunuzu hiç emzirdiniz mi? Evet Hayır
9. Son çocuğunuzu doğumdan ne kadar zaman sonra emzirdiniz? Evet Hayır
10. Doğumdan sonraki ilk 3 gün içinde son çocuğunuza anne sütü dışında herhangi bir şey verildi mi? Evet Hayır
11. Son çocuğunuza ne verildi?.....
12. Son çocuğunuzu kaç ay emzirdiniz?.....
13. Günde kaç kez emzirdiniz?.....
14. Son çocuğunuzu neden emzirmediniz/emzirmeyi neden bıraktınız? Seçin:

- a. Anne hasta/zayıf
- b. Çocuk hasta/zayıf
- c. Çocuk öldü
- d. Meme ucu/göğüs sorunu
- e. Sütü yetersiz

- f. Anne çalışıyor
- g. Bebek istemedi.
- h. Gebe kaldı
- i. Diğer (belirtin)

Son çocuğunuza ek gıdayı ilk kez kaç aylıkken verdiniz? Evet Hayır

8.KADININ STATÜSÜ

Aile hayatıyla ilgili bazı görüşlerinizi öğrenmek istiyorum. Lütfen bana şimdi sayacağım ifadelere katılıp katılmadığınızı söyler misiniz?

Ailede önemli kararlar sadece ailenin erkekleri tarafından alınmalıdır.

Evet Hayır

1. Yemek, bulaşık, çamaşır, ütü ve temizlik gibi ev işlerini erkekler de yapmalıdır.

Evet Hayır

2. Kadın eşiyle aynı fikirde değilse onunla tartışmamalıydı. Evet Hayır

3. Evli bir kadın ev dışında çalışmak istiyorsa çalışmalıdır. Evet Hayır

4. Erkek çocuğun eğitimli olması kız çocuğun eğitimli olmasından her zaman daha iyidir. Evet Hayır

5. Kadınlar eşinden izin almaya gerek duymaksızın istediği yere gidebilir. Evet Hayır

6. Erkekler kadınlardan daha akıllıdır. Evet Hayır

7. Kadınlar siyasette daha çok yer almalıdır. Evet Hayır

8. Kadınlar evlendiklerinde bakire olmalıdır. Evet Hayır

Şimdi size gündelik hayatınıza ilişkin sorular sormak istiyorum.

9. Herhangi bir spor yapar mısınız? Evet Hayır

10. Memleketiniz dışında başka bir yere tatile gider misiniz? Evet Hayır

11. Ailenizle dışarıda yemeğe gider misiniz? Evet Hayır

12. Arkadaşlarınız ya da komşularınızla gün yapar mısınız? Evet Hayır

- | | | |
|---|------|-------|
| 13. İnternet kullanır mısınız? | Evet | Hayır |
| 14. Televizyondaki kadın programlarını izler misiniz? | Evet | Hayır |
| 15. Sokağa çıktığınızda baş örtüsü takar mısınız? | Evet | Hayır |

Şimdi size bazı durumlar sayacağım. Bana bu durumlarda eşin fiziksel şiddet uygulamasını doğru bulup bulmadığınızı söyler misiniz?

- | | | |
|---|-------|--------|
| 16. Kadın yemek yapmadığında? | Doğru | Yanlış |
| 17. Kadın yemeği yaktığında? | Doğru | Yanlış |
| 18. Kadın evin bakımını ihmal ettiğinde? | Doğru | Yanlış |
| 19. Kadın çocukların bakımını ihmal ettiğinde? | Doğru | Yanlış |
| 20. Kadın eşine karşılık verdiğinde? | Doğru | Yanlış |
| 21. Kadın parayı lüzumsuz yere harcadığında? | Doğru | Yanlış |
| 22. Kadın cinsel münasebette bulunmayı reddettiğinde? | Doğru | Yanlış |

Şimdi size günlük işlerle ilgili birtakım sorular soracağım. Sayacağım işleri evinizde öncelikli olarak kim yapar?

- | | | | | |
|--|---------|------|------------|-----------------|
| 23. Yemek pişirmek? | Kendisi | eşi, | çocuklar, | ücretli çalışan |
| 24. Sofrayı kurmak ve toplamak? | Kendisi | eşi | ,çocuklar, | ücretli çalışan |
| 25. Toz almak, ev süpürmek gibi temizlik işleri? | Kendisi | eşi | çocuklar | ücretli çalışan |
| 26. Bulaşıkların yıkanması/bulaşık makinesine konulması? | | | | |

Kendisi, eşi çocuklar, ücretli çalışan

- | | | | | |
|--|----------|------|-----------|-------------------|
| 27. Çamaşır yıkamak? | Kendisi, | eşi | ,çocuklar | ,ücretli çalışan |
| 28. Ütü yapmak? | Kendisi, | eşi | ,çocuklar | , ücretli çalışan |
| 29. Mutfak için alış-veriş yapmak? | Kendisi, | eşi, | çocuklar, | ücretli çalışan |
| 30. Aile bütçesinin hazırlanması, para hesabı yapılması? | | | | |

Kendisi, eşi ,çocuklar, ücretli çalışan

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 31. Resmi dairelerdeki işler, fatura ödemeleri? | | | | |
|---|--|--|--|--|

Kendisi, eşi, çocuklar, ücretli çalışan

32. Tadilat, tamirat yapmak? Kendisi, eşi, çocuklar ,ücretli çalışan
33. Çocuklarla zaman geçirilmesi (oyun oynamak, kitap okumak, televizyon izlemek v.b)?
Kendisi, eşi, çocuklar, ,ücretli çalışan
34. Çocuklarla ev dışında zaman geçirilmesi (parka, sinemaya vb.yerlere gitmek)?
Kendisi, eşi çocuklar ,ücretli çalışan
35. Çocukların ev ödevlerine yardım edilmesi?
Kendisi ,eşi ,çocuklar ücretli çalışan

Şimdi size bazı kadınların karşılaştıkları çeşitli durumlara ilişkin cümleler okuyacağım.

Lütfen bana (son) eşinizle ilişkinizde bu tür durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı söyleyermisiniz? Sık sık mı , bazen mi , hiçbir zaman mı?

Eşiniz:

- | | | |
|---|------|-------|
| 36. Kadın arkadaşlarınızla görüşmenizi engeller mi(ydi)? | Evet | Hayır |
| 37. Kendi ailenizle görüşmenizi sınırlar mı(ydı)? | Evet | Hayır |
| 38. Her zaman nerede olduğunuzu bilmek için ısrar eder mi(ydi)? | Evet | Hayır |
| 39. Para konusunda size güvenmediği olur mu(ydu)? | Evet | Hayır |
| 40. Sizi sadakatsiz olmakla suçlar mı(ydı)? | Evet | Hayır |