



**TÜRKİYE'DE YAŞAYAN 15-49 YAŞ ARASI
SOMALİLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI
YÖNTEMLERİNİ KULLANMA VE BU
YÖNTEMLERE İLİŞKİN PLAN VE TUTUMLARI**

**2023
YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK**

Saida Abukar AWEİS

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ**

**TÜRKİYE’DE YAŞAYAN 15-49 YAŞ ARASI SOMALİLİ KADINLARIN
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİ KULLANMA VE BU
YÖNTEMLERE İLİŞKİN PLAN VE TUTUMLARI**

Saida Abukar AWEİS

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ

T.C.

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalında

Yüksek Lisans Tezi

Olarak Hazırlanmıştır

KARABÜK

Mayıs 2023

Saida Abukar AWEİS tarafından hazırlanan ‘‘TÜRKİYE‘DE YAŞAYAN 15-49 YAŞ ARASI SOMALİLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİ KULLANMA VE BU YÖNTEMLERE İLİŞKİN PLAN VE TUTUMLARI’’ başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğretim Üyesi Namık BİLİCİ

.....

Tez Danışmanı, Ebelik Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz ALTUNER (KBÜ)

.....

Üye : Prof. Dr. Emine YILMAZ CAN (BEUN)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Müslüm KUZU

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Saida Abukar AWEİS

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

TÜRKİYE'DE YAŞAYAN 15-49 YAŞ ARASI SOMALİLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİ KULLANMA VE BU YÖNTEMLERE İLİŞKİN PLAN VE TUTUMLARI

Saida Abukar AWEİS

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ

Mayıs 2023, 235 sayfa

Aile planlaması (AP) bireylerin çocuklarının doğumlarını, aralıklarını ve zamanlamasını düzenlemek için gösterdikleri bilinçli bir çabadır. Bu amaçla çok farklı doğum kontrol yöntemleri kullanılır. Aile planlaması doğurganlık, nüfus ve sağlık sunumu açısından yaşamsal bir öneme sahiptir. Bu çalışmada, Karabük ili merkez olmak üzere 15 vilayette Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların aile planlaması algıları ve yaklaşımları araştırılarak ortaya konuldu. Türkiye'deki Somalili kadınların 15-49 yaş aralığında AP tutum ve davranışları aile yapısı, eğitim düzeyi, mali durumu gibi birçok parametre ışığında ortaya konuldu. Araştırmanın güç analizi olarak Two-Sample T-Test Power Analysis kullanıldı % 99 istatistiki doğruluk ile belirlenen en az 174 denek ideal sınır kabul edildi. Grup örneklem büyüklüğü için 87'lik iki grup arasında 1,1'lik bir farkın tespiti için %99 doğruluk belirlendi. T-testi kullanılarak 0,05000 düzeyi referans olarak belirlendi. İstatistiki olarak toplam n=174 için % 99,99

doğruluk kabul edildi. Kültürel geleneğin sürdürülmesi bakımından ilk gebelik yaşı ile evlilik arasındaki süre ($p<0,005$), ailelerin gelir düzeyi, sağlık sunumundan yararlanma durumu, eğitim düzeyleri ve iletişim araçlarını kullanma becerileri AP'sında anlamlı farklılıklar yaratmaktadır. Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların AP tutumları ile obsetrik açıdan AP'ye yaklaşımları Somali toplumundan ve dünyadaki diğer ülkelerde yaşayanlardan önemli ayrıcalıklar içerdiği tespit edildi.

Anahtar Sözcükler : Aile planlaması, Kadın sağlığı, Türkiye'de Yaşayan Somali kadınları, Doğum Kontrolü, Kadınların Obstetrik Bilgi Düzeyi

Bilim Kodu : 10104.01

ABSTRACT

M. Sc. Thesis

THE USE OF FAMILY PLANNING METHODS BY SOMALI WOMEN BETWEEN THE AGES OF 15-49 LIVING IN TURKEY AND THEIR PLANS AND ATTITUDES TOWARDS THESE METHODS

Saida Abukar AWEİS

**Karabuk University
Institute of Graduate Programs
Department of Midwifery**

Thesis Advisor:

Assist. Prof. Dr. Namık BİLİCİ

May 2023, 235 pages

Family planning (FP) is a conscious effort by individuals to regulate the birth, spacing, and timing of their children. Many different methods of birth control are used for this purpose. Family planning is of critical importance to fertility, population, and health care. In this study, the beliefs and practices of Somali women living in Turkey in 15 provinces, including Karabuk province, regarding family planning were investigated. FP Attitudes and behaviors of Somali women aged 15 to 49 years in Turkey were determined in light of numerous parameters such as family structure, education level, and financial situation. A two-sample t-test was used as power analysis for the study. A minimum of 174 subjects identified with 99% statistical accuracy was accepted as the ideal cutoff. A precision of 99% was set for the group sample size to detect a difference of 1.1 between the two groups of 87. The 0.05000 limit was determined using the t-test as a reference. Statistically, an accuracy of 99.99% was accepted for a

total number of n=174. Regarding the maintenance of cultural tradition, the time between the first gestational age and marriage ($p < 0.005$), the income level of families, the use of health services, the level of education and the ability to use means of communication, there are significant differences in FP. It was found that the FP attitudes of Somali women living in Turkey and their obstetric approach to FP include significant privileges of Somali society and those in other countries of the world.

Key Word : Family planning, women's health, Somali women living in Turkey,
Birth control, Obstetric Knowledge Level of Women

Science Code : 10104.01

TEŞEKKÜR

Çalışma sırasında çok kıymetli bilgi ve tecrübelerine benimle paylaőan bana yol gösteren desteğine hiç esirgemeyen tez danıőmanım Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ sonsuz teőekkürlerime sunarım.

Bu süreçte haklarını hiç ödeyemeyeceğim beni yüreklerendiren aileme özellikle annem Eini İSAK, babam Abukar AWEİS ve kardeőlerime teőekkürü bir borç bilirim.

Bu yolda manavı güçlerini hiç eksik etmeyen arkadaőlarıma özellikle Elif YURDDAŐ arkadaőıma ve bana göstermiő oldukları sabırdan dolayı teőekkürlerime sunarım.

Ayrıca tezimin istatistik bölümüne yapan Dr. Öğr. Üyesi Ahmet MUSMUL'a ayrıyeten teőekküre ederim.

İÇİNDEKİLER

| | <u>Sayfa</u> |
|--|--------------|
| KABUL..... | ii |
| ÖZET..... | iv |
| ABSTRACT..... | vi |
| TEŞEKKÜR..... | viii |
| İÇİNDEKİLER | ix |
| ŞEKİLLER DİZİNİ..... | xiv |
| ÇİZELGELER DİZİNİ | xvii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | xviii |
| | |
| BÖLÜM 1 | 1 |
| GİRİŞ | 1 |
| 1.1. KONUNUN ÖNEMİ VE PROBLEMİN TANIMI..... | 1 |
| 1.2. HİPOTEZİMİZ VE ÇIKIŞ NOKTAMIZ..... | 9 |
| 1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI..... | 11 |
| | |
| BÖLÜM 2 | 12 |
| SOMALİ’NİN GENEL BİLGİLERİ | 12 |
| 2.1. COĞRAFİ BİLGİ..... | 12 |
| 2.2. SOMALİ’DE DEMOGRAFİK YAPI | 12 |
| 2.3. TARİH VE SİYASİ YAPI | 16 |
| 2.4. EKONOMİ | 16 |
| 2.5. SOSYAL KIRILGANLIK, KARMAŞA VE ÜLKE İÇİ HUZUR DURUMU | 17 |
| 2.6. ULUSLARARASI GÖÇ | 18 |
| 2.7. BÖLGESEL EŞİTSİZLİK | 18 |
| | |
| BÖLÜM 3 | 21 |
| SOMALİ SAĞLIK SUNUMU | 21 |
| 3.1. KRONİK HASTALIKLAR | 22 |
| 3.2. ÖZÜRLÜLÜK YAYGINLIĞI..... | 30 |

| | <u>Sayfa</u> |
|--|---------------------|
| 3.3. ANNE ÖLÜMÜ | 36 |
| 3.4. ANNE ÖLÜM TAHMİNİ..... | 37 |
| 3.5. ANNE ÖLÜM ORANI (MM ORANI)..... | 38 |
| 3.6. ANNE ÖLÜM ORANI | 38 |
| 3.7. GEBELİĞE BAĞLI ANNE ÖLÜM ORANI..... | 39 |
| 3.8. YAŞAM BOYU ANNE ÖLÜMÜ RISKİ (LIFETIME RISK OF MATERNAL DEATH: LTR) | 39 |
| 3.9. BEBEK ÖLÜMLERİ | 40 |
| 3.10. ANNE VE YENİ DOĞAN SAĞLIĞI..... | 41 |
| 3.11. CİNSİYETE DAYALI ŞİDDET | 42 |
| 3.12. KADIN SÜNNETİ | 43 |
| 3.13. YETİŞKİN VE ANNE ÖLÜMÜ | 43 |
| | |
| BÖLÜM 4 | 44 |
| YILLARA GÖRE NÜFUS POLİTİKASI | 44 |
| 4.1. SOMALİ..... | 50 |
| | |
| BÖLÜM 5 | 51 |
| HALK SAĞLIĞI..... | 51 |
| 5.1. TOPLULUK ÖZELLİKLERİ | 54 |
| | |
| BÖLÜM 6 | 61 |
| SOMALİ'DE AİLE PLANLAMASI..... | 61 |
| 6.1. DOĞAL KORUNMA YÖNTEMLERİ | 61 |
| 6.2. BARIYER METOTLARI | 62 |
| 6.2.1. Olumlu Yönleri..... | 62 |
| 6.2.2. Olumsuz Yönleri..... | 63 |
| 6.2.3. Kondom Kullanımını Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar | 63 |
| 6.3. SPERMİSİTLER (JELLER, KREMLER, FİTİLLER, KÖPÜREN TABLETLER)..... | 63 |
| 6.3.1. Olumlu Yönleri..... | 64 |
| 6.3.2. Olumsuz Yönleri..... | 64 |
| 6.4. DİYAFRAM..... | 64 |
| 6.4.1. Olumlu Yönleri..... | 64 |

| | <u>Sayfa</u> |
|--|---------------------|
| 6.4.2. Olumsuz Yönleri..... | 65 |
| 6.4.3. Diyaframin Kullanımı ile İlgili Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar | 65 |
| 6.4.4. Kullanılmaması Gereken Durumlar..... | 65 |
| 6.5. MODERN KONTRASEPTİF YÖNTEM..... | 65 |
| 6.6. HORMONAL METOTLAR..... | 66 |
| 6.7. PROGESTERON | 66 |
| 6.8. ÖSTROJEN VE PROGESTERONUN BERABER KULLANILDIĞI KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİFLER (KOK)..... | 70 |
| 6.9. PROGESTERONUN ETKİ MEKANİZMASI | 73 |
| 6.10. VAJİNAL HALKA | 74 |
| 6.11. UZUN ETKİLİ GERİ DÖNÜŞÜMLÜ KONTRASEPTİFLERE (LONG- ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTIVES -LARC)..... | 77 |
| 6.12. LEVONORGESTREL-ÖSTROJEN İKİLİ KOMBİNASYONU VE NORETİNDRON ASETAT HALKALARI | 78 |
| 6.13. KONTRASEPTİF KULLANIMININ ETKİLERİ..... | 81 |
| 6.14. KONTRASEPTİF VAJİNAL HALKALARIN GELECEKTEKİ GELİŞİMİ | 81 |
| 6.14.1. Nestoron / Etinilöstradiol Halkaları..... | 81 |
| 6.14.2. Progesteron Reseptör Modülatör Halkaları | 82 |
| 6.15. ORAL KONTRASEPTİF HAPLARIN KULLANIMI..... | 85 |
| 6.16. RAHİM İÇİ ARAÇ | 87 |
| 6.16.1. Aylık İğne | 88 |
| 6.16.2. Üç Aylık İğne | 89 |
| 6.16.3. Deri Altı Kapsülleri (Norplant) | 89 |
| 6.16.4. Cerrahi Sterilizasyon | 89 |
| BÖLÜM 7 | 91 |
| MUTİLASYONUN AİLE PLANLAMASINA ETKİSİ | 91 |
| 7.1. YAYGINLIK..... | 93 |
| 7.2. KÜLTÜREL BELİRLEYİCİLER..... | 94 |
| 7.3. SAĞLIK AÇISINDAN SONUÇLARI | 96 |
| 7.4. UZUN VADELİ KOMPLİKASYON OLARAK | 97 |
| 7.5. FGM/C'DE ADET SAĞLIĞI VE HİJYENİ..... | 98 |
| 7.6. OBSTETRİK VE PERİNATAL KOMPLİKASYONLAR | 99 |
| 7.7. CİNSEL SAĞLIK | 100 |

| | <u>Sayfa</u> |
|--|---------------------|
| 7.8. KAN VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR | 100 |
| 7.9. ANNE SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI..... | 101 |
| 7.10. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN SAĞLANMASI..... | 103 |
| | |
| BÖLÜM 8 | 105 |
| GEREÇ VE YÖNTEMLER..... | 105 |
| 8.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ | 105 |
| 8.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ | 105 |
| 8.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ | 106 |
| 8.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI..... | 106 |
| 8.5. VERİLERİN TOPLANMASI | 106 |
| 8.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... | 107 |
| 8.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI | 108 |
| | |
| BÖLÜM 9 | 110 |
| BULGULAR..... | 110 |
| 9.1. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR | 121 |
| 9.2. KADINLARIN OBSTETRİK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR. | 136 |
| 9.3. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER..... | 138 |
| | |
| BÖLÜM 10 | 161 |
| TARTIŞMA | 161 |
| | |
| BÖLÜM 11 | 173 |
| SONUÇ VE ÖNERİLER | 173 |
| 11.1. ÇIKARIM VE ÖNERİLER..... | 186 |
| 11.2. EK İSTATİSTİKSEL VERİLER | 188 |
| 11.3. TANIMLAR | 190 |
| | |
| KAYNAKLAR | 200 |
| | |
| EK AÇIKLAMALAR A. POWER ANALIZI..... | 217 |

| | <u>Sayfa</u> |
|--------------------------------|---------------------|
| EK AÇIKLAMALAR B. FORMLAR..... | 219 |
| ÖZGEÇMİŞ | 235 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

| | | |
|-------------|---|-----|
| Şekil 2.1. | Altı yaş ve üzeri kadın ve erkek nüfusun eğitim düzeyine göre yüzde dağılımı Yaşa ve cinsiyete göre kentsel, kırsal, göçebe ve toplam nüfus dağılımı..... | 14 |
| Şekil 2.2. | Hane ikamet yerine göre sahip olunan iletişim aygıtları yüzde mülkiyeti..... | 15 |
| Şekil 2.3. | Somali federal devlet yapısı coğrafi haritası..... | 19 |
| Şekil 3.1. | Kronik hastalıkların prevalansı. En az bir kronik hastalığı olan hanehalkı üyelerinin yüzdesi | 24 |
| Şekil 3.2. | En az bir kronik hastalığı olan, doktor tarafından teşhis konulan ve tedavi gören hanehalkı fertlerinin yüzdesi | 28 |
| Şekil 3.3. | Bir doktor tarafından teşhis edilen belirli kronik hastalıkları olan hanehalkı üyelerinin yüzdesi | 29 |
| Şekil 3.4. | Belirli engel türlerinden muzdarip insanların yüzdesi | 30 |
| Şekil 3.5. | Özürülerin özürülülüğe başladığı yaşa göre yüzde dağılımı..... | 31 |
| Şekil 3.6. | Araştırmadan önceki 12 ay içinde engellileri için her türlü bakım ve desteği alan engellilerin yüzde dağılımı..... | 33 |
| Şekil 7.1. | Wikipedia Commons. 2010. Female genital mutilation..... | 92 |
| Şekil 8.1. | Araştırmamızın Karabük merkezle olmak üzere toplam 15 ilin coğrafi haritası | 105 |
| Şekil 8.2. | Eğitim durumun ikili karşılaştırmalı | 109 |
| Şekil 9.1. | Eşlerin yaşları ve yaş farkı | 110 |
| Şekil 9.2. | Aile büyüklüğü (kardeş sayısı)..... | 111 |
| Şekil 9.3. | Kadınların eğitim durumu | 112 |
| Şekil 9.4. | Medeni durum | 112 |
| Şekil 9.5. | Evlilik süresi..... | 113 |
| Şekil 9.6. | Eş eğitim durumu | 114 |
| Şekil 9.7. | İş-çalışma durumu | 114 |
| Şekil 9.8. | Katılımcıların mesleki durumu..... | 115 |
| Şekil 9.9. | Eş çalışma-iş durumu | 116 |
| Şekil 9.10. | Eşinin mesleği | 116 |
| Şekil 9.11. | Gelir durumu | 117 |
| Şekil 9.12. | Aile tipi..... | 118 |

Sayfa

| | |
|--|-----|
| Şekil 9.13. Hane halkı sayısı | 118 |
| Şekil 9.14. Sağlık güvencesi | 119 |
| Şekil 9.15. Sağlık güvencesi temin şekli..... | 120 |
| Şekil 9.16. Evlilik yaşı | 121 |
| Şekil 9.17. Eş akrabalık durumu | 122 |
| Şekil 9.18. Akrabalık derecesi | 123 |
| Şekil 9.19. Aile çocuk sayısı | 124 |
| Şekil 9.20. İlk gebelik yaşı (orana göre) | 125 |
| Şekil 9.21. İlk gebelik yaşı, yaş aralığına göre | 125 |
| Şekil 9.22. İlk gebeliğin evlilikten kaç yıl sonra oldu?..... | 126 |
| Şekil 9.23. Kronik hastalığı..... | 126 |
| Şekil 9.24. Katılımcıların kronik hastalık durumu..... | 127 |
| Şekil 9.25. Birden fazla kronik hastalığı olan | 128 |
| Şekil 9.26. Doğum sayısı | 129 |
| Şekil 9.27. Gebelik sayısı..... | 129 |
| Şekil 9.28. Gebelik sayısı-oranı | 130 |
| Şekil 9.29. Gebelikleriniz planlı mıydı | 130 |
| Şekil 9.30. Kaç tane gebeliğiniz planlıydı?..... | 131 |
| Şekil 9.31. İstemedeen kaç düşük oldu? | 132 |
| Şekil 9.32. Son gebelik sonucu | 132 |
| Şekil 9.33. Son doğum şekli..... | 133 |
| Şekil 9.34. Sağlıklı gebelik için annenin olması gereken yaş | 134 |
| Şekil 9.35. Kaç yaşından sonra artık gebe kalmamalı | 135 |
| Şekil 9.36. İki gebelik arasında kaç yıl olmalı | 136 |
| Şekil 9.37. Bildiğiniz herhangi bir AP var mı? | 140 |
| Şekil 9.38. Bildiğiniz herhangi bir AP var mı? | 140 |
| Şekil 9.39. Bildiğiniz herhangi bir AP var mı? Toplam içinde % | 140 |
| Şekil 9.40. Tek yöntem bilen | 141 |
| Şekil 9.41. Birden fazla yöntem bilen..... | 141 |
| Şekil 9.42. Eşin AP hakkında bilgisi..... | 142 |
| Şekil 9.43. AP hakkındaki bilgiyi eşiyile mi aldı?..... | 143 |
| Şekil 9.44. AP bilgisini nerden aldıkları | 144 |
| Şekil 9.45. AP hakkında fikir/düşünce..... | 145 |

Sayfa

| | |
|---|-----|
| Şekil 9.46. Eşin AP hakkında fikri..... | 146 |
| Şekil 9.47. AP'ya nasıl karar veriliyor? | 147 |
| Şekil 9.48. Sağlık personelden danışmanlık alma durumu | 147 |
| Şekil 9.49. Alınan AP danışmanlığı yeterli olup olmadığı | 148 |
| Şekil 9.50. AP'nın eğitimini eşiyile beraber alıp almadığı | 149 |
| Şekil 9.51. Şuanda herhangi bir AP yöntemi kullanıyor musunuz? | 149 |
| Şekil 9.52. Hangi yöntem kullanıyorsunuz? | 150 |
| Şekil 9.53. Hangi yöntemi kullanıyorsunuz? | 151 |
| Şekil 9.54. Kaç yıldan beri bir AP yöntemi kullandığı | 151 |
| Şekil 9.55. Kullandığı AP yöntemini eşiyile mi seçtiği | 152 |
| Şekil 9.56. Kullandığınız AP yönteminde eş memnuniyeti | 153 |
| Şekil 9.57. Kullanılan yöntem hakkındaki düşünceler..... | 153 |
| Şekil 9.58. Kullandığınız AP yönteminden memnuniyet durumu | 154 |
| Şekil 9.59. Kullandığınız AP'den memnun olmama nedeni? | 155 |
| Şekil 9.60. Kullanılan AP yöntemini temin durumu..... | 155 |
| Şekil 9.61. Kullanılan AP yönteminin tercih nedeninin ne olduğu | 157 |
| Şekil 9.62. AP yönteminin tercihine fiyatın etkisi | 158 |
| Şekil 9.63. AP yöntemini kullanmama nedeni..... | 159 |
| Şekil 9.64. Kullanmaya bıraktınız yöntem oldu mu?..... | 160 |
| Şekil 9.65. AP yöntemini bırakma nedeni | 160 |

ÇİZELGELER DİZİNİ

| | <u>Sayfa</u> |
|---|---------------------|
| Çizelge 3.1. Kronik hastalıkların prevalansı | 23 |
| Çizelge 3.2. Bir doktor tarafından teşhis edilen kronik hastalıkların prevalansı | 25 |
| Çizelge 3.3. Spesifik kronik hastalıkların prevalansı | 27 |
| Çizelge 3.4. Özürlülerin özgeçmiş özelliklerine göre özürlülüğün başladığı yaşa göre yüzde dağılımı, SHDS 2020 | 32 |
| Çizelge 3.5. Son 12 ayda engellileri için herhangi bir bakım ve destek alan engellilerin özgeçmiş özelliklerine göre yüzde dağılımı | 34 |
| Çizelge 3.6. Kökenine göre özürlülerin yüzde dağılımı | 35 |
| Çizelge 3.7. Beş yıllık yaş gruplarına göre, anketten önceki iki yıl için kadın ve erkek ölüm oranlarının doğrudan tahminleri, SHDS 2020..... | 36 |
| Çizelge 3.8. Araştırmadan önceki 24 ay içinde nedene göre ve kadının üreme yaşına karşılık gelen yaş grubuna göre kadın ölümleri..... | 37 |
| Çizelge 3.9. MICS 2000 Somali için örneklem büyüklüğü hesaplaması | 41 |
| Çizelge 6.1. Reproduced with kind permission from FSRH UKMEC 2016..... | 82 |

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|---------|--|
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| AÇS | : Anne ve Çocuk Sağlığı |
| AIDS | : Edinilmiş İmmün Yetinlik Sendromu |
| AP | : Aile Planlaması |
| API | : Active Pharmaceutical Ingredient (Aktif Farmasötik Bileşen) |
| ARI | : Acute Respiratory İnfections (Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu) |
| BM | : Birleşmiş Milletler |
| C/S | : Cesarean Section (Sezaryan) |
| CONRAD | : Contraceptive Research and Development Program (Kontraseptif Araştırma ve Geliştirme Programı) |
| CVR | : Contraceptive Vaginal Rings (Kontraseptif Vajinal Halkalar) |
| DK | : Doğum Kontrolü |
| DNA | : Deoksiribo Nükleik Asit |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| EC | : Emergency Contraceptive (Acil Kontraseptif) |
| EMA | : European Medicines Agency (Avrupa İlaç Ajansı) |
| ENG-IMP | : Etonogestrel İmplantı |
| FABM | : Fertility Awareness Based Methods (Doğurganlık Farkındalığına Dayalı Yöntemler) |
| FDA | : Food and Drug Administration (Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi) |
| FFP | : The Fund for Peace (Uluslararası Barış Fonu) |
| FGM/C | : Femal Genital Mutilation / Cutting (Kadın Genital Mutilasyon/ Kesme) |
| FMS | : Federal Member States (Federal Üye Devletler) |
| FSH | : Folikül Uyarıcı Hormon |
| GBV | : Gender Based Violence (Cinsiyete Dayalı Şiddet) |
| GFR | : General Fertility Rate (Genel Doğurganlık Hızı) |

| | |
|---------|--|
| GnRH | : Gondotropin Salgılayıcı Hormon |
| GSYİH | : Gayri Safi Yurtiçi Hasılası |
| HB | : Hemoglobin |
| HDI | : Human Demographic Index (İnsan Demografik İndeksi) |
| HDL-C | : High-Density Lipoprotein Cholesterol (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein Kolesterolü) |
| HIV | : İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü |
| HSV | : Herpes Simpleks Virüs |
| KGM | : Kadın Genital Mutilasyonu |
| KOK | : Kombine Oral Kontraseptif |
| LAFP | : Long-Effective Family Planning (Uzun Etkili Aile Planlaması) |
| LARC | : Long-acting Reversible Contraceptives (Uzun Etkili Geri Dönüşümlü Kontraseptifler) |
| LH | : Lüteinize Edici Hormon |
| LNG | : Levonorgestrel Halkalar |
| LNG-IUS | : Levonorgestrel İntrauterine Systems (Levonorgestrel Rahim İçi Sistemleri) |
| LTR | : Lifetime Risk of Maternal Death (Yaşam Boyu Anne Ölümü Riski) |
| MMEIG | : Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (Anne Ölümleri Tahmini Kurumlar Arası Grup) |
| MMR | : Maternal Mortality Rate (Anne Ölüm oranı) |
| MPT | : Multipurpose Prevention Technologies (Çok Amaçlı Önleme Teknolojileri) |
| NES | : Nestoron Halkalar |
| NOMAC | : Nomegestrol Acetate (Nomegestrol Asetat) |
| OCP | : Oral Contraceptive Pill (Ağızdan Alınan Kontraseptif İlaç) |
| OECD | : Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) |
| PK | : Progesteron Farmakokinetiği |
| PR | : Progesteron Reseptörü |
| PRM | : Progesteron Reseptör Modülatörünü |
| PRMR | : Pregnancy-Related Mortality Rate (Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı) |
| PVR | : Progesterone Vajinal Ring (Progesteron Vajinal Halka) |

| | |
|--------|--|
| RİA | : Rahim İçi Araç |
| SB | : Sağlık Bakanlığı |
| SHBG | : Seks Hormonu Bağlayıcı Globülin |
| SHDS | : Safety and Health Data Sheet (Güvenlik ve Sağlık Bilgi Formu) |
| TBA | : Traditional Birth Attendance (Geleneksel Doğum Yardımcısı) |
| UNFPA | : United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) |
| UNICEF | : United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) |

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. KONUNUN ÖNEMİ VE PROBLEMİN TANIMI

Aile Planlaması (AP), “çiftlerin ve bireylerin istenilen sayıda çocuğu planlamak, elde etmek, doğumlarının aralığını ve zamanlamasını düzenlemek için ortaya koydukları bilinçli çabası” olarak tanımlanmaktadır (IPPF, 2011). Kaynak kısıtlaması olan ülkelerde kadın fazla hamilelik istemediği halde hamile kalabilmektedir. Dolayısıyla modern doğum kontrol yöntemlerini de kullanma imkânına sahip olamamaktadır. Bu da Anne ve Çocuk Sağlığı (AÇS) üzerinde yüksek etkili artan doğurganlık oranlarına katkıda bulunmaktadır (Salisbury et al., 2016). Sosyo-kültürel gerçeklikler, ekonomik sorunlar ve psikolojik normlar, eğitim eksikliği, yanlış bilgilendirme gibi faktörlerden dolayı AP uygulaması kısıtlanabilmektedir (Sharma et al., 2012). Ayrıca ilaçların yan etki yapma korkusu, hizmetlerin kullanılmamasına neden olmaktadır. İlave olarak erkeğin tercihleri diğer zorlayıcı nedenler olarak sıralanabilir (Kamruzzaman and Hakim, 2015; Schultz et al., 2018). Bazı kadınlar için erkek partnerleri, sosyal damgalama, aile baskısı ve ailedeki büyüklerin AP kullanımını da caydıran onaylamama gibi çeşitli nedenlerle AP uygulamalarına izin vermemektedirler (Gonie, 2018).

Aile planlaması birçok yönü ile hayat kurtarma gücüne sahiptir. Ancak, bugün gelişmekte olan dünyada 200 milyondan fazla kadın hamile kalmak istememektedir. Fakat ne yazık ki modern doğum kontrolü kullanılmamaktadır. Özellikle implantlar gibi Uzun Etkili Aile Planlaması (Long-Effective Family Planning -LAFP) yöntemleri, uzun etkili kontraseptifler bir insan hakkıdır ve kadınların güçlendirilmesi için gerekli olduğu kadar yoksulluğu azaltma, ekonomik büyümeyi destekleme, kadın verimliliğini artırma, doğurganlığı azaltma çabalarının merkezindedir (Geburu et al., 2015)

Bugün için dünyada hızlı nüfus artışı özellikle bazı ülkelerde hafifletilmesi gereken önemli bir endişe kaynağı haline gelmiştir. Yüksek nüfus, kıt olan kaynaklar için mücadeleye yol açmıştır. Böyle giderse ulusal kaynakların nasıl bölüneceğini planlamak da zordur. Bu durum; ekonomide bir düşüş trendi nedeni haline gelmiştir. Yüksek nüfusun insan emeğinin artması gibi avantajları varsa da gerekenden fazla olduğunda, geçim kaynağı olarak suçlarda artış ve toplumsal kontrol tehlikeleri oluşturur. Sokak çocuklarının sayısı, daha iyi bir ekonomi yönetimi için nüfus artışını engellemeyi zorunlu kılar. Bundan dolayı da istenmeyen gebelikler hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkeler için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Planlanmamış/yanlış gebelikler genellikle kontraseptiflerin etkisiz kullanılmasına ve istenmeden indüklenen kürtajlara neden olabilir. Milyonlarca kadının çocuk doğurmasını ertelemek veya ailelerinin büyüklüğünü sınırlamak istemesi ile gelişmekte olan ülkelerde istenmeyen gebelikler önemli bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde aynı doğum kontrol kullanımı anne ölümlerinin sayısını % 44 azaltabilir. Böylece 120 milyonluk bir nüfustan yaklaşık 270000 ölüm önlenir. Daha da önemli olan doğum kontrolüne olan talebin tamamı karşılanırsa % 73'ünü önleyebilir (Kei et al., 2015).

Üreme çağındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm nedenleri, hamilelik ve çocuk doğumu sırasında ortaya çıkan komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır. DSÖ'ye (Dünya Sağlık Örgütü) göre, aile planlaması, aile grubunun sağlığını ve refahını teşvik etmek ve böylece sosyal gelişimine etkin bir şekilde katkıda bulunmak amacıyla, bireyler ve çiftler tarafından bilgi, tutum ve sorumlu kararlar temelinde, gönüllü olarak benimsenen bir düşünme ve yaşama biçimi olarak tanımlanmaktadır (Pegu et al., 2014).

Kontrasepsiyon yöntemlerinde özellikle kontrollü kullanımı amaçlayan uzun süreli kontrasepsiyon söz konusu ise; kontrasepsiyonun ihtiyaç olup olmadığı, hangi düzeyde ihtiyaç bulunduğu, ne şekilde ve hangi yöntemlerle sağlanacağı, tercihlerin ve niyetlerin hangi yöne evrildiği, toplum bazlı sosyolojik planlamanın durumu göz önünde tutulmak zorundadır. Gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızı eksiye doğru (%-) evrilirken, Afrika ülkelerinde artış hızı çok yüksektir. 2021 yılı itibarıyla; Litvanya, beyaz Rusya, Rusya Federasyonu, Romanya, Estonya, Macaristan, Ermenistan,

Polonya, Hırvatistan, Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Çek Cumhuriyeti, Japonya, Küba'da nüfus artış hızlarıeksiye düşmüştür. Öte yandan Örneğin; Somali, Cibuti, Etiyopya, Gambiya Mali, Çad gibi ülkelerde nüfus artış oranı %5-8 aralığındadır (Becker and Morrison, 1988; Akinbode et al., 2022; Tessema, 2022).

Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, yüksek doğurganlık oranları nedeniyle hızlı bir nüfus artışı yaşanmaktadır. Yüksek doğum oranları, ölüm oranlarındaki azalma, düşük yaygınlığı ve doğum kontrolü kullanımı, birçok ülkedeki hızlı nüfus artışı için esas faktörlerden bazılarıdır. Doğum kontrolü, arzu edilen bir aile büyüklüğüne ulaşmak için doğumları sınırlamanın ve ideale ulaşmanın özgün ve kaçınılmaz tek yoludur (Bongaarts, 2020; Atake and Ali, 2019).

Doğum kontrolü ayrıca kadınların üreme sağlığını iyileştirmeye de yardımcı olur. Böylece hem anne hem de çocuk morbiditesi azalır. Distal demografik ve sosyo-ekonomik faktörler, eş iletişimi, kadınların kültürel olarak cinsel güçlenmesi, hizmete erişim, aile planlaması hakkındaki tutum ve bilgilere ulaşım düzeyi az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde nisbeten zayıftır (Adane, 2013).

Bu hususların gelişmesi için proksimal faktörler yoluyla kontraseptif kullanımı etkinleştirilir ise iyi bir çözüm gibi durmaktadır. Dünya çapında yaklaşık 75 milyon gebelik plansız/istenmeyen gebeliktir. İstenmeyen gebelikler birçok nedenden dolayı olur. Belki de ilk planda "insan" denilen varlık için yüz karası olan tecavüz zikredilmelidir. Cinsel ilişkide bulunan insanların doğum kontrolü hakkında hiçbir bilgisi olmaması, doğum kontrol hapı alamamaları, genç-bilinçsiz olmaları, partnerleriyle doğum kontrol hapı kullanmayı tartışamamaları, kullandıkları kontraseptiflerin etkilerinin abartılması, birçoğunun teknolojik yenilikleri yadırgaması, korkması, çekince koyması düşünce ön planında bir ön yargıya neden olur ki, burada akla dayalı bilinç çalışmaz ve bu nedenle geleneksel yöntemler kullanılır. Bunları da modern kontraseptifler yerine kullanabilecekleri bilinçaltına yerleşiktir. Bunun sonucu olarak da; istenmeyen gebelikler, çoğu tamamlanamamış gebelik süreleri, ciddi sonuçlara yol açan hijyenik olmayan durumlardan ötürü sıklıkla iptal edilen hamilelikler ortaya çıkar. Dünya genelinde yaklaşık 46 milyon gebeliğin

(toplam gebeliklerin % 22'si ve istenmeyen gebeliklerin % 61'i) iptal edildiği tahmin edilmektedir (Tiwari, 2012).

Doğurganlık ve gelecekteki öngörülen nüfus artışı, Sahra altı Afrika'da dünyanın diğer bölgelerinden çok daha yüksektir. Zaten mütevazı olan doğum oranlarındaki düşüş son on yılda daha da yavaşlamıştır. Kontrolsüz nüfus artışının Afrika'da kalkınma ve sağlık hedeflerine ulaşmada engel teşkil ettiği endişesi bugün için dün kadar olmasa da ciddi bir problemdir. Dünyanın diğer bölgelerinde tanık olunduğu gibi doğurganlığın ancak nüfusun etkili modern doğum kontrol yöntemlerinin benimsenmesi durumunda azalacağı varsayımı üzerine kurulu olan mevcut çalışmaya yol açmıştır (Cleland et al., 2011). Erken dönemde etkin planlanmamış gebeliklerin ergenler üzerindeki etkileri, özellikle kadınlar ve gelecekteki kariyer seçenekleri açısından elde edilecek eğitim ilerlemesini veya eğitim seviyesini etkilemek gibi olumsuz sonuçlarla yıkıcı olabilir. Ayrıca sosyo-kültürel bir regresyona, toplumsal bir içe çekilmeye ve sosyoekonomik yoksunluğuna yol açabilir. Bu durum ergen gençlerin sosyo-kültürel davranış kalıbını da değiştirebilir. Zaten ergen cinsel davranışı genellikle bireysel arzuların, sosyal ve kültür etkilerin, sosyal etkileşimlerin ve kültürlerindeki değişikliklerin de içinde olduğu birden çok daha fazla faktörden etkilenir (Komey, 2016).

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğu yüksek doğurganlık oranları nedeniyle hızlı bir nüfus artışı yaşamıştır. Yüksek olan doğum oranları, ölüm oranlarındaki düşüş, düşük yaygınlığı ve doğum kontrolü kullanımının azlığı bu ülkelerdeki hızlı nüfus artışı için hesaba katılabilir faktörlerden bazılarıdır. Doğum kontrolü (DK) arzu edilen aile büyüklüğüne ulaşmak için doğumları sınırlamanın ve ideale ulaşmanın rasyonel tek yoludur. Doğum kontrolü kadınların üreme sağlığını iyileştirmeye yardımcı olur, böylece anne ve çocuk morbiditesini azaltır. Distal demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin telafisi tam da bu noktada gereklidir (Adane, 2013). Eşlerin doğru ve verimli karar birlikteliği dediğimiz eş iletişimi, kadının cinsel bilgi yükünün arttırılarak güçlendirilmesi, cinsel sağlık hizmetine erişim süresi ile onun etkinliği AP hakkında tutum ve bilgilerin içselleştirilmesi bu hususun olmazsa olmazıdır. Bu parametreler kontraseptif'in verimli kullanımını etkilediği gibi içselleştirilebilecek bilgi kaynağının verimli ve yenilenebilir olmasından da etkilenir.

Dünya çapındaki nüfus artışı, 1960'ların sonunda yıllık % 2,1'lik tarihi zirvesinden bugün % 1,7'ye gerilemiştir. Bununla birlikte, Sahra Altı Afrika hala dünyadaki en yüksek doğurganlık ve nüfus artış hızıyla karşı karşıyadır. Etiyopya, % 2,9'luk, Somali 6,9-7,2'lik bir tahminle yüksek doğal nüfus artışı oranına sahip ülkelerdendirler. Etiyopya, son zamanlarda aile planlaması programları ve sağlayıcıları, kadınların yanı sıra erkekleri de aile planlamasına dâhil etmenin daha iyi bir program etkinliğiyle sonuçlandığını görmektedir. 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, aile planlaması programları ile sağlayıcılarının hem erkekleri hem de kadınları ortaklaşa karar vermeye, kadını yorum ve karar sahibi uygulayıcı kılmaya teşvik eder, önde tutar (Tolassa, MD, 2004).

Yeryüzünde, üreme çağındaki kadınlar (15-49 yaş) belki evli ya da evli değil çoğu modern aile planlaması yöntemleri hakkında çok az veya yanlış bilgi sahibidir. Afrika gibi az gelişmiş ülkelerin olduğu geniş coğrafyalarda genellikle doğum kontrol haplarının isimlerini bildiklerinde bile, onları nereden alacaklarını veya nasıl kullanacaklarını bilmiyorlar. Bu kadınlar aile planlaması konusunda olumsuz tutum sergilerken, bazıları kulaktan dolma yanlış ve yanıltıcı bilgileri duymuştur. Modern aile planlaması yöntemlerinin bilgi, tutum ve kabulü arasındaki zayıf ilişkilendirmeler, modern kontrasepsiyonun olumlu ve olumsuz yönleri hakkında kadınların algısında değişime dikkat çeker. Böylece, modern yöntemleri kullanma konusundaki isteksizliğin korkudan, bilinçsizlikten kaynaklandığına hükmedilebilir. Korkuların başlıca nedeni ise yöntemleri kullanımın kısırlığa neden olacağı, zarar verici yan etkilerinin olduğu ve üreme sağlığına zarar vereceği endişe ve tedirginliğidir (Babatunde and Evelyn, 2017).

Aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasının arttırılması yalnızca sağlıkla ilgili sonuçları iyileştirmekle kalmaz, anne-bebek ölümlerini, özürlü olma durumlarını dolayısıyla sosyal olarak topluma bindirilecek yükü de hafifletir. Özellikle genç kız ve kadınlar için sağlıklı bir AP bilinci, eğitim-kültür düzeyini, ekonomik sonuçları, bireysel, sosyal iyilik ve esenlik düzeyini de geliştirir (Royer et al., 2020). Ortalama doğum oranlarının % 2-2,6 aralığında olması durumunda toplum kendi yenilenmesini optimize ederken bu oran örneğin uzun yıllara çatışmaya maruz kalan Somali gibi % 6-7 gibi rakamlara çıktığında gelir, sosyal yaşam, eğitim, aile bakım, medeni haklardan

yararlanma gibi temel insanı haklardan istifade etme düzeyi azalır (Gele et al., 2021)Bu durumun sonucu olarak, sağlıksız bir sosyal yapının oluşması, toplumsal bir kaosun oluşmasına ve insani hizmetlere erişim refahının önce azalmasına sonra da yok olmasına neden olur. Bunun tabii bir sonucu olarak da sosyo-ekonomik dağılımdaki adaletsizlik beraberinde göçleri, toplumsal krizleri ve toplum içinde büyük insanı krizlerin nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkar (Oshora et al., 2021).

Aile planlamasının doğru, etkili ve optimum şekillenmesi önemli bir hadisedir. Bunda toplumsal parametreler, aile yaşam biçimleri, gelenek, töre, inanışlar, ekonomik ve sosyo demografik yapı ile ülkelerin yönetim becerileri önem arz eder. Az gelişmiş ülkeler için aile planlaması çok değişik nedenlerden dolayı yapılamadığında toplumsal olarak ciddi riskleri de beraberinde getirir. En önemli örnek olarak Sahra altı Afrika ülkelerini vermek mümkündür. Somali bunun önemli bir temsilidir. Somali'de iç savaş sırasında merkezi bir hükümetin olmaması, sağlık hizmetlerinin yerel olarak yönetilememesine neden oldu (WRC, 2011). Bunun sonucunda ulusal sağlık planları ve politikaları yanlış yönetildi. Aynı şekilde mevcut olan da yanlış yönlendirildi. Somali'de üreme sağlığı üzerine yayınlanmış araştırmalar az olsa da, üreme sağlığı endeksleri kasvetli bir tablo çizmektedir. Ekonomik yapının çok zayıf olması, bilgi iletişim unsurlarının çok az kullanılması, merkezi yönetimin kentsel ve kırsal kesimlerde yeterli hâkimiyeti sağlayamamış olması aile planlaması hakkında toplumsal bilgi düzeyini dolayısıyla beceri ve niteliğini olumsuz etkilemiştir. Bu etkilenimden en çok kırsal kesim zarar görmüştür. Buna geleneksel kabile yapısı, inanç ve efsanelere dayatılmış mitler eklenince durum daha vahim bir hal almaktadır. Toplumsal refah düzeyi yüksek, bilgi iletişim teknolojilerine hâkim ve ülkesinin her kesimine az ya da çok sunabilen ülkeler bu konuda daha şanslıdır (Ahlburg, 1996; Doan et al., 2023).

Az gelişmiş ülkelerdeki doğum kontrolü bilinç, tutum, davranış formasyonu ile az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere göç eden bireylerdeki aynı değerler farklılaşmaktadır. Çok değişik sebeplerden dolayı az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere giderek bir dönem kalmak zorunda olan bireylerde aile planlamasının bilinci, aile planlamasının gerekliliği, toplumlar ve milletler için neden vazgeçilmez olduğu, modern toplumların nüfus envanterini nasıl bu yol ile düzenlediklerini görme imkânına

sahip oluyorlar. Afrika'dan özellikle Sahra altı Afrikasından Avrupa Birliği, Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye gibi gelişmiş ülkelere gelerek eğitim gören ya da bir süre orada ikamet eden bireylerde sosyokültürel değişimlerin önemli bir parametresi de aile planlaması sağlık hizmetlerinin sunum kalitesidir. Bu kültür tutum ve davranış değişikliği zaman içerisinde bireysel çevreden sosyal çevreye de sirayet edebilmektedir.

Kontraseptif yöntemler hem bireysel korunmada hem de hastalıkların tedavisinde kullanılabilir. Obstetrik alanına ilişkin çok yönlü kullanım kontraseptifler de tabiri yerindeyse zirve bir noktadadır. Ancak ürünlerin geliştirilmesi, uyuncun oluşturulması, insan eğilimlerinin takip edilmesi, ihtiyaçların belirlenmesi, ihtiyaç duyulan alanlara yeterli miktarda ulaştırılabilmesi bugün için de dünyanın önemli bir problemi. Potansiyel üreme yılları; yani menarş ile menopoz arasındaki yıllar doğurganlık verimi yüksek yıllar olarak kabul edilirse bir kadının yaşam süresinin yaklaşık yarısını oluşturur. Yaşam beklentilerinin genellikle daha kısa olduğu az gelişmiş ülkelerde bu oran biraz daha fazladır.

Gelişmiş olan ülkelerde menarş ile ilk cinsel deneyim arasındaki yıllar ve bundan sonra evliliğe kadar olan dönem bu sürenin ortalama % 10-15 ini oluşturmaktadır. Bu gerçek kontraseptif yöntemlere karşı olan tutumu da değiştirmektedir. Her iki aşamada da hamileliğin önlenmesi veya sürece bağlı olarak ertelenmesi talep edilir. Yine evlilik ile ilk doğum arasındaki yıllar gelişmiş ülkelerde daha uzun, az gelişmiş ülkelerde oldukça kısadır. Yine evlilik sonrası ilk doğumu ile arzu edilen aile büyüklüğüne ulaşma hedefi arasındaki dönem doğurganlık oranları ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişir. Arzu edilen aile büyüklüğüne ulaşılması ile menopoz arasındaki yıllar gelişmiş ülkelerde daha uzun bir süreci kapsarken az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde bu süreç oldukça kısadır. İlk doğurganlık ile arzu edilen aile büyüklüğüne ulaşma hedefi arasındaki süreç içerisinde meydana gelen doğum sayısı, bu doğumların güçlük derecesi, ertelenen ya da korunan doğum miktarı, kürtaj durumu, korunma düzeyi, korunmada kullanılan ilaç ya da ekipman ile korunma gereksinimi eğilimleri değişkendir. Buna göre 20 ila 45 yaşları arasında cinsel olarak aktif olan ve çocuk isteyen bir kadının yaklaşık 20 - 25 yıllık aktif doğurganlık dönemi boyunca gelişmiş ülkelerde dünyaya getirdiği çocuk sayısı 1 ila 4 arasında değişirken gelişmekte olan

ülkelerde bu rakam 1-4 oranında daha fazladır. Gelişmemiş ülkelerde bu rakamın ortalama 3 katından daha yüksektir. Bu değerlendirmeye göre; 20 ila 50 yaşları arasında cinsel olarak aktif ve doğurabilir kadınların korunma beklentileri toplamda toplam aktif dönemin % 80 inden daha fazladır (Phiri et al., 2023; Negash et al., 2023).

Bu dönem içerisinde korunma; ilaç ya da ekipmanına sahip olma, tercih edebilme özgürlüğü, tercih ettiğine ulaşabilme imkânı ve fırsatı her toplum için değişkendir. Aktif doğurganlık döneminde gerek endometriyal yenilenme, gereksten kontraseptif olarak kullanılan ilaçların etkisi ile bulaşıcı hastalıklara karşı korunma nispeten daha iyi durumda iken postmenopozal dönemde meydana gelen yapısal değişiklikler göz önüne alındığında dış saldırılara karşı kadın obstetrik alanı daha çok saldırıya maruz kalır. Sosyo demografik yapı, kültür, eğitim durumu, ekonomik durum, basın yayın iletişim araçlarına ulaşabilme imkânı, kendi kararlarını verebilmek noktasında geleneksel töreye bağlı olup olmamak gibi birçok parametre kontraseptif kullanımı üzerinde etkin rol oynar (Robinet et al., 2023). Dünyanın hemen birçok yerinde kadınların istediklerini söyledikleri çocuk sayısı ile gerçekte sahip oldukları çocuk sayısı arasında genellikle bir korelasyon mevcut değildir. Bunun da nedeni kontrasepsiyona ulaşabilme imkânı, sosyal kültürel toplumsal özellikler gibisi faktörlerin dışında istenmeyen doğumların doğru planlanmaması ve zamanlama da yapılan hataları barındırır. Kontraseptif kullanımı noktasında niyet, tercih ve uygulama hemen her coğrafyada değişkendir. Örneğin Sahra altı Afrika da son doğumların yaklaşık dörtte biri istenmeyen gebeliklerden oluşur. Kuzey Afrika ve Orta Doğu bölgesinde son doğumların hemen yarısı zamansız doğumlardan ziyade istenmeyen niteliktedir. Aynı bölgelerde kürtaj oranım % 18 dolaylarındadır (Asmamaw et al., 2023; Moreau et al., 2023).

Çin ve Endonezya gibi nüfus planlamaları sıkı tutulan bölgelerde; üreme isteği daha yüksek olmakla beraber sahip olunan çocuk sayısı ile hedeflenen ve istenen çocuk sayısı arasında uçurum vardır. Evlilikten hemen sonra çok yakın bir zamanda çocuk sahibi olma ihtiyacı Afrikadan-Ortadoğu'ya evliliğin neredeyse ön şartı gibidir ve evlilikten sonraki 18 ay içinde gerçekleşir. Her şeyden önce sosyoekonomik durum, medeni durum ve obstetrik olarak aktif dönem içindeki kadınlar istenmeyen gebelikler havuzuna katkıda bulunur. Bu durum 20 ila 50 yaş arasında her dönemde olabildiği

gibi daha erken yaşlarda yani 20 ile 35 yaş arasında daha sık görülür. Evli kadınlar arasında iki çocuktan sonraki 10 hamilelikten dördü yanlış ya da istenmeyen gebeliklerdir (Ameyaw et al., 2019). Gelişmiş ülkelerde bundan dolayı kürtaj insidansı daha yüksektir. Dünya çapında her yıl 40 ile 60 milyon dolayında kürtaj 1991 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerinde gösterilmiştir. Bunların yaklaşık olarak yarısı veya bir miktar daha fazlası güvenli olmayan uygulamalar şeklindedir. Bunun temel nedenlerinden bir tanesi anne-çocuk sağlığına ilişkin yeterli ebe bilgisinin verilmemesi ve korunma yöntemlerinin yeterli düzeyde içselleştirilmemesini içerir. Sağlık personeli tarafından doğru eğitilmiş bireylerde korunmanın yöntemleri, kontrasepsiyonun teknikleri ve uygulanabilirliği yeterli miktarda verilmiş olursa hayati risk taşıyan kürtaja ihtiyaç azalır. Güvenli olmayan kürtaj sadece gelişmekte olan ülkelerde değil gelişmiş ülkelerde de büyük bir risk olarak orta yerde durmaktadır. Güvenli olmayan kürtajın en büyük komplikasyonu anne ölümleridir. Anne ölümlerinin kürtaja bağlı meydana gelme oranı az gelişmiş ülkelerde % 98 lere kadar varmaktadır. 1980'lerin başında Etiyopya'nın Addis Ababa kentinde yapılan iyi tasarlanmış bir çalışma, bu şehirdeki anne ölümlerinin yüzde 54'ünün yasadışı kürtaj nedeniyle olduğu gösterilmiştir. Kontrasepsiyonun yaygınlaşması ile beraber kürtaj hadisesi de azalmış dolayısı ile kürtaja bağlı ölüm oranı oldukça düşmüştür. Ölüm dışında enfeksiyonlara açık olmak bulaşıcı hastalıklara açık olmak doğurganlığı kaybetmek gibi risklere de açık bir olaydır (Stillman et al., 2023; Ahinkorah, 2020).

1.2. HİPOTEZİMİZ VE ÇIKIŞ NOKTAMIZ

Son yarım asır içerisinde yerinden edilerek mülteci durumuna düşürülen, sürülen, kıtlık, açlık gibi yaşamsal nedenlerle yer değiştiren, daha iyi bir eğitim için belli bir süre ülkesinden ayrılan, ya da savaşlar ve zorbalıklar yoluyla kendi topraklarını terk ederek değişik coğrafyalara yerleşen çok fazla miktarda insan mevcuttur. Teknolojik refah asrı olarak nitelendirilen 21. yüzyılda herhangi bir nedenden dolayı yerinden edilmiş olan mülteci ve göçmenleri sahiplenmek son derece zor hale gelmiştir. Müreffeh ülkelerin refahlarını paylaşmak istememeleri, artan refaha karşı ahlak, paylaşım, eşitlik, hakça bölüşüm, adalet gibi değerlerin son derece azaldığı bir asır olmuştur. Böyle bir dönemde Türkiye birçok mülteciye, eğitim amaçlı öğrenciye, evsiz barksız ve yetime kol kanat germiştir. Refah sahibi ülkelerin bu ikircikli tutumları,

yeryüzündeki sosyo demografik değişimi, gıdaya ve en düşük sağlık hizmetine erişimlerini dünyanın büyük kitleleri için ulaşılamaz kılmıştır. İnsanlık tarihi belki bir gün yaratılmışlar arasındaki farklılığın en derin uçurumlarla bezeli olduğu günümüzün Sosyo-stratejik çıkmazları beyaz sayfaya dökülecektir.

Afrika ülkelerinden de hemen her ülkeden eğitim amaçlı öğrenciler tedavi amaçlı hastalar ticari amaçlı iş adamları bu dönem içerisinde Türkiye'de bulunmuşlardır. Bundan dolayı da Türkiye'de çok fazla Somalili kadın yaşamaktadır. Bu kadınların Türkiye'ye gelmeden önceki inanışları, kültürleri, sağlığa yaklaşımları, aile planlaması algılama ve tutumlarını Türkiye'ye geldikten sonra ne şekilde değiştiği merak konusudur. Bunun için Somalili kadınların Türkiye'deki yaşam sürecinde geçmişteki deneyimleri ne şekilde algıladıkları ve bu algıların sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetlerini algılama düzeylerinde ne gibi değişiklikler yaptığı ortaya konulmaya çalışılabilir. Somali, kadınların AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalarının güç ve anne-bebek sağlığını etkileyen aşırı doğurganlığı önlemenin çok zor olduğu bir Afrika ülkesidir.

Aile planlaması hakkında bilgi, tecrübe, görgü sahibi olunması, bu konuya ilişkin bir özgüven oluşması, kadın ve çocuk sağlığının yanı sıra toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ile bireylerin sağlıklı toplumu hedeflemesi için de hayati öneme sahiptir. Yanlış bilgi, inanış, uygulamalar, bilgiye, görgüye dayalı eğitim, bilinç ve algıların değişimi ile mümkündür. Bugün için sadece Karabük'te yaşayan Somalili öğrenci sayısı 600 civarındadır. Diğer 80 vilayette birçok Somalili öğrenci ve sivil yaşamaktadır. Bu insanların Türkiye'ye geldikten sonra hayat tarzları, algıları, davranış, tutum, bilinç ve dünyaya bakış açıları az ya da çok değişmiştir. Bu değişim erkek-bayan ayırt etmeksizin bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşma, yeterli miktarda sağlık ve tedavi hizmeti alabilmek, aileyi planlayabilmek, planlarken eşiyile beraber karar verebilir olmak, doğru planlanacak bir nüfusun gelişmeye esas olduğunu anlamak noktasında çok yol kat edildiği söylenebilir.

Biz de Türkiye'de yaşayan Somalili bireylerin aile planlaması algı ve tutumlarının ne şekilde değiştiği eğitimin, sosyal refahın, vizüel müşahedenin, modern toplum yapısının nasıl bir değişime önder olduğunu merak ettik. Somalili kadınların

Türkiye’de buldukları süre öncesinde ve içerisinde AP yöntemlerini kullanma durumunun nasıl etkilendiği, algıların ne şekilde değiştiği, AP kullanımına yönelik tutum belirleme, davranış geliştirme ve içselleştirmede ne düzeyde olduğunun araştırılmasını hedefledik.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI

•

Bu araştırma Türkiye’de yaşayan 15-49 yaş arası Somalili kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma durumlarının ve AP yöntemleri kullanımına yönelik plan ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Türkiye’de yüksek miktarda Somalili kadın yaşamaktadır. Bu kadınların Türkiye’ye gelmeden önceki AP inanışları, kültürleri, sağlığa yaklaşımları ile aile planlaması algılama ve tutumlarının Türkiye’ye geldikten sonra ne şekilde değiştiği ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Bu amaç doğrultusunda Somalili kadınların Türkiye’deki yaşam sürecinde geçmişteki AP deneyimleri, ne şekilde algıladıkları, sağlık hizmetleri erişimi ve sağlık hizmetlerin algılama düzeylerinde ne gibi değişimler olduğu çalışılmıştır. Somalili kadınların AP yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaları, anne ve bebek sağlığını etkileyen aşırı doğurganlığı önlemek hem eğitim hem de Sosyo-kültürel yaşam içeriği ile ilgilidir. Bu husus kadın ve çocuk sağlığı ile eş güdümlü toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için hayati bir öneme sahiptir. Bundan dolayı da bireylerin inanışlarının, yanlış bilgi ve uygulamalarının AP yöntemlerini kullanma durumunun düzeyini etkilemesi söz konusudur.

Bu etkilenmenin önlenmesi için AP kullanımına yönelik olumlu tutum geliştirilme düzeyinin öğrenilmesi hedeflenmiştir. Burada öğrenile gelen tutum ve davranışların düzeltilmesi, yeni ve doğru bilgilerin ilavesinin olması kaçınılmazdır. Böylece sosyal etkileşim içerisinde her bireyin bilgi ve birikimini aktarması ve belli bir bilinç düzeyi oluşturması mümkündür. Bunun da Somalili kadınlarda obstetrik farkındalığı, doğurganlık sağlığı ve bunlara ilişkin sağlık hizmetlerine erişimi, dolayısıyla bir kadın esenlik refahı oluşturacağı ön görülebilir.

BÖLÜM 2

SOMALİ'NİN GENEL BİLGİLERİ

2.1. COĞRAFİ BİLGİ

Somali, Afrika Boynuzu'nda yer almaktadır. 637657 km² tahmini yüzey alanı ve çoğunlukla yaylalardan, ovalardan oluşan bir araziye ve Afrika'nın en uzun sahil şeridinde sahiptir. Afrika Körfezi boyunca 3333 km'den fazla uzanan kuzeyde Aden ve Hint Okyanusu, doğu ve güneyde Cibuti ile komşudur. Kuzeybatı ve batıda Etiyopya ve güneybatıda Kenya yer alır. Somali kurak ve sıcak tropikal bir iklime sahiptir. Küçük mevsimsel farklılıklar görülen bir iklim yapısındadır. Günlük sıcaklık değişimi 30°C ila 40°C arasında değişir. Yağış miktarı oldukça düşük olup mevsimler arası sıcaklık farklılıkları yüksektir. Alçak ve düz olan Güneydoğu Bölgesi ile Kenya sınırına yakın kısımlarında sıcaklık ortalama 27°C ila 32°C arasında değişir. Yıllık yağış ortalaması 250 ila 280 mm³ civarındadır. Ülkedeki yağış ve sıcaklık miktarları büyük ölçüde güneybatı ve kuzeydoğudan esen muson rüzgârlarına göre değişir. Mart ile mayıs ayları arasında şiddetli yağışlar meydana gelir. Eylül ile kasım ayları arasında da yağış miktarı oldukça hafiftir (SHDS, 2020).

2.2. SOMALİ'DE DEMOGRAFİK YAPI

Somali'nin konuta dayalı ilk nüfus sayımı 1975 yılında yapılmış ve sınırlı sayıda yayınlanmıştır. Sonuçlar, bunu takiben 1986'da yapılan ikinci nüfus sayımı ile resmi olarak yayınlanmamıştır. Önemli önyargılardan muzdarip olduğu düşünülürse, özellikle fazla sayma, hesaba almama ve istatistiki doğruluğu sorgulanabilir. O zamandan beri, başka bir nüfus sayımı yapmak da mümkün olmamıştır. Ülkede devam eden çatışmaların olmadığı bir zaman içinde yapılacak sayımların doğrulanması daha mümkündür. 2014 yılında, UNFPA, istatistiksel verilerle birlikte Planlama Bakanlıkları bünyesindeki ofisler, nüfus tahmin anketine başlanmıştır. Anket

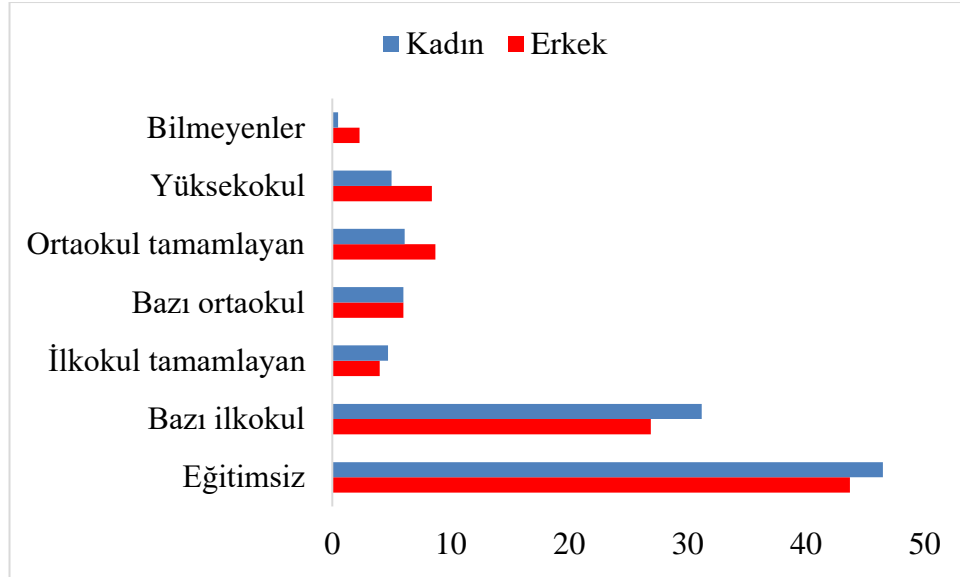
tahminine göre Somali nüfusu 12,3 milyondur. Nüfusun kentsel alanda yaşayan kısmı % 51, kırsalda yaşayan miktarı % 23 ve kırsalda yaşayan göçebe nüfus ise % 26 olarak tespit edilmiştir. Toplam nüfusun % 49'u ve erişkin nüfusun % 50'si üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınlar oluşturmaktadır. Beş yaşın altındaki çocuklar nüfusun % 14'ü, 65 yaş ve üstü toplam nüfus ise sadece % 2'yi oluşturmuştur (SHDS, 2020). Çocuk nüfusun 5-9 yaş arası bireylerin toplam nüfusa oranı % 17 ve 15-64 yaş aralığında nüfus toplamın % 53'üne takabül etmektedir.

Somali demografik olarak nüfusu yoğun olan bir ülkedir geniş tabanlı bir yaş piramidi mevcuttur. Hanehalkı üyelerinin % 54 ü 15 yaşın altındadır. Ölüm oranlarının yüksek olmasından dolayı doğum oranları da oldukça yüksek olduğu için ileri yaşlarda kadın nüfusu erkeklerden daha fazladır doğum oranı ise her 105 erkek çocuğa karşılık 100 kız çocuğu şeklindedir. Nüfusun toplamda yaklaşık dörtte üçü yani % 77'si 30 yaşın altındadır. Nüfusun 15-29 yaş arası toplam içinde % 23'ünü oluşturmaktadır. Çocukların kayıtlarının doğru tutulmamasından ve doğumların tek tek tespit edilememesinden dolayı 0-4 yaş çocukların net sayımları mümkün değildir. Ancak tahmini veriler ortaya konulabilmiştir. BM nüfus beklentilerinin son revizyonuna göre (Birleşmiş Milletler, 2019). Somali'nin nüfusu önümüzdeki yıllarda (2050) iki katına çıkabilir (35000 000). Nüfusun yaklaşık 1/3'ü; kentsel nüfusun % 32'si, kırsal nüfusun % 33'ü ile göçebelerin yüzde 28'i kadınlar tarafından yönetilmektedir.

Somali'de ortalama hane büyüklüğü 6,2'dir. 2014 yılında hane başına kişi sayısı kentsel, kırsal ve göçebe olmak üzere sırasıyla 6,6, 5,7 ve 5,3 iken 2020 yılında aynı sıralama ile 6,5, 6,4 ve 5,8 olarak tahmin edilmiştir. Ülkedeki sosyo-politik fırtınadan dolayı hemen her ailede yetim çocuk mevcuttur. Bunlar toplamda % 17 iken bekâr yetim sayısı % 15 ve en az iki yetim barındıran hane sayısı % 4 tür. Bu oran kentsel hanelerde yüzdeler dilim olarak 1 puan artarken göçebe hanelerde ortalama 2 puan altındadır (ICF International, 2015).

UNFPA'nın 100 binden fazla hane halkı üzerinde yapılmış çalışma raporuna göre (2020) ulaşılması zor kentsel ve kırsal hanelerde yaşayan insanların yaşama ve ihtiyaçlarına ışık tutmaktadır. Farklı yaşam tarzlarından, ikamet yerlerinden, sağlık durumundan insanlar arasında yıllardır var olan eşitsizliklerden bahsedilmektedir.

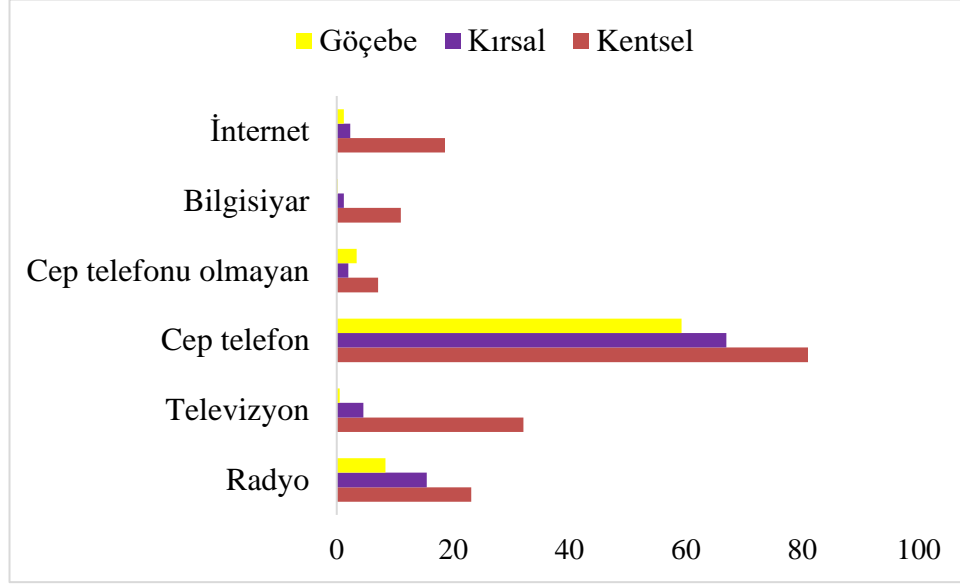
Somali'nin en büyük varlıklarından bir tanesi genç bir nüfusa sahip olmasıdır. Toplam nüfusun % 55'i 15 yaş ve altındadır. Nüfusun % 42'si çalışma yaşı grubundadır. Ancak eğitim durumu hane halkı eğitim seviyesi ve gelir bölüşümü oldukça değişkendir. Somali % 57'lik nüfusu eğitimi hiç erişememektedir. Kentsel yaşam Kırsal kesimden daha eğitilmiş görünmektedir. Göçebe kadınların yüzde 84'ü kentsel alanlarda ki kadınların % 46'sını eğitimsizdir. Somali de hane halkı erkek üyelerin binde 28'i bayanların üçte biri ilköğretim eğitimine sahiptir ilkokula giden bütün çocukların % 19'u ilköğretim seviyesi için doğru yaşıdır. Ortaokul seviyesi için doğru yaşta olan birey sayısı sadece % 9'dur (UNESCO, 2013) (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Altı yaş ve üzeri kadın ve erkek nüfusun eğitim düzeyine göre yüzde dağılımı Yaşa ve cinsiyete göre kentsel, kırsal, göçebe ve toplam nüfus dağılımı (Kaynak: TheSomaliHealthandDemographicSurvey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi 23.01.2022))

6 yaş ve üstü kız ve kadınların % 48'i erkeklerin ise % 45'i hiç okula gitmemiştir. Kadınların sadece % 32'si okur yazardır. 15-49 yaş grubundaki kadınların dörtte üçünün cep telefonu mevcut olup % 64'ü cep telefonlarını finansal işlemler için kullanıyor. Ayrıca, Somalili kadınlar mali kararlara katkıda bulunuyorlar. On kadından dokuzu nakit kazançlarının bireysel olarak veya eşleriyle birlikte nasıl harcanacağına karar veriyor ve her on kadından yedisine yakını (yüzde 67) bireysel

veya ortak olarak kocalarının parasının nasıl harcanacağı konusunda kararlar alıyorlar (GSMA, 2019) (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Hane ikamet yerine göre sahip olunan iletişim aygıtları yüzde mülkiyeti (Kaynak: TheSomaliHealthandDemographicSurvey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf(Erişim tarihi: 23.01.2022)

Somali'de evli kadınların yalnızca % 9'u istihdam edilir ve %18'inin ise çalışmaları için ücret almaz. İstihdam edilen kadınların % 49'u serbest meslek sahibidir. Kadınların yarısına yakını ancak bütün iş kollarında istihdam edilebilmektedir. Erken evlilik rutin olarak uygulanır. 20 - 24 yaş arasındaki kadınların % 36 sı 18 yaşına geldiklerinde evlidir. 35 yaşına kadar evlenmeyen kadın hemen yoktur. Buna karşılık erkeklerin 20 ila 24 yaşlarındaki hiç evlenmemişlerin oranı % 6 olup evliliği 18 yaşına geldiklerinde yapmışlardır. Kadınlar için ortalama evlenme yaşı 20 erkekler için ise 23 olarak kabul edilebilir. SHDS'ye göre, Somali'nin toplam doğurganlık hızı 6,9 çocuktur. Ayrıca kadınların % 91'i 6 veya daha fazla çocuğu ideal aile büyüklüğü olarak görmektedir. Eğitimi olmayan kadınlar için toplam doğurganlık hızı 7,2 ile en yüksektir (SHDS, 2020).

Güvenli ve temiz içme suyuna erişim özellikle sanitasyon için çok önemlidir diyare, dizanteri gibi bulaşıcı hastalıklar suyun az olduğu bölgelerde daha yüksek düzeydedir. Halkın % 42 si konutlarına ya da bahçelerine gelen bir boru ile suyu alabilmektedir.

On haneden yaklaşık yedisi, % 65'i, güvenli içme suyu sağlayan gelişmiş bir kaynak kullanıyor ve hanelerin % 12'si su almak için en az 30 dakika veya daha uzun süre seyahat ediyor. Ülke genelinde, on haneden sadece altısı, yani % 57'si, diğer hanelerle paylaşmadıkları iyileştirilmiş bir sanitasyon tesisine sahiptir (Cairncross et al., 2010) & UNICEF and WHO, 2012).

2.3. TARİH VE SİYASİ YAPI

Somali, 26 Haziran 1960'ta Birleşik Krallık'tan aynı yıl 1 Temmuz'da İtalya'dan bağımsızlığını kazandı ve Somali Cumhuriyeti'ni kurdu. Ağustos 2012'de Somali, geçici bir anayasa oluşturarak federal üye bölgeler ile birlikte olacak şekilde Federal Somali Cumhuriyeti'ni meydana getirdi. Somali hükümeti, federal hükümetin kuruluşundan bu yana, 20 yıldan fazla bir süredir istikrarlı, etkin ve nispeten demokratik önemli ilerleme sağlayan bir hükümet yapısına sahiptir. Ağustos 2012'de federal yönetim yapısı ile temel idari federal kurumlar kuruldu. Bu şekilde devlet oluşumu ortaya çıkmakla birlikte o zamandan bugüne önemli ilerlemeler kaydedildi. Yeni federal üye devletlerin (Federal Member States -FMS), yani, Jubbaland, Galmudug, Güney Batı, Hirshabelle, Banadir idaresi, mevcut Puntland ve Somaliland'ın Somali'de devam eden istikrarı pekiştirmek ve yeniden yapılanma için çabalar sürmektedir (SHDS, 2020).

2.4. EKONOMİ

Yirmi yıldan fazla süren siyasi huzursuzluktan yani geçiş döneminin sona ermesinden sonra Somali Federal Hükümeti 2012 yılından bu yana ekonomik olarak kayda değer bir ilerleme kaydetti. Bununla birlikte, Somali hala Afrika'nın en fakir ve en az gelişmiş ülkeleri arasındadır. Gayri Safi Yurtiçi Hasılası (GSYİH) 2018'de 4,7 milyon ABD doları ve kişi başına gelir yaklaşık 315 USD olarak tahmin edilmiştir (Dünya Bankası, 2018). Somali'nin ekonomisi büyük ölçüde tarıma ve hayvancılığa dayanır. Bu hem tarım hem de hayvancılık olmak üzere her ikisinin toplamı ekonominin % 65'ini oluşturur. Gayri Safi Yurtiçi Hasıla ve istihdam işgücünün % 40'ını hayvancılık oluşturur. GSYİH'nın ve ihracatın da % 50'sinden fazlası buna dayanır. Diğer ana ürünler arasında balık, kömür, muz, şeker, sorgum ve mısır yer alır. Somali Merkez

Bankası'na göre 1991 yılında iç savaşın başlamasından 2017 yılına kadar toplam mal ve hizmet ithalatı başına ortalama 2,892 milyon ABD doları seviyesinin üzerinde olan bir yıl mevcut değildir. Oysa 1991'den önce yıllık 451 milyon ABD dolarını da aşan savaş öncesi toplam ihracat seviyeleri mevcuttur (FGS, 2020; Morrison et al., 2023; Mohamed et al., 2023).

2.5. SOSYAL KIRILGANLIK, KARMAŞA VE ÜLKE İÇİ HUZUR DURUMU

Somali'de iç savaşın başladığı 1990 yılından bu yana sosyal bir kargaşa hali mevcuttur. Bu da uluslararası itibar bakımından son derece kırılğan bir zemini oluşturmaktadır. Örneğin, Hollanda Dışişleri Bakanlığı tarafından her zaman 'yasak bölge' olarak kabul edildi ve şu anda bir 'kırmızı bölge' yani "seyahat etmeyin" anlamına gelecek şekilde damgalandı. Somali'de 2017 Nisan ayında siyasi parçalanmayı gösteren bir harita tasarlandı. Harita'daki açık mavi Somali Federal Cumhuriyeti, sarı Somaliland'ın ayrılıkçıları, gri-mavi Puntland sendikacıları, yeşil El Şebab ve ilgili dinci gruplar ile Somaliland'daki birkaç tarafsız alan gri olarak gösterilmiştir.

Altmış yılı aşkın bir süredir çatışmayı azaltmak için pratik araçlar ve yaklaşımlar geliştiren Uluslararası Barış Fonu'nun (The Fund for Peace-FFP) devletlerin kırılğanlık endeksine göre Somali'yi çok yüksek alarm grubu ülke olarak tanımlamaktadır. Somali için ülke puanını ülkeler listesinin neredeyse en altında gösterilmektedir. 2021 yılı için toplam maksimum değerlendirme puanı olan 120,0 puan üzerinden Somali için 179 ülke arasında 110,9 puan ile en ön sıralarda görünmektedir (<https://fragilestatesindex.org/country-data/>). Somali, on iki değişkenin hemen, hemen her birinden hizipleşmiş elitlerden ve demografik baskılardan başlayarak güvenlik aygıtının kalitesine son derece olumsuz değerler katmaktadır. Kamu hizmetlerinin düşük kalitesi, düzensiz gelişim, mülteciler ve ülke içinde yerinden edilmiş insanlar ile insan hakları temel sorunlar gibi görülmektedir. Ayrıca hukukun üstünlüğüne güvensizlik, dış müdahalelere açık olması, insan hakları ve özgürlükler konusunda devlet meşruiyetinin sorgulanıyor olması referans gösterilmiştir.

2.6. ULUSLARARASI GÖÇ

Somali'de doğan yaklaşık 2 milyon kişi ülke dışında yaşamaktadır. Somali nüfusu 15,8 milyon olarak alındığında nüfusunun yaklaşık % 13'ü ülke dışında yaşamaktadır anlamı taşır. Somali uluslararası göçmenlerinin % 64'ü Afrika'nın başka yerlerinde, özellikle komşu olduğu ülkelerden Etiyopya, Kenya'da diğerleri ise Libya, Cibuti ve Güney Afrika'da bulunmaktadır. Afrika dışında ise % 36 lik bir oran; Somali'nin toplam nüfusunun % 5'i kadarı bulunmaktadır. Batı Asya'da 261 000, Birleşmiş Milletler (BM) 2015 yılı raporlarına göre; Yemen ve Avrupa'da 280 000'er, İngiltere'de 111 000, İskandinavya'da 112 000, Hollanda'da 27 000 ve Kuzey Amerika'da 170 000 Somalili yaşamaktadır (UNHCR, 2015;UNHCR, 2017d).

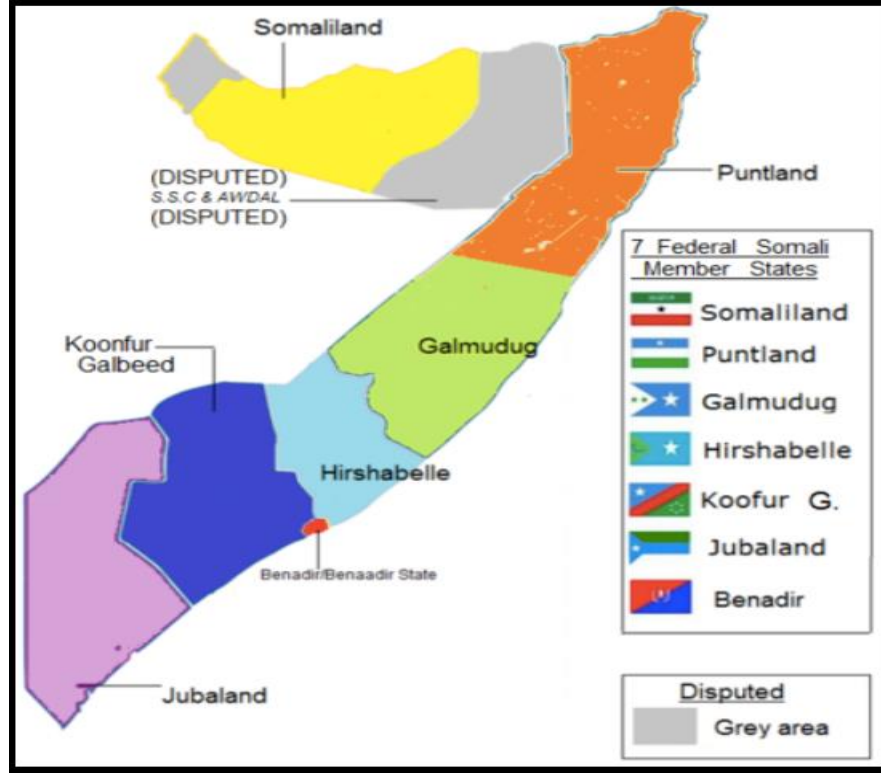
Aynı şekilde 2015 yılında Somali'de kaynağı belirsiz ve ekseriyeti Afrika ülkelerinden olmak üzere sadece 25 000 civarında göçmen olduğu tahmin edilmektedir (UNHCR, 2017a; UNHCR, 2017b; UNHCR, 2017c). Somali 1990 öncesinden itibaren 1995'e kadar Etiyopya'dan geri dönen 478 000 mülteciye ev sahipliği yapmıştır (UNHCR, 2017d).

Somali nüfusunun neredeyse yarısı şu anda kentsel alanlarda yaşarken, bu oran 1960 yılında sadece % 20 idi. 1960 ve 2020 yılları arasındaki karşılaştırmalardan da açıktır ki, Mogadişo'nun % 1400 ila 2700 arasında büyümesiyle birçok alanda kentsel bir patlama olmuştur. Ancak diğer şehirlerin de nüfusları çok düzensiz artmıştır. Örneğin; Hargeysa 9-19 kat, Kismayo daha da fazla olmak üzere neredeyse 50 kattan fazla artmıştır (UNHCR, 2017d).

2.7. BÖLGESEL EŞİTSİZLİK

Somali'de toplumun demografik dağılım sınıflandırmasına göre 18 bölge bulunmaktadır. Bu bölgeleri gösteren haritada dört büyük birimde (Somaliland, Puntland, Central ve Jubaland/Southwest) konumlandırılmıştır. Son üç bölge 2016'da beş özerk bölgeye bölünmek sureti ile yeniden düzenlenmiştir (Şekil 2.3). Kuzeyden Güneye Puntland, Galmudug, Hirshabelle, Somali' nin Güney Batı Eyaleti /Banadir ve

Jubaland'dır. Nüfus verileri tahminlere dayalı istatistikler vasıtası ile yapılabildiğinden hiçbirinin gerçek sayımı rasyonel değildir (Human demographic index-HDI).



Şekil 2.3. Somali federal devlet yapısı coğrafi haritası (Kaynak: https://en.wikipedia.org/wiki/States_and_regions_of_Somalia)

Ayrıca, nüfus verileri, ülke ve bölge olarak bakıldığında ortalama yaşam süresinin on bir yıl boyunca neredeyse hiçbir değişiklik olmadığı tahmin edilerek ele alınmıştır. Ancak bölgesel HDI verilerinin yanı sıra bölgesel eğitim değerlendirmeleri oldukça spesifik ve bölgelere göre farklılık göstermektedir. Son yirmi yılda Somali'nin HDI'sı ve eğitim durumu da buna paralel olarak çok kötüleşmiştir. El-Şebab yönetimi tarafından olumsuz olarak en çok etkilenen Bay ve Aşağı Shabelle bölgeleridir. Somali'deki çeşitli HDI verilerinde büyük farklılıklar vardır. Başkent şehirlerinin etrafındaki iki bölgede (Somali için Mogadişu ve Somaliland için Hargeisa) en yüksek HDI verilerine sahiptir. Aynı ortam eğitim durumu için de geçerlidir. Bununla birlikte, ortalama yaşam süresi Mogadişu bölgesi için nispeten düşük rakamlara sahipken, Hiraan ve Somaliland'ın çoğu bölgesi nispeten yüksek yaşam süresine sahiptir. En düşük ortalama yaşam süresi Aşağı Juba ve Aşağı Shabelle'de olduğu tahminen değerlendirilmektedir. En düşük HDI verileri Orta Juba ve Galgaduud'dadır. En düşük

eğitim durumu verileri de Orta Juba'da ve şaşırtıcı bir şekilde Hiraan'dadır (UNHCR, 2017b)

BÖLÜM 3

SOMALİ SAĞLIK SUNUMU

Somali, sağlık sunumu yönünden az gelişmişliğin bütün akut ve kronik etkilerini üzerinde taşır. Nüfusun çoğunluğu da ishal akut solunum yolu enfeksiyonları sıtma, yetersiz beslenme ve çocukluk dönemi ya da sonrasında aşı ile önlenbilir hastalıklar dâhil olmak üzere yaygın olarak etkilenmektedir. Az gelişmişlik durumu sürdüğü süre içerisinde bahsedilen hastalıkların morbidite ve mortalite eğilimleri yıllarca benzer kalmıştır. HIV 2014 yılı yetişkin verileri % 0,55 dolaylarındadır (UNAIDS, 2014).

Planlama yetersizliği, kaynak sunum eksikliği, yetersiz sağlık işgücü demografik çekişmeler, yeterli miktarda yetişmiş sağlık iş gücü, ülke içi terör, gibi sorunlar sağlık sunumunun önündeki büyük engellerdir. Sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve sunumun olmayışı özellikle üreme sağlığını, anne-çocuk sağlığını ciddi şekilde etkilemektedir. Sağlık Bakanlığının 2014 yılında hedef olarak koymuş olduğu halkın daha iyi bir sağlığa kavuşmasını desteklemek böylece ekonomik ve sosyal kalkınmaya katılımlarını sağlamak ve yoksulluğu azaltmaya katkıda bulunmak için çalışmak hedefinden birçok nedenden dolayı oldukça uzaktır. Aynı hedefler içerisinde temel sağlık ve beslenme hizmetlerinin yaygınlaştırılacağı, sağlık iş gücü kaynaklarının krizin üstesinden gelebilecek sayıya ulaştırılacağı, sağlıkta liderlik ve yönetim etkinliğinin sağlanacağı vaat edilmiştir. (UNFPA, WHO, UNICEF, UKaid and the EC 2010-2015 & Somali Community Health Strategy, 2015)

Böylelikle ilaçlar, iyi malzeme ve teknolojileri erişimin artırılması sağlık bilgi sisteminin oluşturularak yaygınlaştırılması, evrensel sağlık kapsamında sağlık finansmanında ilerlemenin sağlam, sağlık sektörünün fiziksel altyapısının iyileştirilmesi, acil duruma hazırlık ve müdahale için imkanların geliştirilebilmesi, bir sosyal belirteç olarak tüm politikalarda sağlığın ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin teşvik edilmesi hedeflenmiştir. Ancak bugün için bu hedeflerden çok uzakta olduğu

söylenbilir. Somali Sağlık ve Demografik Araştırmasının (SHDS) temel amacı, sağlık programlarının geliştirilmesi, etkili politikaların belirlenmesi, sağlık ile demografik sağlığa erişimin coğrafi olarak topyekün sağlığa erişim hakkında yeterli verimi sağlamaktır. Böylece bir veri altyapısı ile sürdürülebilir ve sağlık kalkınma mümkün olabilir (SHDS, 2020).

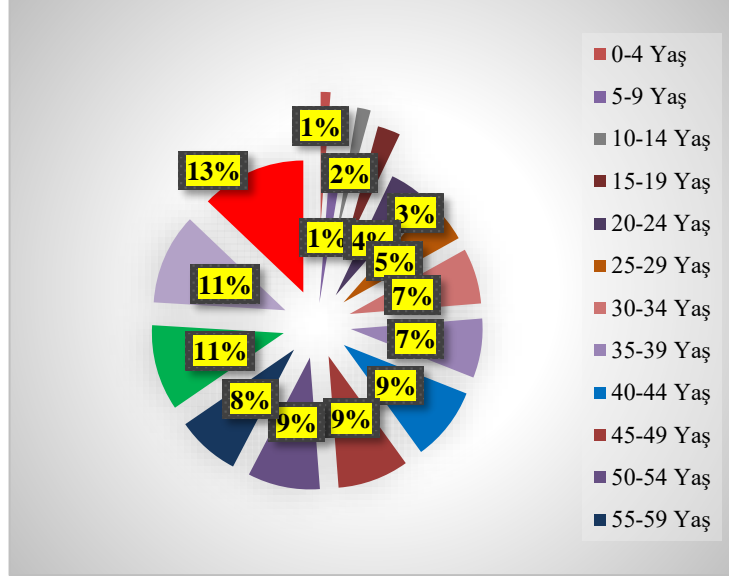
Anne ve yetişkin ölümlerinin tahmin edilmesi, anne ve çocuk sağlığının temel göstergelerinin incelenmesi, doğurganlığın ve doğum aralarının ölçülmesi, insani bilgi ve farkındalık kalıplarının tanımlanması, cinsel yolla bulaşan immün yetmezlik virüsü (HİV) dahil olmak üzere diğer birçok enfeksiyonun uluslararası nitelikte bilimsel altyapı ile tanımlanması ve eradikasyon çalışmalarının başlatılması, bebek ve çocuk ölümlerinin tahmini, cinsiyete dayalı şiddet, kadın sünnetinin kapsamı ve kalıplarının anlaşılması dolayısıyla bilgilendirilerek sağlık düzensizliğine son verilmesi bakanlığın özel hedefleri arasında yer almıştır.

3.1. KRONİK HASTALIKLAR

Somali'de sağlık sunumunun yetersiz olmasından dolayı hastalıkların saptanması teşhisi, tedavisi ve rehabilitasyonu yeterli değildir. Bireylerin engellilik ve genetik engellilik durumları oldukça üst düzeydedir. Yeterli sağlık sektörünü az miktarda olmasından dolayı hizmet sunumu kısıtlı maliyet ve fiyat oldukça yüksektir. Bilinir ki daha uzun süren ve sürekli tıbbi müdahale gerektiren veya günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan sağlık refahını düşüren her türlü hastalık mevcuttur. Bu tür hastalıklar kronik hastalık olarak kabul edilecek olursa aşılarla önlenmesi mümkün olan ya da ilaçla tedavisi mümkün olan birçok hastalık Somali'de kronikleşmiştir. Bunun dışında sağlık sunumuna yeterli miktarda erişemeyen bireylerde kronik hastalıklar fiziksel ve zihinsel sakatlıklarla muzdarip bulunan uzun süreli yatağa mahkûm bireylere ve bireysel olarak hastalığın ileri durumuna katlanmayı zorunlu kılmaktadır. Genel olarak, Somali hane halkının % 6'sı en az bir kronik hastalıktan muzdariptir. Kentsel yerleşimlerde kırsal ve göçebeleri oranla bu miktar % 1 daha fazla yüksektir (Centers for Disease Control and Preventio) (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Kronik hastalıkların prevalansı (Kaynak: The Somali Health and Demographi csurvey Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi: 23.02.2022))

| Kronik hastalıkların prevalansı | | |
|--|--|--------------------|
| Hanehalkı yüzdesi | En az bir kronik hastalığı olan nüfus | Kişi sayısı |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 4.7 | 48,352 |
| Kadın | 6.7 | 50,632 |
| Yaş | | |
| 0-4 | 1.9 | 19,985 |
| 5-9 | 2.2 | 18,914 |
| 10-14 | 2.6 | 14,951 |
| 15-19 | 4.4 | 10,778 |
| 20-24 | 6.9 | 6,262 |
| 25-29 | 8.5 | 5,691 |
| 30-34 | 10.7 | 4,438 |
| 35-39 | 11.4 | 3,911 |
| 40-44 | 14.2 | 2,964 |
| 45-49 | 13.7 | 1,825 |
| 50-54 | 13.9 | 2,884 |
| 55-59 | 12.2 | 1,432 |
| 60-64 | 16.5 | 1,661 |
| 65-69 | 17.5 | 724 |
| 70+ | 20.2 | 2,565 |
| İkamet yeri | | |
| Kentsel | 6.5 | 63,079 |
| Kırsal | 4.7 | 25,117 |
| Göçebe | 3.5 | 10,790 |
| Mali Durum | | |
| En düşük | 3.9 | 19,956 |
| Düşük | 5.2 | 19,375 |
| Orta | 6.0 | 19,835 |
| Orta üstü | 6.9 | 19,865 |
| En yüksek | 6.5 | 19,954 |
| Toplam | 5.7 | 98,985 |



Şekil 3.1. Kronik hastalıkların prevalansı. En az bir kronik hastalığı olan hanehalkı üyelerinin yüzdesi (Kaynak: The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. KaynakTheSomaliHealthand Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf(Erişim tarihi: 05.03.2022)

Kronik Hastalıkların cinsiyete göre dağılımında kadınlarda % 7 erkeklerde % 5 oranında olduğu gözlemlenebilir. En az bir kronik hastalığı olanların prevalansı en yoksuz en düşük varlıklı 1/5'lik kesimde % 4, en zengin ve en yüksek 1/5'lik kesimde % 7 düzeyindedir. Bu farklılık belki de refah düzeyi arttıkça tedavi gereksiniminin karşılanmasına paralel olabilir. Kronik hastalıkların tanı ve tedavisi herhangi bir sağlık kuruluşunda yapılmış olan bireylerin sayısı oran olarak % 5'tir. En az bir Kronik hastalığı bulunan 0-4 yaş grubundan % 2'lik bir oran, erkeklerde %4'lük bir oran ve kadınlarda % 5'lik bir oran sağlık kuruluşlarınca teşhisi konularak tespit edilmiştir. Bu grupların tamamında erkeklerin % 4'üne karşılık kadınların % 3'lük bir kesimi ancak düzenli olarak tedavisini sürdürmektedir (SHDS, 2020) (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Bir doktor tarafından teşhis edilen kronik hastalıkların prevalansı (Kaynak: The Somali Health and Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf(Erişim tarihi: 15.02.2022))

| Doktor tarafından teşhis edilen en az bir kronik hastalığı olan ve tedavi gören hanehalkı nüfusunun yüzdesi | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| Arka plan özellikleri | En az bir kronik hastalığı doktor tarafından teşhisli hanehalkı nüfusunun yüzdesi | En az bir kronik hastalığı olan ve tedavi alan hanehalkı nüfusunun yüzdesi | Ankete katılan kişi sayısı |
| Cinsiyet | | | |
| Erkek | 3,8 | 2,6 | 48,354 |
| Kadın | 5,3 | 3,5 | 50,638 |
| Yaş | | | |
| 0-4 | 1.1 | 0.7 | 19,139 |
| 5-9 | 1.2 | 0.8 | 18,447 |
| 10-14 | 1.1 | 0.6 | 15,221 |
| 15-19 | 2.0 | 1.1 | 10,723 |
| 20-24 | 3.0 | 2.0 | 6,480 |
| 25-29 | 4.1 | 2.7 | 5,953 |
| 30-34 | 5.8 | 3.4 | 4,784 |
| 35-39 | 7.0 | 4.5 | 4,095 |
| 40-44 | 10.0 | 6.5 | 3,057 |
| 45-49 | 13.6 | 9.4 | 1,707 |
| 50-54 | 15.7 | 10.3 | 3,179 |
| 55-59 | 20.6 | 14.6 | 1,323 |
| 60-64 | 22.8 | 16.1 | 1,806 |
| 65-69 | 28.9 | 22.0 | 642 |
| 70+ | 32.8 | 23.4 | 2,439 |
| İkamet yeri | | | |
| Kentsel | 5.4 | 3.8 | 63,084 |
| Kırsal | 3.6 | 2.2 | 25,119 |
| Göçebe | 2.1 | 0.8 | 10,790 |
| Mali Durum | | | |
| En düşük | 2.5 | 1.2 | 19,956 |
| Düşük | 3.6 | 2.3 | 19,378 |
| Orta | 4.8 | 3.2 | 19,838 |
| Orta üstü | 5.9 | 4.1 | 19,867 |
| En yüksek | 6.0 | 4.5 | 19,954 |
| Toplam | 4.6 | 3.1 | 98,992 |

Nüfusun göçebe olan kısmı mera ve suya ulaşabildikleri oranda Coğrafi olarak lokalize olurlar. Bu durum Somali için 60 ile 90 gün arasındadır. Ortalama olarak kurak geçen yıllarda 45 gün olarak oluşmaktadır. Su ve otlak bulmak için zaman zaman komşu

ülkelere de gittikleri olur. Bu durum göçebeler için çok kısıtlı olan sağlık hizmetlerine ulaşmayı son derece sınırlar. Gerçekte ülke verilerinin doğru planlanmasında sosyo-politik şartların zorluğu kadar göçebe nüfusun hareketliliği de önem arz eder (SHDS, 2020).

Somali'de yeterli sağlık sunumunun yapılabilmesi oldukça güçtür. Örneğin, Banadir bölgesi tamamen kentsel alanlardan oluşmakta ve çalışma yapmak daha kolay görünmektedir. Öte taraftan Aşağı Shabelle ve Orta Juba bölgelerinde sağlık sunumu hizmetlerini yapmak çok kolay değildir. Herhangi bir çalışma yapmak için bile güvenlik ve erişilebilirlik kısıtlamaları nedeniyle sayısallaştırılmış veriler elde etmek hiç de kolay değildir. Bunun yanı sıra özellikle kırsal bölgelerde yaşayanlar ile göçebeler arasında herhangi bir veri elde etmek için bir anket çalışması dahi yapabilmek oldukça çetindir. Dolayısı ile bütün kamu hizmetlerinin sağlık hizmeti de başta olmak üzere sunumu çok çetrefilli ve çok yönlü düşünülerek ve en önemlisi bütün güvenlik kaygıları aşılarak yapılmak durumundadır. Dolayısıyla eşit sağlık hizmetinin götürebilme imkanı olmadığı gibi sağlık altyapısı ve sağlık bilgi taşıyıcılarının eğitimlerinin planlanması ya da düzenlenmesi gibi bir imkan bulunmamaktadır (SHDS, 2020).

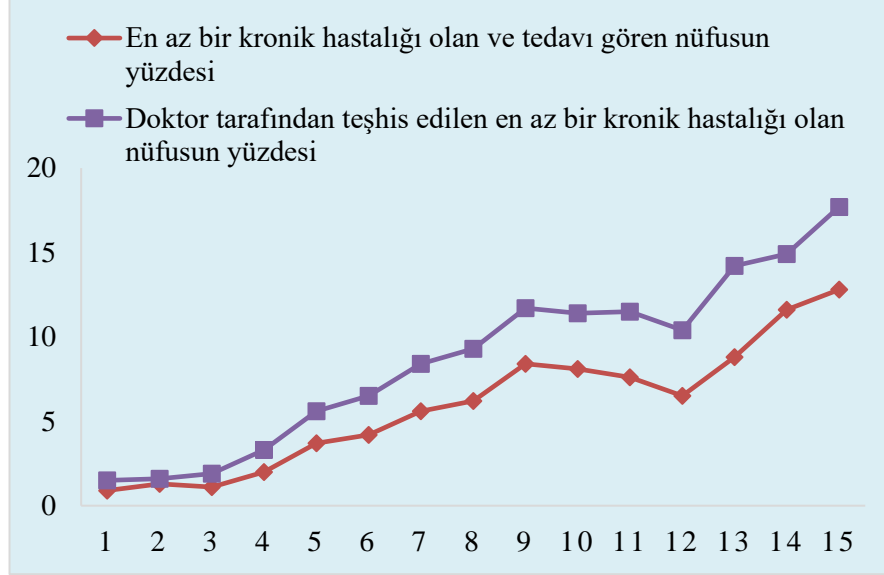
Örneğin bayanlar hakkında soru sormak ya da anket yapmak geleneksel kültürel göreneklere göre pek mümkün görünmemektedir. Hane halkı içerisinde bayanları sorgulamak, evlenmemiş kadınlar üzerinde anket yapmak, ya da sağlık problemlerinin olup olmadığı hakkında bilgi almak eğer ağır hastalık durumu yok ise mümkün değildir. Dolayısıyla yaş, eğitim okuryazarlık, medyaya maruz kalma, toplam bilgi birikim düzeyi, doğum geçmişi, çocuk ölümleri, anne çocuk sağlığı, aile planlaması, bu planlamanın yöntemleri ve eğitimi, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım iş ve işlemleri, emzirme, bebek ve çocuk besleme, doğurganlık tercihi, aşılar ve çocuk hastalıkları, doğurganlık evlilik ilişkisi ve cinsel aktivite, bulaşıcı hastalıkların durumu, yetişkin ve hamileliğe bağlı ölüm oranları gibi durumları sorgulayabilmek oldukça zordur. Sorgulansa bile doğru ve net bilgilerin alınabilmesi mümkün gibi görünmemektedir (SHDS, 2020).

Her türlü bilgi toplama aracı olarak yerel prestij sahibi ya da eğitimde sözü geçen insanların kullanılması şarttır. Hargeisa, Las Anod, Badhan, Garowe, Bossaso, Galkacyo, Mogadishu, Baidoa, Kismayo, Adado, Jowhar, Beletweyne, Waajid, Baardhere ve Hudur bölgelerinin kentsel kesimlerinde yerel eğitimcilerle beraber çalışmak imkan dâhilinde olsa bile kırsal kesimlerinde bu kadar kolay ve rahat değildir. Göçmen ya da Göçebe olan kesim ile yerel eğitimcileri ile ilişki kurması oldukça güçtür (SHDS, 2020).

Çizelge 3.3. Spesifik kronik hastalıkların prevalansı (The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. Kaynak The Somali Health and Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi: 25.03.2022)

| Hastalık türü | İkamet yeri | | | Hanehalkı üyesinin cinsiyeti | | Toplam |
|---------------------------------|-------------|--------|--------|------------------------------|-------|--------|
| | Kentsel | Kırsal | Göçebe | Erkek | Kadın | |
| Tansiyon | 33.9 | 33.2 | 25.1 | 31.2 | 34.7 | 33.3 |
| Şeker hastalığı | 22.8 | 14.6 | 7.9 | 23.6 | 18.2 | 20.4 |
| İltihap ülserler | 6.1 | 5.5 | 5.4 | 4.9 | 6.6 | 5.9 |
| Anemi | 4.4 | 3.3 | 7.1 | 2.3 | 5.8 | 4.4 |
| Orak hücreli anemi | 0.4 | 0.9 | 0.4 | 0.7 | 0.4 | 0.5 |
| Kalp hastalığı | 5.4 | 5.4 | 4.3 | 3.6 | 6.6 | 5.4 |
| Böbrek hastalığı | 7.0 | 8.1 | 13.6 | 6.6 | 8.3 | 7.6 |
| Karaciğer hastalığı | 3.6 | 3.5 | 11.5 | 5.0 | 3.3 | 4.0 |
| Artrit | 7.8 | 6.4 | 7.5 | 4.4 | 9.7 | 7.5 |
| Tüberküloz | 3.4 | 1.8 | 2.0 | 3.4 | 2.7 | 3.0 |
| Kronik baş ağrısı | 6.9 | 7.7 | 8.6 | 4.6 | 8.9 | 7.1 |
| Felç | 1.6 | 1.9 | 1.3 | 2.3 | 1.2 | 1.6 |
| Epilepsi | 3.8 | 4.2 | 2.8 | 4.8 | 3.2 | 3.9 |
| Prostatik hipertrofi | 0.2 | 0.2 | 2.1 | 0.7 | | 0.3 |
| Katarakt | 0.9 | 0.7 | 1.4 | 0.4 | 1.3 | 0.9 |
| Kronik sırt ağrısı | 4.9 | 5.1 | 8.4 | 3.4 | 6.3 | 5.1 |
| Zihinsel/psikolojik hastalıklar | 4.2 | 4.6 | 4.7 | 6.0 | 3.1 | 4.3 |
| Cilt hastalığı | 3.9 | 4.1 | 4.3 | 3.2 | 4.5 | 4.0 |
| Kanser-tümörler | 0.5 | 0.5 | 1.5 | 0.6 | 0.4 | 0.5 |
| Astım | 5.7 | 7.5 | 8.2 | 6.2 | 6.2 | 6.2 |
| Diğerleri | 8.9 | 9.9 | 13.3 | 8.9 | 9.7 | 9.3 |

Kırsal kesimde ve göçebelere bu prevalansı oranları yüzdeler olarak 1 derece daha düşüktür. Kronik hastalıkların teşhisi bakımından kırsal kesimde kentsel kesim arasında çok büyük farklar mevcut değildir Ancak tedavide major farklılıklar vardır (SHDS, 2020) (Şekil 3.2).

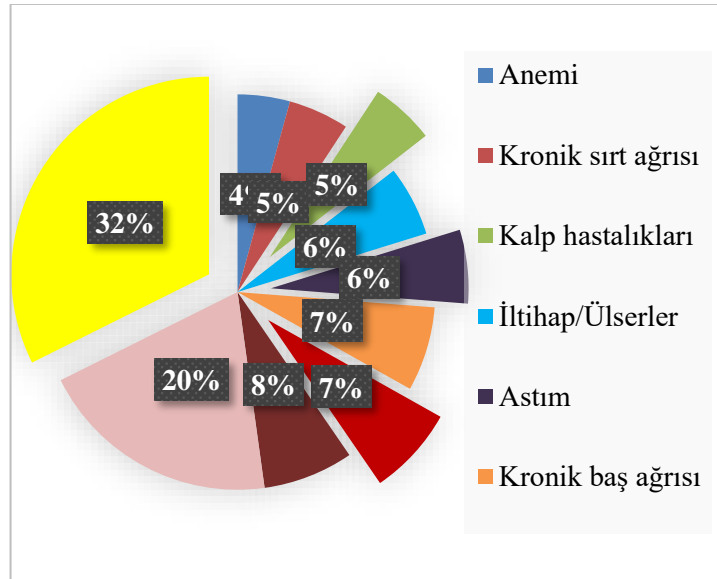


Şekil 3.2. En az bir kronik hastalığı olan, doktor tarafından teşhis konulan ve tedavi gören hanehalkı fertlerinin yüzdesi. (The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. Kaynak The Somali Health and Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi: 23.01.2022))

En düşük gelir diliminde bulunan yoksul hanelerde kronik hastalıkların % 3'ü teşhis edilmiş ve bunların da sadece % 1'i tedavi görmüştür. tedavi skalasında genç bireylerin tedavi görme şansı orta yaşlı ve yaşlılara oranla çok daha yüksektir. 10-14 yaş grubunda, % 2'si doktor tarafından teşhis edilirken, % 1'i tedavi gördüğü söylenebilir. 60-64 yaş grubunda, % 14'ünün doktor tarafından teşhis edildiği, % 9'unun ise kronik hastalıkları nedeniyle tedavi gördüğü bir gerçektir. En yaygın kronik hastalık primer hipertansiyon olup toplumun yaklaşık % 33 bireyinde mevcuttur. Bunun dışında ikinci sırada % 20'lik oran ile diyabet gelmektedir. Bu iki major hastalık dışında böbrek rahatsızlıkları % 8, baş ağrısı ve migren şikayetleri % 7, artrit ve eklemleri ilişkin hastalıkların oranı % 8 ve % 6'sı gastrointestinal hastalıklar ve ülser gibi sorunlardan muzdariptir. Yaygın olan diğer hastalıklar arasında astım % 6, kalp hastalıkları % 5, kronik sırt ağrıları % 5 karaciğer hastalıkları, anemi, epilepsi, akıl hastalığı,

hematolojik sorunlar gibi hastalıkların oranları da % 4'ün üzerindedir. Kronik bel ve sırt ağrıları kadınlarda daha yüksek ve genital mutilasyona bağlı ağrılar olduğu tahmin edilmektedir (SHDS, 2020).

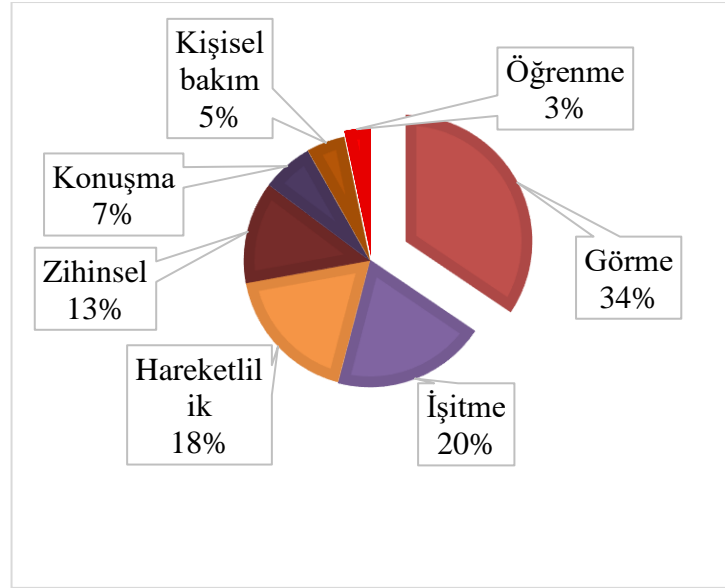
Esansiyel hipertansiyon kırsal alanda en yüksek olup % 34, kentsel ortamda % 33 ve göçebe bölgelerde % 25 dolaylarındadır. Şehir sakinlerinde %23, kırsal kesimde yaşayanlara göre %15'ten daha fazla diyabet teşhisi almıştır. Göçebe bireylerde % 8 gibi daha düşük bir oranda diyabet mevcuttur. Hipertansiyon erkeklerde daha yüksek oranda olup % 35 düzeyinde iken aynı yaş grubu bayanlarda % 31 ve böbrek hastalıkları erkeklerde % 8, bayanlarda %7 iken eklem, osteo-artrit sorunları erkeklerde % 10 düzeyinde bulunurken bayanlarda sadece % 4 tür. Ancak kadınlarda erkeklere oranla diyabet, akıl hastalıkları ve karaciğer hastalıkları teşhisi daha yüksektir; sırasıyla % 24, % 18 ve % 6 oranlarındadır (SHDS, 2020) (Şekil 3.3).



Şekil 3.3. Bir doktor tarafından teşhis edilen belirli kronik hastalıkları olan hanehalkı üyelerinin yüzdesi (The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. KaynakTheSomaliHealthand Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf(Erişim tarihi: 23.01.2022)

3.2. ÖZÜRLÜLÜK YAYGINLIĞI

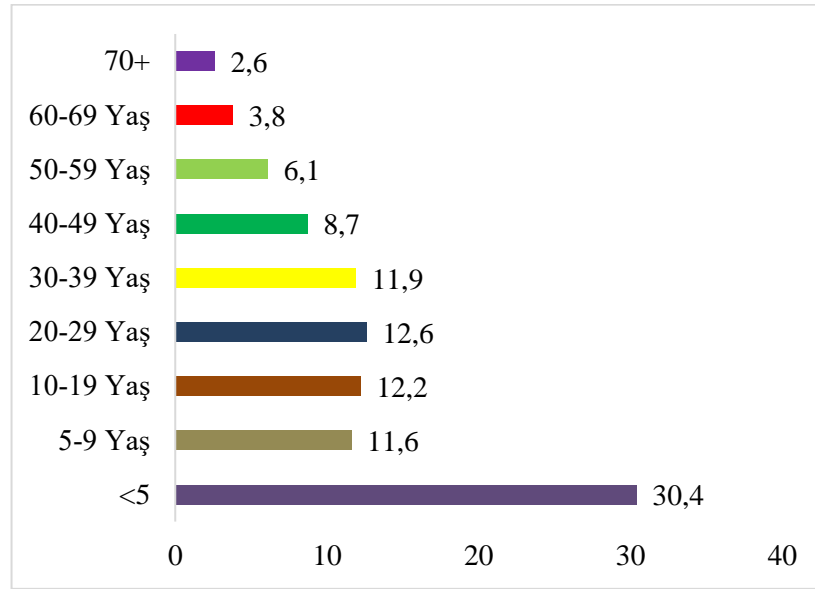
Özürlülük, cinsiyet, yaş, mali durum ve ikamet yerine göre dağılımları kentsel kırsal ve göçebelerde değişik oranlara sahiptir. 5 yaş altı çocukların % 5'i engellidir. 5-9 yaş ve biraz üstünde % 3 civarında iken 70 yaş ve üzerinde % 14 dolaylarındadır. Bu oran kırsal ve kentsel alanlarda % 5'lik dilim ile hemen, hemen aynı iken göçebeler de engelli insan oranı % 2 civarındadır. Yoksul nüfusta % 3 ile diğerlerine göre daha düşük görünmektedir. Kentler dahil olmak üzere yoksul kesimin tamamında % 5-6 dolaylarında engellilik mevcuttur (SHDS, 2020) (Şekil 3.4).



Şekil 3.4. Belirli engel türlerinden muzdarip insanların yüzdesi (The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. Kaynak The Somali Health and Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi: 26.02.2022)

En yaygın engellilik kentsel ve kırsal alanlarda % 2 ve göçebe topluluklar da % 1,5 oranında görme güçlüğüdür. Genç nüfusta görme engelliliği daha ziyade hastalıklara kazalara ve konjenital sorunlara bağlı iken, yaşlılarda daha ziyade katarakt şeklinde görme güçlüğü mevcuttur. Görme, işitme ve hareket bozukluklarının ardında zihinsel sağlık ve konuşma engelleri yaşlı nüfusta % 12,5 ile en yüksek durumdadır. Doğuştan özürlülük nedenlerinden muzdarip bireylerin yüzdesi artan yaşla birlikte azalırken yaşlanma ile ilişkili engeller yaşla beraber atmaktadır. Yaşlanma kadınlarda % 27 ile

erkeklerden 1/5 daha büyük bir engellilik oranına karşılık gelirken doğuştan hastalıkların yüzdesi erkeklerde % 17 kadınlarda % 14 oranlarındadır. Engellilik ikamet türüne göre büyük farklılık göstermez iken cinsiyet ve yaşa bağlılık noktasında fazla diferansiye olur. Toplam engellilerin % 30 engelliliği 5 yaşın altında başlamıştır. Erkeklerin % 36'sı kadınların % 26'sı engellerini ilk kez 5 yaşın altında deneyimlemişlerdir. Göçebe topluluklar da kentsel ve kırsal alanlara nispetle engellilik oranının 5 yaşın altında olma düzeyi biraz daha fazladır (SHDS, 2020) (Şekil 3.5).

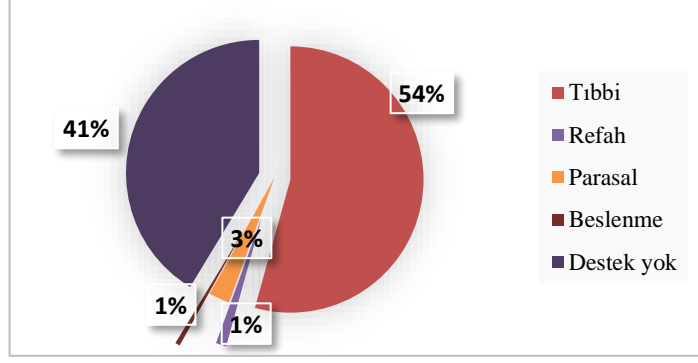


Şekil 3.5. Özürülülerin özürülülüğe başladığı yaşa göre yüzde dağılımı (The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. Kaynak The Somali Health and Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wpcontent/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi: 23.01.2022).

Çizelge 3.4. Özürlülerin özgeçmiş özelliklerine göre özürlülüğün başladığı yaşa göre yüzde dağılımı, SHDS 2020 (The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. Kaynak The Somali Health and Demographic Survey2020,https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi: 23.01.2022)

| Engelliliğin başladığı yaş | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|--------------|-----|
| Erkek | 35.5 | 11.7 | 10.5 | 11.9 | 12.4 | 7.7 | 5.3 | 3.1 | 2.0 | 1,192 | |
| Kadın | 26.2 | 11.5 | 13.7 | 13.1 | 11.5 | 9.6 | 6.8 | 4.4 | 3.1 | 1,445 | |
| Yaş | | | | | | | | | | | |
| <5 | 100.0 | | | | | | | | | | 198 |
| 5-9 | 56.5 | 43.5 | | | | | | | | | 230 |
| 10-14 | 47.5 | 19.7 | 32.7 | | | | | | | | 242 |
| 15-19 | 37.2 | 14.2 | 48.7 | | | | | | | 209 | |
| 20-24 | 21.8 | 13.0 | 19.3 | 45.9 | | | | | | 149 | |
| 25-29 | 24.2 | 10.4 | 7.3 | 58.1 | | | | | 237 | | |
| 30-34 | 17.5 | 7.6 | 10.7 | 13.1 | 51.1 | | | | 212 | | |
| 35-39 | 24.9 | 6.1 | 8.4 | 8.1 | 52.5 | | | 224 | | | |
| 40-44 | 11.3 | 5.7 | 11.3 | 6.5 | 11.8 | 53.4 | | | 158 | | |
| 45-49 | 13.0 | 0.4 | 8.3 | 4.3 | 16.8 | 57.1 | | | 119 | | |
| 50-54 | 10.0 | 6.7 | 2.5 | 12.3 | 9.8 | 17.8 | 40.9 | | | 139 | |
| 55-59 | 9.6 | 8.3 | 4.5 | 17.8 | 6.4 | 9.4 | 44.0 | | | 76 | |
| 60-64 | 9.0 | 5.2 | 7.5 | 9.9 | 6.3 | 23.3 | 22.7 | 16.0 | | | 109 |
| 65-69 | 20.6 | 11.2 | 1.7 | 3.6 | 6.9 | 3.7 | 10.1 | 42.1 | | | 51 |
| 70+ | 8.1 | 6.4 | 3.6 | 7.4 | 6.9 | 6.8 | 14.7 | 21.7 | 24.3 | 283 | |
| Engel türü | | | | | | | | | | | |
| Görme | 20.2 | 9.4 | 12.5 | 14.9 | 14.6 | 12.0 | 8.2 | 4.9 | 3.4 | 1,193 | |
| İşitme | 30.3 | 14.4 | 9.1 | 12.3 | 11.3 | 8.6 | 5.1 | 4.5 | 4.4 | 654 | |
| Konuşma | 58.7 | 12.4 | 6.9 | 4.6 | 2.9 | 3.8 | 3.8 | 4.1 | 2.9 | 228 | |
| Öğrenme | 37.0 | 8.7 | 8.8 | 11.9 | 10.8 | 10.0 | 3.7 | 6.4 | 2.7 | 88 | |
| Hareketlilik | 31.7 | 13.1 | 11.0 | 10.8 | 12.1 | 7.9 | 6.3 | 3.4 | 3.7 | 623 | |
| Kişisel bakım | 23.3 | 11.5 | 9.7 | 18.8 | 9.8 | 8.7 | 4.4 | 5.3 | 8.4 | 146 | |
| Zihinsel | 42.2 | 11.2 | 19.5 | 11.9 | 6.1 | 2.0 | 1.8 | 2.1 | 3.2 | 376 | |
| Yerleşim yeri | | | | | | | | | | | |
| Kentsel | 30.2 | 12.4 | 13.3 | 12.0 | 11.6 | 8.4 | 5.9 | 3.8 | 2.4 | 1,817 | |
| Kırsal | 29.7 | 9.2 | 10.1 | 14.2 | 12.1 | 9.3 | 7.6 | 4.1 | 3.8 | 616 | |
| Göçebe | 34.6 | 11.8 | 8.9 | 13.0 | 13.5 | 10.2 | 4.1 | 2.7 | 1.2 | 203 | |
| Total | 30.4 | 11.6 | 12.2 | 12.6 | 11.9 | 8.7 | 6.1 | 3.8 | 2.6 | 2,636 | |

Bulgular gösterir ki Somali'deki engellilerin % 42'si araştırmadan önceki 12 ay içinde herhangi bir bakım ve destek almamışlardır. Engelli bireylerin % 56'sı tıbbi bakım hizmeti alabilirken % 51'lik dilim sosyal yardım, % 3'lük dilim maddi yardım, % 1'lik dilim ise sadece beslenme desteği almaktadır (Şekil 3.6).



Şekil 3.6. Araştırmadan önceki 12 ay içinde engellileri için her türlü bakım ve desteği alan engellilerin yüzde dağılımı (The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. Kaynak The Somali Health and Demographic Survey 2020, <https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020Updated.pdf> (Erişim tarihi: 20.02.2022).

Çizelge 3.5. Son 12 ayda engellileri için herhangi bir bakım ve destek alan engellilerin özgeçmiş özelliklerine göre yüzde dağılımı, SHDS 2020(The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. Kaynak The Somali Health and Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi: 23.03.2022)

| Arkaplan özellikler | Alınan bakım ve destek | | | | | Kişi sayısı |
|---------------------------|------------------------|------------|------------|------------|-------------|--------------|
| | Tıbbi | Refah | Parasal | Beslenme | Destek yok | |
| Üyelerin cinsiyeti | | | | | | |
| Erkek | 53.8 | 1.0 | 3.1 | 0.5 | 42.5 | 2,212 |
| Kadın | 57.4 | 1.6 | 2.3 | 0.6 | 42.3 | 2,490 |
| Yaş | | | | | | |
| 0-4 | 16.6 | 1.7 | 2.0 | 1.1 | 67.7 | 900 |
| 5-9 | 36.5 | 2.0 | 2.2 | 0.4 | 57.4 | 575 |
| 10-14 | 42.7 | 1.2 | 2.3 | 0.3 | 48.6 | 445 |
| 15-19 | 36.0 | 0.7 | 3.2 | 0.6 | 61.9 | 354 |
| 20-24 | 57.0 | 1.5 | 2.2 | 0.7 | 37.3 | 220 |
| 25-29 | 58.9 | 2.1 | 4.7 | 0.3 | 42.4 | 195 |
| 30-34 | 82.9 | 0.9 | 0.7 | 0.0 | 15.8 | 164 |
| 35-39 | 83.9 | 0.6 | 1.2 | 0.0 | 19.3 | 143 |
| 40-44 | 83.2 | 0.5 | 2.9 | 1.0 | 22.0 | 152 |
| 45-49 | 97.0 | | 2.5 | 0.0 | 11.5 | 90 |
| 50-54 | 79.2 | 2.6 | 4.5 | 0.0 | 18.6 | 220 |
| 55-59 | 81.8 | 1.6 | 6.5 | 0.0 | 18.3 | 138 |
| 60-64 | 86.8 | 0.9 | 3.1 | 0.4 | 17.2 | 241 |
| 65-69 | 76.3 | 0.3 | 3.7 | 0.0 | 24.6 | 125 |
| 70+ | 86.4 | 0.9 | 2.4 | 0.9 | 29.3 | 740 |
| Yerleşim yeri | | | | | | |
| Kentsel | 53.9 | 1.7 | 2.7 | 0.5 | 43.5 | 3,358 |
| Kırsal | 53.5 | 0.4 | 2.5 | 0.8 | 46.4 | 1,137 |
| Göçebe | 95.9 | 0.6 | 3.2 | 0.0 | 2.3 | 207 |
| Servet miktarı | | | | | | |
| En düşük | 65.4 | 1.4 | 1.9 | 0.9 | 32.7 | 662 |
| İkinci en düşük | 53.7 | 2.2 | 1.7 | 0.5 | 47.2 | 1,004 |
| Orta | 54.0 | 1.7 | 2.3 | 0.5 | 44.4 | 972 |
| Orta üstü | 54.3 | 0.9 | 3.3 | 0.5 | 42.4 | 1,121 |
| En yüksek | 54.2 | 0.5 | 3.8 | 0.7 | 41.9 | 944 |
| Toplam | 55.7 | 1.3 | 2.6 | 0.6 | 42.4 | 4,702 |

Çizelge 3.6. Kökenine göre özürhüleri yüzde dağılımı (The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. Kaynak The Somali Health and Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi: 25.01.2022).

| Engelliğin kökeni | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-------------|-------------------|-----------------------|-------------------|------------|-------------|----------------|---------------|------------|-------------|--------------|-----------------------|
| | Doğuştan | Bulaşıcı Hastalık | Çocuk doğum koşulları | Diğer hastalıklar | Taciz | Yaşlanma | Yaralanma/kaza | Cadılık/Sihir | Diğerleri | Bilmeyenler | Toplam | Eydeki engelli sayısı |
| Cinsiyet | | | | | | | | | | | | |
| Erkek | 16.9 | 9.9 | 5.7 | 22.6 | 1.6 | 16.7 | 13.4 | 0.3 | 4.7 | 8.2 | 100.0 | 1195 |
| Kadın | 13.8 | 11.6 | 3.1 | 20.9 | 0.9 | 27.2 | 13.1 | 0.1 | 2.6 | 6.8 | 100.0 | 1445 |
| Yaş | | | | | | | | | | | | |
| <5 | 55.2 | 3.8 | 18.9 | 7.4 | 0.9 | | 8.7 | 0.2 | 1.9 | 3.0 | 100.0 | 117 |
| 5-9 | 26.6 | 11.1 | 9.6 | 26.0 | 0.6 | 1.2 | 12.6 | 0.7 | 3.1 | 8.6 | 100.0 | 212 |
| 10-14 | 30.8 | 9.7 | 11.6 | 18.5 | 1.3 | 2.5 | 13.9 | | 1.7 | 10.0 | 100.0 | 180 |
| 15-19 | 38.7 | 8.2 | 7.4 | 19.0 | 0.0 | 0.5 | 17.8 | 0.3 | 4.3 | 3.6 | 100.0 | 121 |
| 20-24 | 20.7 | 15.9 | 4.5 | 27.8 | 0.0 | 1.9 | 9.1 | 0.8 | 8.5 | 10.8 | 100.0 | 121 |
| 25-29 | 14.3 | 10.1 | 8.6 | 22.2 | 1.8 | 0.5 | 26.0 | 0.3 | 6.8 | 9.2 | 100.0 | 122 |
| 30-34 | 20.0 | 19.2 | 1.8 | 23.0 | 4.4 | 1.6 | 10.9 | 0.0 | 4.8 | 14.3 | 100.0 | 137 |
| 35-39 | 12.3 | 20.0 | 5.7 | 29.4 | 0.5 | | 19.5 | 0.0 | 1.5 | 11.1 | 100.0 | 123 |
| 40-44 | 18.9 | 12.4 | 3.7 | 35.9 | 2.5 | 2.4 | 12.5 | 0.0 | 2.4 | 9.3 | 100.0 | 129 |
| 45-49 | 12.4 | 10.3 | 2.1 | 22.1 | 3.8 | 6.8 | 26.1 | 0.0 | 5.6 | 10.8 | 100.0 | 86 |
| 50-54 | 5.5 | 13.2 | 0.6 | 26.2 | 2.0 | 21.4 | 18.6 | 0.0 | 4.4 | 8.2 | 100.0 | 188 |
| 55-59 | 5.6 | 12.2 | 2.2 | 19.0 | 0.0 | 24.9 | 20.7 | 0.0 | 6.1 | 9.3 | 100.0 | 120 |
| 60-64 | 5.1 | 11.4 | 0.9 | 15.2 | 1.0 | 43.0 | 14.4 | 0.6 | 1.9 | 6.5 | 100.0 | 219 |
| 65-69 | 4.6 | 7.2 | 0.0 | 32.5 | 0.0 | 42.2 | 10.1 | 0.0 | 3.0 | 0.4 | 100.0 | 100 |
| 70+ | 3.7 | 7.6 | 0.4 | 18.2 | 0.9 | 54.8 | 6.6 | 0.0 | 3.0 | 4.9 | 100.0 | 664 |
| Yerleşim yeri | | | | | | | | | | | | |
| Kentsel | 14.6 | 9.4 | 4.0 | 21.7 | 1.5 | 21.2 | 14.9 | 0.2 | 3.8 | 8.7 | 100.0 | 1817 |
| Kırsal | 16.8 | 13.2 | 4.4 | 22.5 | 0.7 | 24.9 | 10.0 | 0.2 | 3.0 | 4.2 | 100.0 | 616 |
| Göçebe | 15.2 | 15.8 | 5.9 | 19.2 | 0.2 | 25.5 | 8.4 | 0.2 | 3.3 | 6.4 | 100.0 | 207 |
| Toplam | 15.2 | 10.8 | 4.3 | 21.7 | 1.2 | 22.4 | 13.2 | 0.2 | 3.6 | 7.4 | 100.0 | 2640 |

Erkeklerin % 43ü ve kadınların % 42 si anketten önceki 12 ay içerisinde herhangi bir tıbbi bakım, sosyal yardım, mali ve beslenme desteği almadıkları gösterilmiştir. Cepten sağlığın finansmanı OECD'nin tanımına göre sigortanın sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılamadığı durumlarda doğrudan hasta tarafından karşılanan sağlık harcamaları veya giderleri şeklinde tanımlanır. Doktor ücreti, ilaç, teşhis, ameliyatlar, tetkikler, ambulans hizmetleri, nakil vasıta giderleri, yatak ve diğer ekipman bedelleri buna dahildir (SHDS, 2020).

3.3. ANNE ÖLÜMÜ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (WHO 2019) hamilelik döneminde veya hamilelik sona erdikten 42 gün sonrasına kadar hamilelik veya yönetimi ile ilgili herhangi bir nedenden dolayı meydana gelen ölümler anne ölümü şeklinde tanımlınır. Şiddet hariç, ölüm; hamilelikle ilgili olmayan nedenlere bağlı olsa bile belirtilen süre içinde meydana gelen bütün ölümler anne ölümü olarak değerlendirilir ve yaşa özel ölüm oranları sayıya bölünerek hesaplanır. Anne ölümleri hesaplanırken 100 000 doğumdaki anne ölümlerinin sayısı olarak anne ölüm oranı şeklinde (MMR) kullanılan uluslararası yaygın bir anne ölüm ölçüsüdür (Çizelge 3.7).

Çizelge 3.7. Beş yıllık yaş gruplarına göre, anketten önceki iki yıl için kadın ve erkek ölüm oranlarının doğrudan tahminleri, SHDS 2020 (The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. Kaynak The Somali Health and Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi: 23.01.2022)

| Kadın | | | | | |
|---------------------|---------------------------|----------------|------------------------|---------------------|---------------|
| Yaş | Ölüm (2 yıl önceki anket) | Yıllık ölümler | 7 yıl içindeki ölümler | Maruz kalma (7 yıl) | Ölüm oranları |
| 15-19 | 247 | 124 | 865 | 211,379 | 4.09 |
| 20-24 | 354 | 177 | 1239 | 151,012 | 8.20 |
| 25-29 | 422 | 211 | 1477 | 153,497 | 9.62 |
| 30-34 | 292 | 146 | 1022 | 93,728 | 10.90 |
| 35-39 | 205 | 103 | 718 | 93,112 | 7.71 |
| 40-44 | 101 | 51 | 354 | 54,563 | 6.48 |
| 45-49 | 91 | 46 | 319 | 33,202 | 9.59 |
| Toplam 15-49 | 1,712 | 856 | 5992 | 790,492 | 7.58 |
| Erkek | | | | | |
| Yaş | Ölüm (2 yıl önceki anket) | Yıllık ölümler | 7 yıl içindeki ölümler | Maruz kalma (7 yıl) | Ölüm oranları |
| 15-19 | 168 | 84 | 588 | 168,284 | 3.49 |
| 20-24 | 153 | 77 | 536 | 106,983 | 5.01 |
| 25-29 | 232 | 116 | 812 | 115,028 | 7.06 |
| 30-34 | 191 | 96 | 669 | 87,506 | 7.64 |
| 35-39 | 165 | 83 | 578 | 85,037 | 6.79 |
| 40-44 | 214 | 107 | 749 | 63,380 | 11.82 |
| 45-49 | 140 | 70 | 490 | 35,237 | 13.91 |
| Toplam 15-49 | 1,263 | 632 | 4421 | 661,454 | 6.68 |

Anne ölümlerinin ana nedenlerinin başında doğum sonu kanamaları preeklampsi, eklampsi, doğumun engellenmesi bulaşıcı hastalıklar ve sepsis gelir. Mortalitenin bütün dünyada temel belirleyici üyesi planlamanın düşük düzeyde ya da bilgi kusuru bulunduğu halde yapılması, vasıflı doğum görevlilerinin sınırlı katılımı ya da yeterli

sağlık hizmet sunumu alınamaması ana iki sebep olarak öncelenir (SHDS, 2020) (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. Araştırmadan önceki 24 ay içinde nedene göre ve kadının üreme yaşına karşılık gelen yaş grubuna göre kadın ölümleri, SHDS 2020 (The Somali Health and Demographic Survey 2020 UNFPA. Kaynak The Somali Health and Demographic Survey 2020, https://www.nbs.gov.so/wp-content/uploads/2021/09/SHDS-Report-2020_Updated.pdf (Erişim tarihi: 27.02.2022)

| Yaş | Kadın ölümleri | Hamileyken | Ölüm zamanı | | | Anne |
|---------------|----------------|------------|----------------|------------------------------|---------------------|--------------|
| | | | Doğum yaparken | Doğum sonrası 6 hafta içinde | Kaza veya şiddetten | |
| 15-19 | 247 | 144 | 24 | 4 | 13 | 159 |
| 20-24 | 354 | 215 | 45 | 33 | 19 | 274 |
| 25-29 | 422 | 236 | 82 | 39 | 24 | 334 |
| 30-34 | 292 | 159 | 50 | 19 | 18 | 209 |
| 35-39 | 205 | 94 | 31 | 14 | 11 | 128 |
| 40-44 | 101 | 38 | 1 | 4 | 3 | 40 |
| 45-49 | 91 | 22 | 2 | 3 | 3 | 24 |
| Toplam | 1,712 | 907 | 236 | 115 | 91 | 1,168 |

MMR somali'de her ne kadar tabloları anne sağlığı için gelişmemiş bir ülkeye göre iyi bir gösterge olmasına rağmen anne ölümlerinin kayıtlarının olmaması sebebiyle hesaplanması oldukça güçtür. Somali'de toplam 95 087 hane ile görüşülerek yapılan incelemelerde 2 yıl içinde ölen 15-49 yaş arası kadınlar; en fazla ölüm görülen yaş aralığı 25 - 29 yaş aralığıdır. Araştırmaya göre 907 kadın hamileyken, 236 kadın doğum yaparken, 115 kadın doğumdan sonraki altı hafta içinde öldü. Bununla birlikte, bu 1.259 gebelikle ilgili ölümün 91'i (% 7) tesadüfi nedenlere bağlıydı. Buna göre hamileyken veya doğum yaparken yahut doğumdan sonraki 6 hafta içinde kaza veya şiddet harici ile kadın ölümleri sayısı 1168 dir. Bu kadınlardan 334 tanesi 25-29 yaş aralığındaki kadınlardan oluşmaktadır (SHDS 2020).

3.4. ANNE ÖLÜM TAHMİNİ

Anne ölüm tahminleri kısa vadeli olarak 1- 2 yıl gibi yakın bir zaman aralığında bir hanedeki anne ölümleri hakkında sorular sorarak popülasyonun uygun örnekleme elden geçirilmek suretiyle tahmin edilmeye çalışılır (SHDS 2020).

3.5. ANNE ÖLÜM ORANI (MM ORANI)

Demografik istatistikler de oranlar genellikle maruz kalma oranları olarak tanımlanmaktadır. Ancak ölümlere ilişkin uluslararası çalışmalarda DSÖ, UNFPA, UNICEF, Dünya Bankası Grubu ve Birleşmiş Milletler Nüfus Birimi'ni içeren Anne Ölüm Tahmini Kurumlar Arası Grup (MMEIG), Anne Ölüm Hızını (MMRate) anne ölüm hızı olarak hesaplamaktadır. Anne ölümlerinin bir popülasyonda üreme çağındaki kadınların yaşadığı yıllara bölünmesi ile elde edilen bir veri olarak değerlendirilir. Genellikle 1000 faktörü ile çarpılır ve binlik olarak ifade edilir. SHDS 2020 verilerine dayanarak, Somali için MMRate'in 1000 kadın-yılı maruziyet başına 1,4694 anne ölümü olduğu tahmin edilmiştir. Bu, ülkede 15-49 yaş arası her 1000 kadından 1-2'sinin belirli bir yılda hamilelikle ilgili komplikasyonlar nedeniyle öldüğü anlamına gelir (SHDS 2020).

3.6. ANNE ÖLÜM ORANI

Anne ölüm oranı aynı dönemde geçerli olan genel doğurganlık hızına (GFR) göre sonuç 100 000 ile çarpılarak anne ölüm oranına 100.000 canlı doğumda ölüm olarak da ifade etmek mümkündür. Somali için Anne Ölüm Oranı, 100.000 canlı doğumda 692 ölümdür. Bu, ülkede her 1000 canlı doğumda yaklaşık 7 kadının hamilelik, doğum sırasında veya doğumdan sonraki iki ay içinde öldüğü anlamına gelir (SHDS 2020).

Somali'nin 2017-2019 Ulusal Kalkınma Planı'na göre hedefleri, 2019 yılına kadar Anne Ölüm Oranının 100.000 canlı doğumda 732'den 600'e düşürülmesini içeriyordu. Somali'deki MMR 2015'te 732'den şu anda 692'ye düşmüş durumdadır. Komşusu Kenya gibi ülkelere oranla bu oran hâlâ çok yüksektir. Komşusu Kenya'da 100 000'de 362), Etiyopya (100.000'de 412) ve Uganda (100.000'de 336) oranları ile Somali neredeyse iki katına yakın anne ölümü oranına sahiptir. Somali'nin yüksek anne ölüm oranı, yüksek doğurganlık düzeyi, düşük doğum kontrolü kullanımı düşük vasıflı doğum oranı, anne sağlığı hizmetlerine erişimin yetersizliği, acil doğum bakım gibi hizmetlere yetersiz erişim, doğum sonrası bakım ve beslenmenin düşük düzeyde olması ile bebeklik yaşında kadın sünnetinin kullanılması gibi nedenler ana faktörler olarak anne ölümünde başrolü oynayan nedenlerdir (SHDS 2020).

3.7. GEBELİĞE BAĞLI ANNE ÖLÜM ORANI

Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı (Pregnancy-Related Mortality Rate -PRMR), 15-49 yaş arası 1000 kadın başına düşen gebelikle ilişkili ölümlerin sayısıdır. PRMR, Anne ölümü, bir kadının hamileyken, doğum sırasında veya hamileliğin sona ermesinden sonraki 42 gün içinde, kaza veya şiddet eylemi dışında herhangi bir nedenle ölümü anlamına gelir. Gebeliğe bağlı ölüm ise, ölüm nedenine bakılmaksızın bir kadının hamileyken, doğum sırasında veya gebeliğin sona ermesinden sonraki iki ay içinde herhangi bir ölümü anlamına gelir. Beş yıllık yaş gruplarına göre gebeliğe bağlı ölüm oranları, gebelik sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. PRMR, kaza veya şiddete bağlı ölümleri hariç tutmaz. Ölüm sayısı, ölüm anındaki yaş gruplarına göre gebelik veya doğum sırasında yahut doğumdan sonraki 2 ay içinde öldüğü bildirilen 15-49 yaş arası kadın sayısını ifade etmektedir. 15-49 yaş arası kadınlar arasında gebeliğe bağlı ölüm oranı, maruziyeti 1.000 kadın yılı başına 1,5833 gebelikle ilgili ölümdür (SHDS 2020).

Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı (PRMR), 100 000 canlı doğumda gebeliğe bağlı ölümlerin sayısıdır. PRMR, 15-49 yaş arası kadınlar için yaşa göre standardize edilmiş gebelikle ilişkili ölüm oranının, genel doğurganlık hızının (GFR) 100.000 ile çarpılmasıyla bölünerek hesaplanır. Bu; her yüzbin canlı doğumdan 746 anne ölümü ile her bin canlı doğumdan yaklaşık 7 kadının öldüğü anlamına gelmektedir (SHDS 2020).

3.8. YAŞAM BOYU ANNE ÖLÜMÜ RISKİ (LIFETIME RISK OF MATERNAL DEATH: LTR)

Yaşam boyu anne ölümü bir kadının üremeyi yaşamı boyunca hamilelik veya doğum nedeniyle riski olarak tanımlanır. Yani başka bir ifade ile 15 yaşında bir kız çocuğunun doğurganlık dönemi sonuna kadar ölme olasılığını ifade eder. Burada hem hamile kalma hem de ölme olasılığı hesaba katılır. Burada 15 yaş sonrası meydana gelen ölümlerin üreme yaşamı boyunca ölüm riski düşük doğurganlık ortamında olduğundan daha yüksektir. SHDS verilerine göre Somali için Anne ölümlerinin LTR'si 0,04699'dur. Bunun anlamı şudur; 15 yaşında çocuk doğurma çağına giren her 20 kadından biri doğurganlık çağının sonu 50 yaş olarak kabul edilir ise bu yaşa varmadan önce gebeliğe bağlı komplikasyonlardan ölme riski ile yüzyüzedir. Bu göstergede kaza

ve şiddete bağlı ölümler dâhil edilmez. Somali'de strese bağlı ölümler de ciddi bir yer tutar (SHDS 2020).

3.9. BEBEK ÖLÜMLERİ

Somali'de UNİCEF verilerine göre 5 yaşı altı çocukların muhtemel ölüm oranları her 1000 çocukta 224 tür. Çocuk ölüm hızı 1000 çocuktan 132, normal yaşı gereği olan ağırlığının altında olan çocuk sayısı % 25,8, yaşının bulunduğu yeni yaşa ait boy ölçüsü ortalamasının altında olan çocuk sayısı %23,3, aşırı zayıf olan çocuk sayısı % 17,2 olup temiz su kaynaklarından içme suyu kullanan çocukların oranı % 23,1 olarak gösterilmiştir. Sanitasyona uygun bir tuvalete sahip olanların oranı sadece % 48,5 dir. İlkokul imkânı olup da kayıt olanlardan bitirenlerin sayısı % 72,5, ilköğretim Okulunu bitirenlerin toplam miktarı % 58,4 tür. Bir mektup ya da gazeteyi doğru düzgün okuyabilen 15 yaş üstü birey sayısı % 16,6 ve gebelik süresince herhangi bir sağlık kuruluşundan yardım almış gebe sayısı % 32,2, modern kontraseptif yöntemlerinden birini kullanan bayan sayısı %11,7, yenidoğan döneminde bir sağlık kuruluşuna başvuran birey sayısı % 33,5, her 5 yeni doğan çocuktan 2,5 Kg'ın üzerinde olan çocuk sayısı % 0,3'tür (UNICEF,2016).

Bebeklerden 6-59 aylık bebeklerin vitamin -A alan çocuk sayısı % 39,2 bebek doğduktan sonra 8 haftaya kadar -A- vitamin alan anne miktarı % 13,4, bebeğini özel emzire bilen anne sayısı % 21,0, 6 aydan sonraki aylarda anne sütü ve tamamlayıcı gıda alan bebeklerin oranı % 12,5, bebeklerini 12 - 15 ay emzirebilmiş anne oranı % 26,6 dir. Difteri, şarbon ve tetanoz aşıları yapılmış çocuk oranı % 32,6'dır. Kızamıkcık yapılmış çocuk sayısı miktarı % 15,6, polio (çocuk felci) yapılmış çocuk oranı % 36,9, ilk bir yıl içerisinde tüberküloz aşısı olmuş çocuk sayısı % 69,3, neonatal tetanoz aşısı oranı %24 ve 5 yaş altı ishal problemi olup da oral rehidrasyon almış çocuk sayısı %67,2 dir (Çizelge 3.9).

Çizelge 3.9. MICS 2000 Somali için örneklem büyüklüğü hesaplaması (Kaynak: <https://datacatalog.worldbank.org/search/dataset/0060345/Somalia---Multiple-Indicator-Cluster-Survey-2000> (Erişim tarihi : 02.03.2023)

| Anahtar göstergesi | Hedef kitle | Nüfusun yüzdesi | Yaygınlık | Ortalama hane büyüklüğü | Hata payı | Düzeltilme faktörü |
|----------------------------|-------------|-----------------|-----------|-------------------------|-----------|--------------------|
| DPT3 | 12-23 ay | .03 | .3 | 6 | .05 | 4,278 |
| OPV3 | 12-23 ay | .03 | .3 | 6 | .05 | 4,278 |
| KIZAMIK | 12-23 ay | .03 | .45 | 6 | .05 | 4,278 |
| BCG | 12-23 ay | .03 | .4 | 6 | .05 | 4,278 |
| TT2+ | 0-11 ay | .04 | .1 | 6 | .05 | 4,278 |
| Vit. A | 6-59 ay | .03 | .07 | 6 | .03 | 3,094 |
| ORT | < 5 yıl | .16 | .11 | 6 | .05 | 872 |
| % zayıf | < 5 yıl | .16 | .12 | 6 | .05 | 338 |
| İlkokul kaydı | 6-14 yıl | .27 | .2 | 6 | .03 | 844 |
| Güvenli suya erişim | Hane | 1 | .3 | 6 | .05 | 110 |
| Yeterli sanitasyona erişim | Hane | 1 | .45 | 6 | .05 | 84 |

Şikayetçi olup da evde tedavi edilen 5 yaş altı çocuk miktarı % 35, akut respiratuvar enfeksiyonlardan ilaç kullanmış çocuk sayısı % 85,8 dir. İlkokul öncesi çocukların okul öncesi eğitim alma düzeyi sadece % 1,9 dur. Doğumu aynı günde doğru kaydedilmiş birey sayısı sadece % 1,8 dir. Anne-babalarından ayrı başka bir ailenin yanında yaşayan 0-14 yaş grubu çocuk sayısı % 5,1 ve aynı yaş grubundan yetim olan çocuk sayısı % 9,5 tir. Çocuk iş gücü kullanımı ucuz işgücü olması bakımından oldukça önemli bir yer kaplar (% 41,9). Sıtma hastalığına yakalandığı halde sıtma ilacına ulaşp da alabilen 0-5 yaş çocuk miktarı sadece % 18,5 dir.

3.10. ANNE VE YENİ DOĞAN SAĞLIĞI

Anne sağlığında son yıllarda elde edilen kazanımlara rağmen, Somali'nin karşı karşıya olduğu en büyük zorluklardan biri yüksek anne ölüm oranlarıdır. Bu durum, doğum öncesi ve sonrası bakımın az olması ile yetenekli sağlık hizmetleri uzmanları ya da sağlık kuruluşlarında doğum yapma sayısının az olması ile ilişkilidir. Bu faktörler biri

birleri ile oldukça bağlantılıdır. Sağlık hizmetlerinden hamilelikleri boyunca yararlanabilen kadınlar, yeni doğan bebeklerinin sağlığı için destek almaya daha yatkındırlar. Doktor, hemşire, ebe, gibi profesyonel sağlık çalışanlarından doğum sırasında yardım alan kadınlar, üçte birinden (% 32) daha azdır. Genelde, kentsel bölgelerde yaşayanlar, genç ve eğitilmiş Somalili anneler kırsal, göçebe, eğitimsiz olan ve yaşlı olan annelerden sağlık çalışanlarından doğum sırasında yardım almaya daha meyillidirler (SHDS 2020).

Somalide evde yapılan doğumların % 79'u ve her beş doğumdan biri (% 21) bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Yapılan doğumlar, özel sektör kuruluşlarında (% 4), devlet sağlık kuruluşlarında (% 17) daha yaygındır. Kentsel bölgelerde bile, doğumların sadece % 28'i devlet sağlık kuruluşlarında gerçekleşirken özel sağlık kuruluşlarında bu oran % 6'dır. Doğum öncesi ve sonrası, kadınlara ve onların hasta bakıcılarına daha iyi kararlar verebilmeleri için daha çok müdahale yapılması gerekmektedir. Kadınların hayatında herhangi iyi bir gelişim sağlayabilmek için, sağlık alanında karşılaştıkları engelleri aşmalarına yardımcı olmak gerekmektedir. En az on kadından yedisi (% 73) ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetlerine ulaşmada en az bir problemle karşılaştıklarını belirtmektedirler. Kadınların çoğunluğu (% 65'i) parayı, (% 62'si) sağlık kuruluşlarına uzaklığı bir engel olarak görmektedir (SHDS 2020).

3.11. CİNSİYETE DAYALI ŞİDDET

Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet (Gender Based Violence, GBV) özellikle kadınlar tarafından dünya çapında karşılaşılan en yaygın insan hakları ihlallerinden biridir. Somali'de kadınların % 60'ından fazlası fiziksel istismar, eğitimden mahrum bırakılma, zorla evlendirilme, ev içi tecavüz ve cinsel taciz gibi çeşitli şiddet türlerine maruz kalmaktadırlar. Ayrıca daha iyi eğitim görmüş kadınlar; eğitimsiz, sadece ilk veya orta öğretim görmüş kadınlara göre daha az şiddet görmektedirler (SHDS 2020).

Somalide 15-49 yaş arası kadınların % 14'ünün fiziksel şiddete 12 yaşından itibaren maruz kaldıklarını belirtirken, % 8'i yılın her ayı fiziksel şiddete maruz kalmaktadırlar. En fazla şiddeti kimin kadınlara uyguladığı sorulduğunda, kadınların yarısından çoğu

(% 59'u) eşleri tarafından hem fiziksel hem de duygusal istismara uğradıklarını belirtmişlerdir (SHDS 2020).

3.12. KADIN SÜNNETİ

Genital Mutilasyon/Kesme (FGM/C) olarak da bilinen kadın sünneti, Somali'de yüzyıllardır uygulanmaktadır. SHDS ye göre 15-49 yaş aralığındaki kadınların, % 99'u FGM/C'ye uğramıştır. Kadınların % 64'ünde Firavun sünnet, % 12'sinde ara tip (Tip-2), yüzde 22'si ise Sünni sünneti (Tip-1) olmuştur. 15-49 yaş aralığındaki kadınların çoğu 5-9 yaş arasındayken sünnet edilmiştir (SHDS 2020).

3.13. YETİŞKİN VE ANNE ÖLÜMÜ

Yetişkin ve anne ölümlerine ilişkin uluslararası kuruluşların göstergelerine göre, nüfusun sağlık durumunu değerlendirmek için kullanılabilir. Geriye doğru (2015-2020) bakıldığında kadın ölümlerinin erkek ölümlerinden daha fazla olduğu görülmektedir. Üreme çağındaki kadınlar içinde en yüksek ölüm oranı 30-34 yaş aralığındadır. Bu döneme ait veri, 1000 nüfus başına düşen 10,9 ölümdür. Bu, aynı zamanda doğum yaşı aralığının zirvede olduğu gruptur. Anne ölüm sebeplerinin ana nedeni; doğum sonu kanama, preeklampsi/eklampsi, doğumun engellenmesi ve sepsis'tir. Genel olarak, 15 yaşına girmiş olan kadınların dörtte biri ile erkeklerin (% 24'ü) 50 yaşına gelmeden hayata veda ederler. Yıllar içinde bazı gelişmeler oldu ise de bu ilerlemeler ölüm oranlarında ciddi bir değişime sebep olamamıştır. Somali'deki 100 000 canlı doğumdaki anne ölüm oranı 2015'te 732'den 692'ye düşmüştür. Ancak, her Somalili annenin hayatını kurtarmak için daha çok çaba harcanabilir. Son dönemde yapılan çalışmalar göstermektedir ki; doğuma bağlı komplikasyonlardan ötürü, her 1000 kadından biri 15-49 yaş arasında ölmektedir. Ayrıca kadınların üreme dönemlerinde hamileliğe bağlı ölüm oranı % 5 dolaylarında tahmin edilmektedir.

BÖLÜM 4

YILLARA GÖRE NÜFUS POLİTİKASI

1965-70 yılları arasında dünya nüfus büyüme hızı % 2,04 tür. Belli istatistiki hesaplarla 50 yıl ya da 100 yıl sonrası hesaplandığında çok yüksek rakamlara ulaşılır. Bu dönemdeki büyüme günde 244 000 ya da saatte 10 000 kişinin dünya nüfusuna katılması anlamı gelmektedir (Dervişoğlu, 1990). Nüfus artışına bağlı beslenme, gelişme, ekonomik düzen, çevre ve çevresel etkiler, kentleşme, gelir dağılımı gibi toplumu ayakta tutan birçok parametrenin dengesini kaybetmesi anlamına gelir (Fişek, 1983).

Örneğin Türkiye'de bilimsel olarak 1965 yılına kadar pronatalist daha sonrasında antinatalist bir politika izlenmiştir (Hükümeti-UNICEF, T. C., 1991). Bu politikanın esası tarım ve hayvancılıkta çalışabilecek iş gücünü üretilmesidir. 1938 yılında erkekler için evlenme yaşı 18'den 17'ye kızlar için 17'den 15'e indirilmiştir. Aynı dönemde 6 ve üzeri çocuğu bulunan ailelerin ödüllendirildiği bilinmektedir. Aynı dönemde doğum kontrol araçları ve ilaçları satışı ve ithalatı yasaklanmıştır. O dönemlerde kanunen çocuk aldırma bir suç olarak tanımlanmıştır. Devamında, 1936 yılından sonra ceza da arttırılmıştır (Hükümeti-UNICEF, T. C., 1991). Doğurganlıktan yana izlenen bütün politikalara rağmen 1940 yılına kadar nüfus artış hızı düşüktür. Ancak 1945 ile 1950 yılları arasında üç katına ve 1950- 60 yılları arasında bir önceki dönemden de daha fazla olmuştur (Hükümeti-UNICEF, T. C., 1991). Buna göre nüfus artış hızı 1950-60'ta % 2,8, 1965'te % 2,46, 1970'te 2,52, 1975'te 2,50, 1980 de 2,07, 1985'te 2,49 ve 1990'da 2,17 olarak gerçekleşmiştir (Türkiye İstatistik Yıllığı 1993,).

Nüfus artış hızının çok yüksek olması sağlık hizmetlerinin hızlı, verimli ve etkin kullanılmasını ya da bir diğer ifade ile sağlık hizmetlerinin toplumsal olarak sosyalleştirilmesinin önünde büyük engel olarak çıkmıştır. Bu artış hızı 1962 yılında antinatalist yöntemlerin planlanmasını beraberinde getirmiştir. 1983 yılında 557 sayılı

kanun 2827 sayılı yasa ile genişletilmiş aile planlamasının esasları gebeliğin sona erdirilmesi, sterilizasyon ameliyatları, acil müdahale halleri, gebelik önleyici ilaçlar-araçların sağlanmasına, üretilmesine ilişkin konular yeniden aile planlaması kapsamında düzenlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, AÇS-AP Genel Müdürlüğü, 1991). Bu dönemde eğitim görmüş ebe, ebe-hemşire ve hemşirelerin aile planlamasındaki rolü net olarak tanımlanmış rahim içi araç uygulamasına da bu yasa ile izin verilmiştir (Hükümeti-UNICEF, T. C., 1991). Nüfus artış hızının çok yüksek olması sağlık hizmetlerinin hızlı, verimli ve etkin kullanılmasını ya da bir diğer ifade ile sağlık hizmetlerinin toplumsal olarak sosyalleştirilmesinin önünde büyük engeldir.

Dünyada Aile planlaması nüfusun az olduğu zamanlarda nüfusun artışına yönelik yapılmakta idi. Mesela 1980'li yıllarda dünyanın en kalabalık 10 ülkesi dünya nüfusunun % 60'ını ihtiva ediyordu. Bir süre sonra nüfus artışı öngörülemez hale geldiğinde nüfus artışını sınırlama önerilmiştir. 1984 yılında Uluslararası Nüfus Konferansı'nda bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmayı sorumlucu beraber karar vermeleri hükme bağlandı (Dervişoğlu, 1990). Bu amaçla bilgi, birikim, eğitim ve nüfus planlama araçlarına sahip olmak konusunda eşlerin eşit sorumluluk sahibi olmaları önerildi. Temelinde üreme sağlığı hizmetlerinin doğru yürütülmesi, yüksek riskli gebeliklerin sayısının azaltılması, çocuk ölümlerinin önüne geçilmesi, sakat bırakan hastalıkların engellenmesi önemli bir ölçüt olarak tespit edildi. Buradan hareketle zaman içerisinde kontraseptif bilgi ve hizmetler çeşitlendirildi. Kontrasepsiyon yöntemleri değişik model ve şekillerde geliştirilmeye çalışıldı. Bu dönemde kontrasepsiyon işlemine bakıldığında toplam nüfusunun % 50 den 1 fazlası bir kontraseptif yöntem kullanıyordu. Aynı dönemde Nijerya ve Pakistan'da kontraseptif kullanımı % 8, bangladeş'te % 25, Amerika Birleşik Devletleri'nde % 68, Çin'de % 81, İngiltere de % 83 idi. Aynı dönemde dünyanın kalabalık bazı ülkelerinde zorla yaptırılan düşükler yaygın olarak kullanılmaya başlandı ve kürtaj birçok ülkede yasal hale getirildi. Bu dönemde 1000 canlı doğuma karşılık Birleşmiş Devletler topluluğunda 2080, Brezilya'da 1200, japonya'da 1492 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde 422 düşük yapıldı (Dervişoğlu, 1990). Daha sonraki yıllarda cinsel ilişkiden bağımsız ve uzun süreli olarak kullanılabilen sterilizasyon ön plana çıktı. 1972-1984 yılları arasında

sterilizasyon yaptıran kadın ve erkeklerin sayısı daha önceki dönemlere göre 7 kat artarak 137 milyona ulaştı.

Bu dönemden sonra aile planlamasında; daha çok seçeneğin sunulması, kişiler arası daha iyi etkileşim, ürünlerde yüksek teknoloji kullanılması, kendi kendine yardım edebilme yeteneğinin ön plana çıkarılması, toplumun daha düzenli ve detaylı bilgilendirilmesi, kondom kullanımının yaygınlaştırılması, kullanılan kontraseptif ilaçların dozlarının düşürülmesi şeklinde tekli ya da kombinasyon halinde çeşitli varyasyonlar kullanıldı. Bu dönemde infertilitenin düzenlenmesi ve aile planlamasında zorlayıcı yaklaşımlar yerine bireysel bilgilendirme ve rıza ön plana çıkarıldı. Aynı dönemde Türkiye'de (1990) yılında 56 -57 milyon arası olan nüfusun yıllık nüfus artış hızı 2,17 idi. 1970'li yıllardan 90'lı yıllara kadar herhangi bir yöntem kullanmıyor olan bireylerin sayısı % 12'den % 0,9'a düşmüştür. Aynı dönemde Türkiye'de hap kullananların sayısı yüzdeler olarak 15 puan, rahim içi araç kullananların sayısı 29 puan, kondomu kullananların sayısı 28 puan tüp ligasyon yaptıranların sayısı 36 puan, vazektomi yaptıran erkeklerin miktarı 24 puan, geri çekme yaparak aile planlaması yapanların sayısı 22 puan artmıştır. Yine bu dönemde modern yöntemlerde rahim içi araç ve geri çekme yapanlar en yüksek bir noktadadır.

Kentleşmenin hızla yayıldığı bu dönemde özellikle gecekondulaşma ve geçim sıkıntılarının had safhada olması aile planlaması hizmetlerini hızlandırmıştır. Aynı dönemde sağlık insan gücü sayısı, üniversitelerin alana ilişkin çalışan akademik veya görevli sayısı gönüllü kuruluşların personel sayısı konunun bilimsel yönünü inceleyen ve bu alana ilişkin araştırma yapan akademisyen sayısı eğitim ve uygulamalar açısından geliştirilmiş standartların düzeyi günümüzün çok çok gerisinde idi. Bugün için kurulmuş olan sistemin temelleri Türkiye'de o günlerde atılmıştır. Hizmetlerin tamamı devletin destek ve denetimindedir. Bu alana ilişkin sağlık sistemi hizmet cevap verebilirliği genellikle uygun ve altyapı büyük ölçüde yeterlidir. Toplumda okuryazarlık, sosyal ekonomik yapı kadının toplum içindeki iş yeri ve değeri toplum içerisinde aile planlamasının anlaşılması, hizmetin uygun şekilde ulaşılabilir olması önemli bir parametredir. O dönemde aile planlaması konusunda 1. basamak sağlık sağlık memuru erkek personel aile planlaması eğitimi almazken günümüzde bütün sağlık personeline standart olarak bu eğitimler verilmektedir. Günümüzde hemen

sağlık hizmetleri birimlerinin insan gücü, araç, ekipman, teknik görsel bilgi ve benzeri modern çağın yararlanılabilecek bütün argümanları hizmete sunulmuş durumdadır (Piyal, 1994).

Dünya ölçeğinde bakıldığı zaman aile planlaması ülkeler bazında yaklaşım olarak şu şekilde değerlendirilebilir; Acil durumda olan ülkeler: Bunlar nüfus artış hızları son derece yüksek olan ve kontrasepsiyon yapanların sayısı % 10'dan daha düşük olan ülkeleri ifade eder. Gelişme aşamasında olan ülkeler; Aile planlaması programlarında kırsal bölgelere henüz yönelmeyen ya da kırsal kesimi tanımlayıp tarayamayan ülkeleri kapsayabilir. Nüfus planlaması gelişmiş; olduğu halde bunu sağlamlaştırılması gereken ülkeler toplumun kırsal yoksul ve ulaşılammış olan kesimlerinde ulaşılabilir kılınması üzerine çalışmak zorundadırlar. Nüfus planlamasında olgunluk aşamasında olan ülkeler: Bu ülkeler kontraseptiflerin elde edilebilir yöntemlerini çeşitlendirmek yeni yöntemler keşfetmek üzere araştırmalar yapmak ileri teknikler uygulamak ve nüfus parametrelerini balanse etmek zorundadırlar. Burada hizmet sunum sistemleri, hizmetin maliyet ve yararlılık açısından, iyileştirilmesi, hizmet sunum sistemlerinde yöntemlerin farklılaştırılması, bütün sektörlerle iş birliği yapılması, toplumda kalıcı olabilecek ve toplum hafızasında nesiller boyu sürebilecek kalıcı bilişim-kayıt-veri hizmeti üzerinde çalışmak ve olgunlaştırmak zorundadır. Hizmetlerin karşılaştırılması ve ilerleme düzeyinin kontrolü önemlidir. Bu da birkaç şekilde olabilir: Hizmetlerin sürekli çeşitlendirilmesi, erkek bireylere yönelik yeni korunma yöntemlerinin keşfedilmesine, mevcut teknik sistemlerin geliştirilerek yenilenmesi ve yeni inovatif yaklaşımların sergilenmesine, ilaçlara ilişkin yeni farmasötik modülasyonların geliştirilmesi ile dozajlarının düşürülerek daha uzun süreli etkinlik sağlanması esas alınmalıdır (Piyal, 1994).

Aile planlamasında kontraseptif kullanımı ya da yeni yöntemlerin bilinirliği ile bilgi ve tutum davranış ölçekleri ülkeler arasında değişiklik gösterdiği gibi aynı ülkenin bölgeleri arasında da değişiklikler gösterebilir. Hatta bir kentin merkezi noktası ile periferdeki kırsal kesimi arasında çok ciddi bilgi tutum ve davranış farklılığı olabilir. Kontraseptif kullanımı eğilimi ve kullandıkları kontrasepsiyon yöntemi bunlara ait bilgi birikim ve becerileri mahalleler arasında bile değişiklikler gösterebilir. Yöntem seçiminde akrabaların eş dost ve çevrenin bilgilendirme aracısı olarak kullanılmasının

yanı sıra televizyon, radyo, dergi-gazete, internet-sosyal medya gibi iletişim araçlarının da bu alana ilişkin kullanılabilirliği yöntemin kullanımını, kullanım becerisini ve yöntemlere karşı tutumları belirler. Aile planlamasında erkeğin bilgilendirilmesi hususunda yapılan çalışmalarda coğrafi lokalizasyon olarak eğitim, örf, gelenek ve beslenen medya kaynakları olarak çok farklı değişimler göstermesi olasıdır. Yine çalışma alanı örneğin bir iş yerinde çalışan bireylerin çalıştıkları kurum içerisinde almış oldukları bilgi beceri ve tutum aile planlamasını etkilemektedir. Örneğin sağlık kuruluşlarında çalışan bireylerin tutum ve davranışları ile demiryolları ya da lojistik veya kalabalık fabrikalarda yahutta taş ocakları-kömür ve maden ocakları gibi çalışılan noktalarda bireylerin bilgilendirme becerileri farklı olduğu gibi tutum ve davranışları da buna paralel farklı olacaktır. Yine aracı kullanımına ilişkin kullanılan reklamlar, bilgilendirme spotları, müzik melodram, kabare, broşür, poster gibi iletişim aygıtlarının aile planlamasını etkilemesi olasıdır. Bu anlamda Türkiye 1990'lı yıllarda Aile planlaması altyapısını sağlam olarak kurmuş ülkelerin içinde yer alır (Piyal, 1994).

Kırsal kesimden kentsel bölgelere göç ya da mülteci akınları ile oluşan sosyo demografik yapının bilgilendirilme süreci Türkiye'de daha hızlı ilerlemekte buna bağlı olarak aile planlaması tutum ve davranışları da buna paralel olarak yürümektedir. Aile planlamasında bilgilendirme ve beceri kazandırma materyalleri dışında etkili yöntemlerin uygun düzende anlatılması kullanım kolaylığı ve rahatlığı bakımından ikna etme önemlidir. Aile kurma aşamasında ilk evliliklerin özellikle 20 yaşından küçük olması sorun olmakla beraber 1990'lardan sonra Türkiye'de sağlık kuruluşları ile yakın diyalog, ebe ve hemşire hizmetlerinin mükemmel yakın yürümesi bu aksaklığı ortadan kaldırmıştır. 1993 yılında Türkiye'de en çok bilinen iki örnekten bir tanesi rahim içi araç diğeri de hap kullanmaktır. Kentsel alanlar ile birlikte aynı dönemde toplum ortalama %75 ile %90 arasında bu tür yöntemlerden bilgi sahibidir. Bölgesel göçlerin artışına bağlı olarak demografik yapıda meydana gelen düzensiz dağılım, eğitilmiş birey sayısında oranı düşürürken sosyolojik olarak yerinden edilmiş ve Türkiye'ye sığınmış bireylerde çok kısa bir süre içerisinde bilgi tutum ve davranışlar değişmektedir. Türkiye'nin diğer Avrupa ülkeleri ile Amerika Birleşik Devletleri Kanada Yeni Zelanda Avustralya gibi ülkelere farklı olarak almış olduğu

göçmenlerin hemen tamamına yakınına sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak vermesi ve bilgilendirme aşamasını sıkı tutması burada önemli rol oynamaktadır (Piyal, 1994).

Örneğin; 1999 yılında Bursa'da 1 yıllık bir takip sonucunda elde edilen verilerden anlaşıldığı üzere % 69,5 rahim içi araç, % 52 oranında kondum ve % 44,5 oranında aile planlaması için hap kontraseptif olarak kullanılmıştır. Rahim içi araç ile hap kullanımdan sonra bırakmanın ana nedenlerinden bir tanesi yan etkileri olmuştur. 2000'li yıllarda gelişmiş ülkelerde anne ölüm hızı 100 000 canlı doğumdan 30 iken, Türkiye'de yaklaşık olarak bu oran 180 olarak tahmin edilmiştir (Unicef, 1996; Fauveau et al., 1988). O yıllarda dünyada her yıl yaklaşık olarak 500 binin üzerinde kadının gebelik ile ilgili nedenlerden dolayı öldüğü ifade edilmektedir. Bunların % 20-40'ı güvenilir olmayan düşükler yapmak veya istedikleri düşükleri talep etme sonrası yapılan müdahalelere ilgili olduğu değerlendirilmektedir (McCauley et al., 1994). Bütün dünyada bebek ölüm hızı anne ölüm hızı ile paralel seyretmekte olup genellikle ilk bebeklerde ya da anne için ilk doğumlarda ölüm oranları daha yüksek ondan sonraki doğum ya da bebeklerde daha düşük oluşmaktadır. Ekonomisi tarım ve hayvancılığa dayalı yerleşim sosyolojisi tamamen kırsal alan üzerine olan ülkelerde genellikle doğum aralıkları 24 aydan daha kısadır. Ardışık seri doğumlardan sonra anne yıpranması ve anne- bebek sağlığı açısından risk teşkil eden problemlerin daha çok meydana geldiği erken dönem obstetrik sorunlarının arttığı menopozal dönemin değiştiği ölüm yaşının geriye çekildiği bir gerçektir (Kocagil, 1999).

Samsun'da yapılmış olan bir çalışmada kontrasepsiyon yöntemi olarak % 30,1'i geri çekme, % 46,7 hap, rahim içi araç kullananların % 46,6 ve kondum kullanan kadınların yüzdesi % 36,4 tür. Birleşmiş Milletler tarafından 1974 yılında Bükreş'te düzenlenen Dünya nüfus konferansı'nda "sahip olacağı çocuk sayısı ve iki doğum arasındaki süre yönünden bağımsızca ve sorumluluk yüklenerek karar vermek, bu konularda yeterli ve etkin bir hizmete kavuşmak, bilgi sahibi olmak ve eğitim görmek, herkese verilmesi gereken en önemli insan haklarından" şeklinde alınmış olan karar bütün dünyada ciddi bir yankı uyandırmış. 1984 yılında Mexico City'de yapılan Uluslararası Nüfus Konferansı'nda Aile planlaması: Türlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe sorumlu olarak karar vermeleri ile bu amaçla bilgi eğitim, araçlara sahip olmaları olarak tanımlamış ve kabul edilmiştir

(Aksakal ve ark., 2001). Aile planlamasının ekonomik yönü üzerinde Meksika'da yapılmış bir çalışmada kontrasepsiyon için harcanan her bir pezo için hükümet harcamalarında 4 ile 5 pezoluk bir tasarruf sağlanmıştır. Dünya ekilebilir topraklarının enerji kaynakları barındırabilir nüfus yoğunluğu bakımından sınırsız imkanlara sahip değildir. Dolayısıyla Aile planlaması kontrasepsiyon sağlanma etkinliği ekonomik gelişimden ve parametre değişiminden bağımsız değildir (Süren, 2002).

4.1. SOMALİ

Somali'de 10 yıllık nüfus değişimi (2007-2017) % 33,6 iken 2018 'den 2030 'a öngörülen nüfus artışı % 41,4 olarak tahmin edilmektedir. Somali'deki Ortalama yaşam süresi erkekler için 55, kadınlar için 58 yaş olup dünya sıralamasında 190. sırada olmasına rağmen, Somali doğum oranında beşinci sıradadır (1.000 kişi başına 43 doğum). Nüfusu sadece son 10 yılda üçte birden fazla artmıştır. Bu Doğu Afrika kıyı ülkesinin nüfusunun % 60'ından fazlası 25 yaşın altında ve ulusal çalışan sayısının 2030 yılına kadar % 40'tan fazla artması beklenmektedir. Somalide öngörülen nüfus artışı 2018-2030 arası % 41,4 olarak tahmin edilmektedir. Nüfus 2018 yılında 15,2 milyon iken, 2030 yılında 21,5 milyon olacağı var sayılmaktadır. Buna göre 10 yıllık nüfus değişimi (2007-2017) % 33,6 olarak ön görülebilir.

BÖLÜM 5

HALK SAĞLIĞI

Halk sağlığı sorunu olarak anne ölümünün doğası birçok yönden diğer halk sağlığı sorunlarından farklıdır. Kadınların hemen tamamı doğurganlık çağlarında en az bir defa hamile kalıp doğurmak ister. Bundan dolayı; istenmeyen gebeliğin önlenmesi en önemli önleyici müdahaledir. Buna karşın anne ölümü bununla sınırlanamayacak kadar klinik nedenlere sahiptir. Bu durum bebek ölümlülüğüne benzer ancak bebek ölümlülüğünden farklı olarak zamana göre tanımlanması gerekir. Bebek ölümlerinin aksine, bu ölümlülüğü geri döndürebilir sihirli bir el (Örn, bağışıklama, oral rehidrasyon, antibiyoterapi gibi tedavisi) yoktur (Hamal et al., 2020; AbouZahr, 2003).

Bir diğer husus ise; tedavi, anne ölümlerini azaltmada merkezi esas ölçüttür. Bir kadının bir defa hamile kalması ile anne ölümlerine yol açan koşullardan yalnızca birkaçı önlenebilir; Terapötik prognozun yaşamı kurtarması yalnızca zamanında uygun müdahale ile mümkündür. Tahmin etme, ön görme, ön alma ve önleme, halk sağlığının ana ilkesidir. Bunun yanı sıra, yüksek risk gruplarını tahmin ve ön görüde hedefleme ile etkin bir müdahale yaşamdaki bu tehdidi bertaraf eder. Buraya gelmeden gerekli rutin aşuların zamanında yapılması, emzirme, aile planlaması, beslenme eğitimi ve doğru beslenme ile besinlerin takviyesi ve optimizasyonu hayati önemdedir. Sağlık personeli tarafından sık bilgilendirilme, tarama prosedürleri, fizik muayene ile hastalığın erken teşhisi ve müdahalesi yaşam kurtarıcı niteliktedir. Terapötik süreçler halk sağlığı müdahalelerinin odak noktası olmasa da elbette çocukluk çağı diyare için oral rehidrasyon önemli bir istisnadır. Halk sağlığı stratejilerine bağlı olarak istisnai durumlar olsa da önleme tedaviden daha verimli ve ucuzdur (Girum & Wasie, 2017 ; Bauserman et al., 2015).

Maternal mortalite ve morbidite için risk faktörlerini iki ana kategoriye ayırıp puanlamak mümkündür. Anne/konak özellikleri ile topluluğun özellikleri.

Birincisinde boy, yaş, parite (doğum sayısı), ko-morbidite gibi bireye bağlı özellikler yer alır. İkincisinde ise toplumun konumu, sosyalite veya izolasyonu, sağlık hizmetlerinin olup olmadığı, varsa ne düzeyde mevcut olduğu varsayılabilir. Risk faktörlerinin hiçbiri diğeri ile aynı tahmine/olasılığa sahip olamaz. Bu durum da anne ölümlerinde risk faktörlerinin değerlendirilmesini zorlaştırır.

Aynı zamanda, özel ihtimam gerektiren kadınları belirlemede faydalı olabilecek risk faktörleri vardır. Elbette 15-49 yaş arası her annenin yaş, parite, doğum aralığı, güç doğumu, kaç hamilelik geçirmiş olduğu ve ko-morbiditesi özellikle bu ko-morbidite obstetrik ise komplikasyon riski şartlarına göre değişir. Hiçbir diğeri sağlık sorunu olmasa da sadece yaş bakımından 15-18 arası doğumla karşılaşanlar ile 40 yaşından sonra karşılaşanlar daha çok sorun barındırma ihtimali daha yüksektir. Dolayısıyla çok genç hamilelik veya doğum sırasında bir komplikasyon yaşama olasılığı daha yüksektir ve bebeklerinin doğumdan önce, doğum sırasında veya doğumdan hemen sonra ölme olasılığı daha yüksektir. Pelvik kemik büyümesi henüz tamamlanmamış çok genç kadınların, doğumu uzatan ve obstetrik fistül riskini artıran zor doğumların önde gelen nedeni olan dar bir doğum kanalına sahip olma olasılığı daha yüksektir. Genç kadınlar ve primiparaların hipertansiyon ve eklampsi geliştirme olasılığı daha yüksektir. Hem genç evli olmayan kadınlar hem de birkaç çocuğu olan yaşlı anneler, istenmeyen gebelikler nedeniyle kürtaj yaptırmaya daha yatkındır. Grand multiparaların doğum sonu kanama riskinin arttığı, postpartum risklerinin daha yüksek olduğu yaygın olarak inanılan bir husustur. Bu durum belki de ilişkilendirmenin daha az net olduğu risk alt grubu olarak söylenebilir (Althabe et al., 2006; Harrison and Goldenberg, 2016).

Her ne kadar kanama riskinin daha büyük parite ile ilişkili olmadığı bilinse de en sağlam risk faktörü başlı başına primiparitedir. Primiparite preeklampsi ile kanama yönünden güçlü bir ilişkiye sahiptir. Primiparaların büyük çoğunluğu güvenli bir şekilde doğum yapar ve primiparalarda meydana gelen doğum sonu kanamaların oranı, sadece ilk doğumlarını gerçekleştiren kadınların doğum oranına bağlı olacaktır; bu oran Afrika'da dünyanın başka yerlerine göre daha düşüktür. Çok kısa boylu kadınların engellenmiş doğumlara sahip olma olasılığı daha yüksektir. Bir grup olarak bu nedenle daha fazla sezaryen (CS) oluşturmaları beklenebilir. Engellenen doğum için bir öngörü

olarak anne boyu hakkında bazı metodolojik tespitler mevcuttur. Boy uzunluğu/kısalığı genellikle bu obstetrik olay için bir risk faktörü olarak kullanılmasına rağmen, çoğu zaman kritik eşik noktası olarak kullanılan 150 cm anne boyu zayıf bir ölçü olduğunu göstermektedir. Baş-pelvik orantısızlık için sezaryen olan 26 kadından sadece % 8'i 150 cm'lik bir kesim ile doğru bir şekilde tahmin edilebilmiştir. Bu boy uzunluğu 155 cm'ye yükseltildiğinde ise bu oran %46'ya çıkmıştır. Başka bir açıdan bakıldığında, "risk altında" olarak tanımlanan, yani boyu 150 cm'nin altında olan kadınların % 95'inde sezaryen gereksinimi olmamıştır. Belki de küçük bir örneklemeden sonuç çıkarmanın yetersiz olabileceği değerlendirilebilir (Okewole et al., 2011; Akinola et al., 2014).

Sahra Altı Afrika'daki sağlık politikası tavsiyeleri içinde genel geçer bir ilgi noktası olsa da çok fazla bağımlı parametresi olan gravida (gebelik sayısı) ve paritenin (doğum sayısı) sadece boy ya da boy-yaş parametreleri ile değerlendirmek eğer yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılamamış ise risk olarak değerlendirilebilir. Bunların yanı sıra altta yatan, gizli ve eşzamanlı hastalıklar gibi bir dizi koşul anne ve bebek için risk derecesini yükseltmek bakımından değerlendirilmelidir. Bunlar: hamileliği etkilemeyen ve hamileliği alevlendirmeyenler ile hamileliği dolayısıyla doğumu etkileyen veya ondan etkilenenler olarak ayrılabilir. İkinci gruptan Sahra Altı Afrikalı kadınlar için şu anda en önemlileri HIV/AIDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve diğer genital hastalıklardır (Uneke & Ogonna, 2009). Enfeksiyonlardan tüberküloz, hepatit, sıtma ve diğer paraziter hastalıklar birer nedendir. Bunların dışında nutrisyonel iyot eksikliği, genetik hastalıklar (orak hücreli anemi, talasemi) ve bazı kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, bazı kardiyovasküler hastalıklar, böbrek hastalığı ve rahim ağzı kanseri) sayılabilir. Bu sayılan nedenlerden herhangi birine sahip kadınlar için uygun bir tedavi yöntemi her zaman mevcut olmayabilmektedir. Bundan dolayı da hamilelik ve doğum daha çok özen ve dikkat gerektirir. Belki de anne ölümünün çoklu nedenselliği içinde bunların tümü olası klinik nedenler olarak düşünülmelidir. Afrikalı kadınların hamilelik boyunca bir gebe için ağır olan işlerde çalışmaya devam etmeleri bu risklerin oranını yükseltmektedir (Arendt et al., 2018; Roldán et al., 2020)

5.1. TOPLULUK ÖZELLİKLERİ

Sağlık tesislerinden uzakta olan ya da yeterli sağlık hizmeti alamayan bayanlarda hamilelik ve doğum komplikasyonları dolayısı ile hayatta kalma şansları veya tedavi alma olasılıkları doğal olarak daha düşüktür. Özellikle Sahra altı Afrika sında tarım ve hayvancılıkla uğraşan toplulukların fazla miktarda olması, doğum oranlarının yüksek olması, özellikle hayvancılıkla uğraşan toplulukların veya kabilelerin uzak mesafelere dolayısıyla sağlık hizmetini alamayacak noktalara gidiyor olmaları onların hamilelik ve doğum boyunca sağlık sistemi olsa bile faydalanma imkânlarını çok büyük ölçüde düşürür. Bütün bu zor koşullara kültürel ve geleneksel kurallar da eklendiğinde kadınların hamilelik ve doğum döneminde tecrit edilmiş oldukları var sayılabilir. Sahra altı Afrikada sağlık hizmetlerine erişimin uzaklığı hizmetlerin ortak bir standardizasyonun olmaması ve hizmetlere erişimdeki güçlüklerin yanısıra bayanların bireysel güçlü bağımsız karar verici olabilme yetileri beslenme ve yeterli sağlık bilgisi edinme gibi güçlükleri de bunlara ilave etmek gerekir (Dahab & Sakellariou, 2020).

Bu bölgelere ait doğru yapılandırılmış multidisipliner incelemeler ya da bireysel olarak ortaya konulmuş tam ve doğru istatistikler de hemen hemen yok gibidir. Bazı bilim insanlarına göre birçok ülkede olduğu gibi Sahra altı Afrikasında da obstetrik komplikasyonların tedavisini engelleyen sorunlar hakkında bilgi eksikliği, kadınların eğitiminin düşük olması ve sağlık bilgi hizmetlerinin herkese ulaşmaması gibi bir güçlükle karşı karşıyadırlar. İkinci olarak coğrafi koşullardan ve ekonomik durumdan dolayı yeterli sağlık hizmetini etkin düzeyde alamamaktadırlar. Üçüncü bir sorun olarak da nitelikli personel eksikliği, sağlık sisteminin doğru yönetilemiyor olması, iç savaş, kabileler arası çekişmeler, ve temel otoritenin sağlık hizmetlerini standardize etmemiş olması gösterilebilir. Bu üç faktör güvenli annelik girişiminin önünde önemli bir engel bileşenleri olarak durmaktadır (Alkema et al., 2016).

Yüksek riskli gebelikler özellikle 18 yaşından önce ve 35 yaşından sonra meydana gelmektedir. 2 yıldan daha az olan gebelik aralıkları önemli bir risk faktörü olarak orta yerde durmaktadır. Resmi olarak otoritenin yerel veya merkezi olarak bir risk puanlama sistemi ya da risk faktörlerini bertaraf etmek gibi sistematik bir yaklaşımı mevcut değildir. Bu düzensiz kabustan sağlık personelinin bilgileri, tecrübeleri,

yetenekleri ve ellerindeki imkanlar kadar faydalı olabilecekleri öngörülebilir. Risk faktörleri doğru hesaplanmadığı ve ortaya konulmadığı için de hangi tür komplikasyonda ne tür bir yaklaşım sergileneceği sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi güçleşmektedir. Maternal morbidite ve mortalite için şüphe götürmeyen düşük faktörleri olmasına rağmen bu olayların ve bu olaylara neden olan koşulların önceden tahmin edilebilmesi ve bunlara karşı yeterli ve etkin önlemlerin alınabilmesi kendi şartlarında mümkün görünmemektedir. Obstetrik öykü genellikle tam olarak alınmamaktadır. Bütün bunların dışında güvenli bir annelik elde etmek için hangi kadının ne düzeyde hangi komplikasyonları geliştirebileceği tahmin etmek mümkün değildir. Dolayısıyla annelik bakımına yönelik bilgi beceri kazandırılması ve temel girişim yaklaşımlarının risklere göre değerlendirilmesi işi bilimsel yollardan elde edilebilmiş kanıtlara dayalı çıkarımlarda uzaktır. Bu bölgede preventif önlemlerin alınması risk yaklaşımını önleme bakımından çok değerlidir (Dahab & Sakellariou, 2020; Alkema et al., 2016).

Ne var ki bu preventif önlemlerin alınabilmesi için de ne merkezi otorite ne de yerel sağlık sunucuları tarafından geliştirilmiş eşdeğer bir sistematik mevcut değildir. Anne ölümlerinin azaltılması bakımından kadın ömrü boyunca yapılan tüm müdahaleler gelişmiş ülkelerde bir paradigma halinde sunulmaktadır. Neredeyse sanatsal bir yapı imiş gibi topluma sunulabilmektedir. Ancak bu tür ülkeler böyle bir sistematığın çok uzağındadır. Obstetrik risklerin oluşum sırası ve sonrası ile gebelik öncesi, sırası ve sonrasında ön görülebilir risklerin azaltılması yetisine sahip değillerdir.

Anne ölümlerinde en yaygın neden olarak hemoraji, doğumların engellenmesi, eklampsi, sepsis ve bir kısım tecavüz kaynaklı görülebilir. Ancak kürtajın neden ve sonuçları çok daha kapsamlıdır. Kürtajın tam anlamıyla önlenemesinin nedenleri doğru olarak ortaya konulamamaktadır. Gelişmiş ülkelerde basit sepsis, ve bakteriyel enfeksiyonların önlenmesi 1940'lardan beri mümkün iken Sahra altı Afrikasında bugün için bile yeterli miktarda ilaç erişimi mevcut değildir. Bunun dışında özellikle engellenen doğumda ölüm, sezeryan için cerrahi becerilerin gelişmemiş olması, anestezi tekniklerinin rafine olarak kullanılmıyor olması, klinik tedavilerde birey refahı için sedatiflerin veya uygun ağrı kesicilere ulaşamaması ve obstetrik

hastalıklardan eklampsi gibi major hastalıkların tedavilerinin çeşitli nedenlerden dolayı yapılamıyor olması büyük bir sorun olarak ortada durmaktadır.

Bütün bunlara rağmen yeterli olduğu kendi şartlarında öngörülen tedavi alan hamilelerin de anne ölümlerinin nedenleri farklılıklar gösterebilir. Uygun tıbbi müdahale yalnızca ne yapılacağı ve nasıl yapılacağını bilmek değil, yanıt verecek kaynaklara yani ilaçlara ameliyathanelerde gerekirse kan transfüzyonu ve benzeri imkanlara da sahip olmayı gerektirir. Bunlar da yetişmiş sağlık personeli iyi donatılmış altyapı ihtiyacını beraberinde getirir. Bu sorunlar anne ölümünün çoklu nedenselliğinin de önemli değişkenler olarak ortada durmaktadır. Bütün şartlar düzeltilse bile sağlık girişimi otorite tarafından standardize edilemezse ve girişimler yeterli altyapı ve bilgiye sahip personel tarafından sunulmazsa ölümler kaçınılmaz olarak devam edecektir. Örneğin Kenya'da Nairobi'de klinik ölüm nedeni antepartum kanamadan kaynaklanan hipovolemi olan bir kadın için birçok farklı faktör daha öngörülebilir. Hamile kalma isteği, eğitim durumu güvenli annelik bilgisi, doğum öncesi bakım bilgilendirilmesi, doğum esnasında olabilecek sorunlar hakkında bilgisi, acil durum ve erişilebilirlik bilgisi, uygun maliyeti, yeterli miktarda ilaç ameliyathane ve altyapı, ulaşılabilir hemşire doktor ebe gibi sağlık hizmeti sağlayıcıları bunların içinde değerlendirilebilir (Makumi, 2021).

Doğumda ölüm nedenini sadece antepartum kanamaya bağlı hipovolemi ve transfüzyon için kan eksikliği olarak tanımlamak son derece hatalı bir tespit olur. Dolayısıyla da anne ölümlerinin obstetrik açıdan değerlendirilmesi özellikle Sahra altı Afrikasında sadece sağlık hizmetlerine de bağlı değildir. Aynı zamanda yerel coğrafyaya, sosyokültürel faktörlere, özellikle eğitim ve sağlık bilişim altyapısına bağlı nedenlerin tamamının bir arada irdelenmesi ile anlaşılabilir. Sahra altı Afrika sında özellikle teşhis ve raporlama bireysel nedenler arasında ayırım yapmak için hala doğru yapılamamaktadır. İsteyerek yapılan düşükler, ya da zatürre tüberküloz sıtmanın serebral hali ve ishalli hastalıklar gibi anne ölümlerinin diğer olarak adlandırılan nedenleri maskelendiği gibi kanama ve plasenta retansiyonu gibi ağır doğum sonu ölüm niteliğini belirtir bir raporlama süreci mevcut değildir.

Dünya Sağlık Örgütü, Afrika'daki hamile kadınların % 52'sinin (Batı Afrika'da % 56, Orta Afrika'da % 47 ve Doğu Afrika'da % 54 oranında standart altı hemoglobin seviyelerine (100 g/L'nin altında) sahip olduğunu tahmin ediyor (WHO, 1982). Bunun dışında damar veya plasenta rüptürleri, doğum olayının doğru yönetilememesi ayrıca ciddi bir sorun olarak durmaktadır. Enfeksiyon; obstetrik acil hastalıkların önlenmesinde ve komplikasyonların giderilmesinde en önemli önlenebilir olan nedendir. Geleneksel olarak temiz eller doğum için temiz bir yüzey ve temiz kordon bakımı hastanelerde ve doğum evlerinde antisepsiye dikkat edilmesi ile ulaşılabilir bir durumdur. Uzun süreli membran yırtılması halinde antibiyotiklerin kullanılması ve sıvı desteğinin akıllıca yeterli miktarda yapılması enfeksiyona karşı direnci arttıracaktır. Bütün bunların dışında engellenmiş doğum yolu obstrüksiyonu Afrika'da çokça görülen özellikle Somali'de % 99'lar seviyesinde olan kadın genital mutilasyonu önemli bir faktördür. Doğumun engellenmesi bu şekilde ölüme yol açabilen ve bu tıkanıklıklardan dolayı annede sakat kalma veya ölüme de neden olabilen geleneksel olarak uygulanan ve hala vazgeçilemeyen yöntemlerin başında gelir.

Eklampsi tedavisi, gerekirse sezaryen ile bebeğin hızlı doğumunu ve magnezyum sülfat veya diazepam uygulamasını içerir. Diazepam yaygın olarak bulunurken, magnezyum sülfat üçüncü basamak hastanelerin seviyesinin altında nadiren bulunur. Eklampsi potansiyel olarak ölümcül olsa da, iyileşen kadınlar genellikle uzun süreli etkiler yaşamazlar, ancak hipertansiyon kalıcı olabilir. Kürtajın sağlıklı koşullarda yapılamaması enfeksiyon kanama dolayısıyla ölüm riskini son derece yükseltir. Devamında gebe kalma oranını düşürür sağlığın bütününe risk altına sokabilir. Bunun içinde aile planlaması yoluyla bilgilendirme ölçütleri kullanılmalıdır. Aile planlamasında yeterli ebe desteği alan gelişmiş ülkelerde bu tür sorunlar ile nadiren karşılaşılabilir. Bunu merkezi sağlık otoritesi sağlar. Ancak gelişmemiş ülkelerde yeterli ebe desteği ve aile planlaması bilgi beceri ve eğitiminin uygun şekilde verilmemiş olması annenin yaşamdaki riskini arttırdığı gibi bebeğin de ölüm oranını arttırmaktadır. Tıbbi müdahale imkanları olmadığında majör obstetrik komplikasyonların ölüme taşıma olasılığı oldukça yüksektir. Tıbbi müdahale imkanları Sahra altı Afrika da olduğu gibi geleneksel ampirik ve bilgiye dayanmayan yerel duyumlardan oluştuğu için zararlı olabilmekte dolayısıyla obstetrik mortalite ve morbiditenin son derece yüksek olmasını sağlamaktadır. Sadece geleneksel ilaçların

kullanılması değil aynı zamanda gebeliğin süresi boyunca geleneksel bilgi ile yoğunlaşması doğum ve doğum yönetiminin geleneksel kültüre dayalı bilgiden kaynaklı ele alınması kadının doğum esnasında veya hemen sonrasında bebeği ile beraber yaşamını riske sokan önemli faktörlerdendir (Dahab & Sakellariou, 2020).

Dünyadaki bütün coğrafi bölgeler arasında özellikle Afrika kıtası eğitilmiş personelin az olduğu, doğumlara eğitilmiş personelin en az girdiği en yüksek anne ve bebek ölümlerine sahip bölge olarak bilinir. Zararlı geleneksel uygulamalar ölüm ve hastalık riskini ölçmek de imkânsızlıklar doğurur. Örneğin Nijerya'da yapılan bir araştırmada anne ölümlerinin % 4'ünün geleneksel uygulamalardan kaynaklandığı Dünya Sağlık Örgütü'nün 1991 Tarihli Bildirgesi'nde mevcuttur. Ancak doğum esnası ve sonrasındaki ölümlerin geleneksel tedaviye bağlı olup olmadığının araştırılması ve net olarak ortaya konulabilmesi detaylı bir araştırma olmadan oldukça güçtür (Smith, 2016).

Dünyanın her bölgesinde geleneksel olarak doğum görevlisi ya da doğuma müdahale ve doğum sonrası işlemleri yerine getirmek üzere gelenekselleşmiş davranış şekilleri mevcuttur. Bunu patlamaya hazır bir cephanelik gibi düşünebiliriz. Sahra altı Afrikada obstetrik ve jinekolojik tabloya geleneksel tedavi yöntemleri ve müdahale sistematigi oldukça fazla hakimdir. Bütün dünyada bu oran 100 adet doğumda 10 doğum civarında iken Afrika ülkelerinde 100 doğum üzerinden en az 40 olmak üzere neredeyse doğumların üçte ikisinden fazlasının hatta daha yüksek oranının geleneksel müdahalelerle yapıldığı söylenebilir. Yerel olarak doğumla ilgilenen ve geleneksel doğum yaptırıcı olarak bilinen geleneksel ebelerin doğum için eğitilmesi ve başa çıkamayacakları sorunlar meydana geldiğinde bir sağlık kuruluşuna haber vermeleri ya da başa çıkmak için sağlık personelinin desteklenmeleri üzerine eğitilmesi kısmen bir çare olabilir. Nitekim bu durum Gana da denenmiş ve kısmen başarı sağlanmıştır (Smith, 2016; Kayombo, 2013).

Bu tür personelin eğitilmesinde öncelikle doğum esnası sorunlarla başa çıkmak ya da bilgi vermek üzere donatılması temel hijyen kurallarının öğretilmesi yerel salgın hastalıkların örneğin tetanozun önlenmesi üzerine eğitilmeleri ve manipülasyonların öğretilmesi olasıdır. Kanama tedavisi için yerel olarak kullanılan bitkisel ilaçların

doğumda gecikmeye dolayısıyla ölümcül olabilmek gibi bir risk taşıdıkları unutulmamalıdır. Bu amaçla kullanılan ergot alkaloidlerinin oksitosin içeren ilaçlar ile hatta daha güçlü bir etkiye sahip oldukları dolayısıyla serviks açılmadan çok şiddetli uterus kontraksiyonlarına neden olabilecekleri unutulmamalıdır. Bilgisayar forumdaki bu oksitosin benzeri maddeler doğrudan vajina yoluyla verildiklerinde rahim içi enfeksiyona tetanoz riskine ve diğer enfeksiyonlara açık hale getirirler.

Doğumu başlatmak, hızlandırmak veya kanamayı durdurmak amacıyla eğitimsiz doğum görevlileri tarafından doğum kanalına yaprak, toprak, inek gübresi gibi yabancı cisimlerin sokulması sonucu birçok birey daha doğmadan kaybedilmiş anneleri de birkaç gün içerisinde ölmüştür. İster Farmasötik ister bitkisel olsun rahim uyarıcıların doğru kullanılmaması doğum eylemi üzerinde rahim yırtılması gibi damar kopması gibi ciddi sorunlarla sonuçlanacağı değerlendirilmelidir. Afrika kıtasının hemen tamamında bu tür yerel ilaçlar çok fazla miktarda doğum öncesi ve sırasında kullanılırlar bu bitkilerin bir kısmının oksitosin benzeri etkiye sahip ergot alkaloidleri olmanın yanı sıra bir kısmının bu tür bir etkiyi barındırmadığı ve ölümcül toksik maddeler içerdiği yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur. Birçok doğumda bilgisi olmayan yerel ebe ve doğumcuların kullanılmasından dolayı doğum esnasında çok büyük sorunlar yaşanmaktadır (Choguya, 2014; Ngunyulu et al., 2020).

Servikal büyüklüğün teşhisi için vajina içi manipülasyonlar, fetüsün zorlanması, plasentanın ve göbek bağının uzak manipülasyonlarla anlaşılmasına çalışılması ampirik bir kısım uygulamalardır. Belki de geleneksel doğum işlemi yaptırıcı ya da yardımcı anlamına gelen (TBA=Traditional Birth Attendance) programlarının uluslararası topluluklarca daha fazla uygulanmasına ihtiyaç olabilir. Böyle bir eğitim fiiliyatta destek sağlıyor olsa bile bir uygulama gerektiğinde sağlık gereksinimi için hastane imkanı ya da nakledebilmek imkanları gibi temel imkanların da olması durumunda elbette çok iyi bir bilgidir (Kayombo, 2013).

Ancak sadece TBA eğitimi ile doğum hadisesini Sahra altı Afrika'sının hemen birçok noktasında doğru yönetebilmek mantıklı ve inanılabilir bir durum değildir. Gebelik ve perinatal risk yönetimi ve uygun şekilde stabilizasyonu yalnızca TBA eğitimi ile sınırlı olamaz. Eğitim personeli ve materyalinin kısıtlı olması nakil bakım imkânlarının

sınırlı olması, mevcut sağlık sistemlerinin yetkilendirilmelerinin ve tanımlanmış durumlarının sorunlu olması ciddi bir problemdir. Doğru bir sağlık altyapısı iyi tanımlanmış görev dağılımı, bütün toplum katmanlarında duyarlılığı arttıracak " önem eğitimleri " ve sağlık personelinin iş ve beceri faaliyetlerinin standardize edilmesi belki ilk yapılması gereken işlerdir (Smith, 2016).

Kadın mutilasyonunda görülen amenore, üriner disfonksiyon (dizüri), sırt ağrısı, kısırlık, ağrılı cinsel ilişki (disparoni) ve uzun süreli doğum, üreme yolu enfeksiyonları ve veziko-vajinal fistül gibi sağlık komplikasyonları da doğum esnası ve sonrasında risklerin büyümesinin önemli nedenlerinden biridir. Kadın sünnetinin devlet eliyle yapılması bazı Afrika ülkelerinde (Mısır, Sudan, Nijerya, Gambiya) denenmiştir. Ebelerin ve sağlık çalışanlarının yetiştirilme eğitimi sonrasında sünnetin onlar tarafından yapılması sağlanmışır. Ancak bunun geleneksel olarak devam eden sünnetin yönünü gözle görülür şekilde değiştiremediği bilinmektedir. En azından büyük çoğunlukta hijyene dikkat edilmesi ve müdahalenin hafif yapıyor olması bile bu konu noktasında sevindirici görülmektedir. Fakat mutilasyon geleneksel, sosyo ekonomik ve toplumsal birçok parametre ile ilişkide olduğu için bu bilincin dışlanması uzun süreli bir eğitimi gerektirir.

BÖLÜM 6

SOMALİ'DE AİLE PLANLAMASI

Küresel olarak her gün 830 kadın hamilelik ve doğumla ilgili önlenemez sebeplerden ölüyor; bunların neredeyse tamamı (% 99) düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (WHO, 2016). Anne ölümlerinin üçte ikisinden fazlası kanama, gebeliğin hipertansif bozuklukları, sepsis, kürtaj ve diğer obstetrik nedenlerden kaynaklanmaktadır (Say et al., 2014). Sahra altı Afrika'da, kadınların aldığı kürtajların % 97'sinden fazlası güvensiz kürtajdır ve tüm anne ölümlerinin en az % 9'u güvenli olmayan kürtaj sorumludur (Singh and Zimet, 2016).

Gelişmekte olan ülkelerde modern kontraseptif yöntemlerin kullanımı, doğurganlık oranlarını azaltmak, nüfus artış oranlarını düşürmek, özellikle kadınları daha iyi sağlık koşulları için çocuk doğurma konusunda güçlendirmek ve sosyo-ekonomik büyümeyi artırmak amacıyla yapılmaktadır. Modern kontraseptiflerin, istenen aile büyüklüğünü (çocuk sayısı) belirlemek, anne ve bebek hastalık ve ölümlerini azaltmak, kadınları güçlendirmek ve ekonomik kalkınmayı artırmak, HIV/AIDS dâhil cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunma sağlamak ve özellikle güvenli olmayanları azaltmak gibi arzu edilen faydaları vardır.

6.1. DOĞAL KORUNMA YÖNTEMLERİ

- **Takvim yöntemi:** Bir kadının yumurtlaması iki âdet döneminin ortasındadır. Yani yirmi sekiz günde bir âdet gören kadının yumurtlaması on dördüncü gün olur. Bünyeden bünyeye farklılık gösteren âdet dönemi arası bazen otuz iki gün olabilir. Yumurtanın ve spermlerin canlı kalmaları göz önüne alınarak on dördüncü günün üç gün öncesi ve üç gün sonrası tehlikeli dönemdir. İşte bu dönemde cinsel ilişkide bulunulmamasına takvim yöntemi denir. Bu yöntem sıklıkla kullanılsa da çok emin değildir. Çünkü kadının âdetlerinin son derece

düzenli olması gerekir. Yumurtlamanın önce ya da sonra olması tehlikeli dönemin süresinin değişmesine neden olacağından istenmeyen gebelikler söz konusu olabilir. Âdet dönemlerinin uzunluğu çok değişkense ya da kişiler çok düzensiz âdet görüyorsa bu yöntem uygun değildir. Mutlaka doktor kontrolü gerektirir. Yumurtlama anı kadının her sabah kalktığında herhangi bir fiziksel aktivitede bulunmadan vücut sıcaklığını ölçmesi ya da her gün vajinadan gelen akıntının kıvam ve miktarını değerlendirmesiyle de saptanabilir (MEB, 2011).

- **Geri çekme (dışarı boşalma):** Cinsel ilişki sırasında, erkeğin dışarıya boşalmasıdır. Etkililiği tamamen kullanıcıya bağlıdır, her çift başarıyla uygulayamaz. Bu yöntemin doğru uygulanabilmesi ve cinsel ilişkinin olumsuz etkilenmemesi için iki tarafında bu konuda istekli ve kesin kararlı olması gerekir (MEB, 2011).

6.2. BARIYER METOTLARI

- **Prezervatif (kondom, kılıf, kaput):** Erkekler tarafından kullanılmak üzere bir çeşit lastikten yapılmış çok ince ve esnek bir kılıftır. Doğru kullanıldığında oldukça etkilidir. Her cinsel ilişki için yeni, kullanılmamış bir kılıf kullanılır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (hıv/aids, hepatit-b, frengi, bel soğukluğu, klamidya gibi) korur. Hiçbir yan etkisi yoktur (MEB, 2011).
- **Kadın kondomu:** İnce, şeffaf, yumuşak plastikten yapılmış, uçları halka ile gerilmiş kılıf şeklinde bir araçtır. Sperm hücrelerinin rahme geçmesini engeller. Spermisitle birlikte ve doğru kullanıldığında oldukça etkilidir. Anne sütünü etkilemediği için emziren kadınlar da kullanabilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (hıv/aids, hepatit-b, frengi, bel soğukluğu, klamidya gibi) korur. Hiçbir yan etkisi yoktur (MEB, 2011).

6.2.1. Olumlu Yönleri

- Gebeliğin önlenmesine erkeklerin de katılımını sağlar.
- Ucuzdur ve kolay bulunur.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korur.
- Sağlığa zararı yoktur.

- Erken boşalmayı önlemede yardımcı olur.
- Uygulama için reçete veya tıbbi muayene gerekli değildir.
- Yan etkisi yoktur (Rehberi, 2000).

6.2.2. Olumsuz Yönleri

- Bazı çiftlerde duyarlılığın azalmasına neden olabilir.
- Ereksiyonun devamını sağlamak güç olabilir.
- Yeterli miktarda kondomun önceden bulundurulması gerekir.
- Kullanımdan sonra yok edilmesi sorun olabilir (Rehberi, 2000).

6.2.3. Kondom Kullanımını Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- Üretim tarihi üzerinden beş yıl geçmiş, güneşte kalmış veya pudralanmış olan kondomlar kullanılmamalıdır.
- Kondom bir kez kullanılmalıdır.
- Çiftlerin lateks kauçuga karşı allerjisi varsa kullanılmamalıdır.
- Kondomu kayganlaştırmak için vazelin, yemek yağları, yumuşatıcı krem gibi maddeler kullanılmamalıdır
- Kondomun yırtılması halinde acil kontrasepsiyon uygulanmalıdır.

6.3. SPERMİSİTLER (JELLER, KREMLER, FİTİLLER, KÖPÜREN TABLETLER)

Kadının vajinasına konularak uygulanan jel, fitil ve köpüren tabletlerdir. Sperm hücrelerini vajina içinde etkisiz hâle getirerek gebeliği önler. Doğru kullanıldığında oldukça etkilidir. Anne sütünü etkilemediği için emziren kadınlar da kullanabilir. Bazı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucudur. Her cinsel ilişki için uygulama tekrarlanmalıdır (MEB, 2011).

6.3.1. Olumlu Yönleri

- Sistemik etkileri yoktur.
- Reçete ve muayene gerektirmez.
- Genellikle yan etkisi yoktur.
- Cinsel yolla bulaşan bazı hastalıklara karşı korunma sağlar.
- Kayganlık sağlayıcı etkisi vardır.
- Emziren kadınlar kullanabilir (Rehberi, 2000).

6.3.2. Olumsuz Yönleri

- Genital organlarda yanma ve iritasyon yapabilir.
- Bazı kadınlar spermisiti vajene elle yerleştirmekten hoşlanmayabilir.
- Çiftin temastan önce yedi-on dakika beklemesi gerekir.
- Sağlanması güç olabilir, nisbeten pahalıdır.
- Gebeliği önlemede çok etkin değildir (Rehberi, 2000).

6.4. DİYAFRAM

İnce lastikten yapılmış, rahim ağzını örten kubbe şeklinde bir araçtır. Sperm hücrelerinin rahme geçmesini engeller. Doğru kullanıldığında oldukça etkilidir. Doğru kullanılırsa aynı diyafram yıkanıp kurularak iki yıl süreyle kullanılabilir. İlk uygulamadan iki hafta sonra kontrol gerekir. Daha sonrası yılda bir kez kontrol edilir. Anne sütünü etkilemediği için emziren kadınlar da kullanabilir. Bazı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucudur (MEB, 2011) .

6.4.1. Olumlu Yönleri

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı sınırlı bir koruyuculuğu vardır.
- Serviks kanseri olasılığını azaltır.
- Sağlığa zararı yoktur (Rehberi, 2000).

6.4.2. Olumsuz Yönleri

- Kadının uygun yerleştirme ve çıkarma konusunda beceri kazanması gerekir.
- İlişki sonrası altı saat süre ile çıkartılmamalıdır.
- Bazı kadınları rahatsız edebilir.
- Başlangıçta uygulayıcı tarafından yerleştirilmesi gerekir.
- Beraberinde kullanılması gereken spermisit krem maliyetini artırır (Rehberi, 2000).

6.4.3. Diyaframın Kullanımı ile İlgili Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- Her cinsel ilişkide kullanılmalıdır.
- Uygulamadan önce mesane boşaltılmalı ve eller yıkanmalıdır.
- Vajende yirmidört saatten fazla bırakılmamalıdır (Rehberi, 2000).

6.4.4. Kullanılmaması Gereken Durumlar

Lateks kauçuk veya spermisit allerjisi olanlar, uterus prolapsusu, ileri derecede sistoseli, asiri retrovert uterusu, vajinal septum ve vajen girişi dar olanlar, doğru yerleştirmeyi öğrenemeyenler, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olanlar, toksik sok sendromu geçirenler (Rehberi, 2000).

6.5. MODERN KONTRASEPTİF YÖNTEM

Bazı Afrika ülkelerinde aile planlaması için karşılanmayan ihtiyaçlar yüksektir. Somalide kontraseptiflerin bilinen faydalarına rağmen, modern kontraseptiflerin kullanım oranı düşüktür. 2012 ve 2017 arasında, Afrika'da evli kadınlar veya ilişki içinde olanlar arasında modern kontraseptif kullanımının ortalama prevalansı sırasıyla % 23,9 -28,5 aralığında tahmin edilmektedir. Batı Afrika'da, 2017'de evli kadınlar veya birkaç ülkede ilişki içinde olanlar arasında % 20'den daha düşük bir modern kontraseptif kullanım prevalansı mevcuttu. Modern kontraseptif alımını yönlendiren faktörler ülkeler, bölgeler ve kültürler arasında farklılık gösterir. Somali içinde de yerel kültürler arası farklılıklar bu dizgeden değerlendirilebilir.

6.6. HORMONAL METOTLAR

- **Doğum kontrol hapları:** Kadında yumurtlama ve döllemeyi engeller. Her gün düzenli alınması gerekir. Doğru kullanıldığında çok etkilidir. Âdet öncesi gerginliği ve âdet sancılarını önler. Rahim ve yumurtalık kanserlerine karşı koruyucudur. Âdet kanamalarının miktarını azalttığından bu nedenle oluşabilecek kansızlığa karşı koruyucu etkileri vardır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (HIV/AIDS, hepatit-B, frengi, bel soğukluğu, klamidy gibi) korumaz. Haplar, kadında doğal olarak bulunan kadınlık hormonlarından ikisini (östrojen ve progesteron) içerir. 35 yaş ve üstünde olup sigara içen kadınlar hapla korunacaksa sigarayı bırakmalıdır. Anne sütünün miktarını azalttığı ve yapısını değiştirdiği için emzirirken kullanılmaz. Mini haplar ise kadında doğal olarak bulunan kadınlık hormonlarından yalnızca birini (progesteron) içerir. Anne sütünü etkilemediği için emziren kadınlar da kullanabilir (MEB, 2011).

6.7. PROGESTERON

Kadınlarda doğal olarak bulunan bir hormondur. Doğum kontrolü, anormal uterin kanama, hamileliğin sürdürülmesi ve endometrial hiperplazinin önlenmesi gibi hayati öneme sahip fonksiyonlar icra eder. Embriyonun implantasyonu ve başarılı bir hamilelik oluşumu için olmazsa olmaz bir hormondur. Kadınlarda progesteron konsantrasyonunun düşük olması ya da salgılanan progesterona yetersiz yanıt verilmesi gebelik kaybına dolayısıyla kısırlığa neden olabilir. Bitkisel kaynaklardan da elde edilebilen son derece etkili küçük molekülü bir hormondur. Günümüzde çeşitli kimyasal bileşenleri değişik isim altında üretilmektedir. Bunlar da yüzlerce firma tarafından farklı kombinasyonlarda ve Farmasötik şekillerde mevcuttur. Medroksiprogesteron asetat kontraseptif olarak kullanıldığı gibi, sekonder amenore, anormal uterin kanama, endometriozis kaynaklı ağrılar, kanamalar, endometrial ve renal karsinomlar ile GnRH bağımlı erken ergenlik tedavisinde kullanılan bir progesteron türevidir. Parafilide (cinsel aşırı uyarılma ve orgazm gibi alışılmadık nesnelere eylemler ya da durumlardan yoğun cinsel dürtü ve buna bağlı davranış bozukluğu ile karakterize sorun) tedavi amaçlı kullanılmaktadır (Jewson et al., 2020).

Organizmada progesteron işlevsel olsa da dışarıdan progesteron verildiğinde yeterli farmakokinetik bir düzen sağlayamaz. Bunun için medroksiprogesteron gibi türevler kullanılır. Medroksiprogesteron sekonder amenore, endometrial hiperplazi, anormal uterin kanama, osteoporoz, menopoza bağımlı vazomotor semptomlar, vulvar ve vajinal atrofi tedavisinde kullanılabilir. Endometrioziste, palyatif bakımda ve böbrek kanserinde kullanılır. En çok kullanım alanını hamileliği önlemede özellikle aile planlamasının oluşturulmasında bulur.

Medroksiprogesteron 1959 yılından beri kullanılmaktadır. Özellikle endometrial hiperplazi insidansını azaltmak, hormonal dengesizliğe bağlı anormal uterin kanamayı kontrol altına almak ve postmenopozal osteoporozu önlemek için de östrojenle beraber kullanılır. Özellikle menopoza sonrasında vulvar ve vajinal atrofi için vazgeçilmezdir. Etki mekanizması tropin üretimini inhibe ederek endometriumdaki hücrelerinde nükleer östrojen reseptörlerini ve DNA sentezini azaltır ve kanser hücre dizilerinde apoptozu indükler (Nagy et al., 2021)

Gebeliği önleme yeteneği foliküler olgunlaşma ve yumurtlamayı önlemesi ile taçlanır. Bu durum aynı zamanda endometriumu da yüzeysel olarak değiştirir, inceltir. Emilimi ve biyoyararlanımı iyi olan medroksiprogesteron çoğunlukla idrar üzerinden atılır. Terapötik aralığı geniş olan bir ilaçtır ancak uzun süre kullanıldığında kemik yıkımlama ve osteoporoz riski dolayısıyla da kırık endişesi artar. Aşırı doz alımında bulantı, kusma, göğüslerde hassasiyet, baş dönmesi, karın ağrısı, uyuşukluk ve yorgunluk hissedilir. Bugün için doğrudan veya dolaylı olarak 40'a yakın progesteron türevi ya da progesteronun içinde bulunduğu ilaç aile planlaması ve kontrasepsiyonda kullanılır. Bunlar;

- Etonogestrel: Kontraseptif halkalar ve intradermal implantlar gibi çeşitli cihazlarda kullanılan uzun etkili sentetik türevli bir progestin kontraseptiftir.
- Esogestrel: Doğum kontrolünde kullanılan, genellikle etinil estradiol ile kombinasyon halinde kullanılan sentetik bir progestin.
- Megestrol asetat: Anoreksi ve kaşeksiyi veya ciddi açıklanamayan kilo kaybını tedavi etmek için oral olarak uygulanan bir sentetik progesteron türevidir. Ayrıca

belirli malignite türlerini tedavi etmek için bir antineoplastik ajan olarak kullanılan bir progestindir.

- Levonorgestrel: Oral ve RİA kontraseptiflerinde ve acil kontraseptiflerde daha yüksek dozlarda kullanılan bir progestindir.
- Medroksiprogesteron asetat: Kontraseptif olarak ve sekonder amenore, anormal uterin kanama, endometriozis kaynaklı ağrı, endometriyal ve renal karsinomlar, erkeklerde parafili ve GnRH'ye bağımlı erken ergenlik tedavisinde kullanılan bir progestin.
- Noretisteron: Doğum kontrolü, hormon replasman tedavisinde endometriyal hiperplazinin önlenmesi ve endometriozis gibi hormon aracılı diğer hastalıkların tedavisinde kullanılan sentetik ikinci nesil progestindir.
- Etinodiol diasetat: Hamileliği önlemek için kullanılan bir oral kontraseptiftir.
- Mifepriston: Cushing sendromunu tedavi etmek ve 70 güne kadar olan gebelikleri sonlandırmak için kullanılan bir kortizol reseptör blokeridir.
- Norgestimate: Doğum kontrol hapı olarak ve akne vulgarisi tedavi etmek için kullanılan bir progesterondur.
- Norelgestromin: Bir doğum kontrol yöntemi olarak transdermal bant kullanmayı seçen kadınlarda gebeliğin önlenmesi için kullanılan bir progestindir.
- Gestodene: Gestodene bir progesteron hormonal kontraseptiftir. Gestoden içeren ürünler arasında 20 mcg etinilestradiol ve 75 mcg gestoden içeren Meliane® ve 30 mcg etinilestradiol içeren Gynera® buna örnek verilebilir.
- Nonoxynol-9: Diğer doğum kontrol yöntemleriyle birlikte hormonal olmayan doğum kontrolü için kullanılan bir vajinal sperm öldürücüdür.
- Dienogest: Endometriozis tedavisinde etinilestradiol ile kombinasyon halinde monoterapi veya kontrasepsiyon olarak kullanılan bir oral progestindir.
- Noretinodrel: Doğum kontrol yöntemi olarak fonksiyon ve kullanımı progesteron ile benzer olan sentetik bir progesteronel hormondur. Fonksiyonel uterin kanama ve endometriozis tedavisinde kullanılmıştır.
- Norgestrel: Bir progestin türevi olup kadınlarda oral kontrasepsiyon ve gebeliğin önlenmesi için etinil estradiol ile kombinasyon halinde kullanılır. Kısırlığın eşlik ettiği veya etmediği gestrinone endometrioziste etkilidir. Tedavi, ömür boyu 6 aylık tek bir kür ile sınırlıdır.

- Lynestrenol: Doğum kontrolü için ve adet bozukluklarının tedavisinde kullanılır.
- Klormadinon Asetat: Progestin, oral kombine hormonal kontraseptif tedavi için bir östrojen ile kombinasyon halinde endikedir.
- Estradiol spionat: Hipogonadizmden kaynaklanan vazomotor semptomları ve hipoöstrojenizmi tedavi etmek için kullanılan uzun etkili bir östradiol ön ilacıdır.
- Dietilstilbestrol (DES): Prostat kanseri tedavisinde kullanılır. Daha önce düşük veya erken doğuma yatkın hamile kadınlarda düşük veya erken doğumun önlenmesinde kullanılmıştır.
- Siproteron asetat: Şiddetli akne ve androjenizasyon semptomları olan kadınları tedavi etmek için etinil estradiol ile kombinasyon halinde kullanılan bir steroiddir. Ayrıca prostat kanserli hastaların palyatif tedavisi için çok daha yüksek dozlarda tek başına kullanılır.
- Drospirenone: Hamileliği önlemek için oral kontraseptif haplarda ve diğer durumlarda kullanılır.
- Hidroksiprogesteron kaproat: Daha önce spontan erken doğum yapmış kadınlarda tekil gebeliklerde spontan erken doğumların önlenmesi için kullanılan sentetik bir progestindir.
- Nomegestrol asetat: NOMAC olarak da bilinen nomegestrol asetat, oral kontraseptiflerde, menopozal hormon tedavisinde ve jinekolojik bozuklukların tedavisinde kullanılan bir progestindir.
- Quingestanol: Bir progesteron derivesidir.
- Estradiol: Menopozda vulvar ve vajinal atrofinin vazomotor semptomlarını, hipoöstrojenizmi, postmenopozal osteoporozun önlenmesini, meme kanseri tedavisini ve prostatın ileri androjene bağımlı karsinomunu tedavi etmek için kullanılan bir östrojenik steroiddir. Etinilestradiol kontraseptif olarak da kullanılan bir östradioldür.
- Ulipristal: Korunmasız cinsel ilişkiden sonra veya planlı bir doğum kontrol yönteminin başarısız olduğu bir durumda acil kontrasepsiyon için kullanılan seçici bir progesteron reseptör modülatörüdür.
- Estradiol valerat: Menopoz, hipoöstrojenizm ve androjene bağımlı prostat karsinomunun bazı etkilerini tedavi etmek için kullanılan bir östradiol ön

ilacıdır. Endometriozis ve doğum kontrolü için kombinasyon ürünlerinde de kullanılır.

- Mestranol: Doğum kontrolü ve kadın üreme sistemindeki dismenore ve işlevsiz rahim kanaması gibi diğer durumların tedavisi için oral doğum kontrol haplarında bulunan sentetik bir estradioldür.
- Demegestone: Demegestone, daha önce luteal yetmezliği tedavi etmek için kullanılan bir progesteron reseptör agonistidir. Daha önce Fransa'da Lutionex® olarak pazarlandı, ancak o zamandan beri üretilmiyor.
- Segesteron asetat: Segesteron asetat, etinil estradiol ile kombinasyon halinde, üreme potansiyeli olan kadınlarda hamileliği önlemek için kombine bir hormonal kontraseptif olarak kullanım için endikedir.
- Noretindron enantat: Kontraseptif tedavi için belirtilen sentetik bir progestojendir.
- Algestone asetofenid: Enjekte edilebilir bir kontraseptif olarak bir östrojen ile kombinasyon halinde kullanılabilen bir progestindir.
- Klormadinon asetat: Doğum kontrolü için bir östrojen ile kombinasyon halinde kullanılabilen bir progestindir.
- Günümüzde kontraseptif ilaç olarak kullanılan 3 tür Oral doğum kontrol hapından bahsedebiliriz.

6.8. ÖSTROJEN VE PROGESTERONUN BERABER KULLANILDIĞI KOMBINE ORAL KONTRASEPTİFLER (KOK)

Sadece oral progesteron sürekli kullanımı ve uzun süreli kullanım için hazırlanmış progesteron preparatlarıdır. 15-44 yaş arası kadınların çoğunluğu kombine Oral kontraseptifleri tercih ederler. Progesteron hamileliği önleyen hormondur. Ancak kullanılırken östrojen buna dâhil edilir sebep şudur; olası endometrial kanama riskini ve miktarını en aza indirmektir.

Kombine Oral kontraseptiflerin kullanımında progesteronun en büyük role sahip olduğu tartışmasızdır. Düzenli ve doğru kullanıldığı takdirde gebeliğin oluşabilmesi riski % 1'den daha azdır. Ancak günlerin atlanması durumunda bu risk % 9 civarına kadar çıkar. Bu durum ilacın gebelik riskini arttırması olarak değil bireysel kullanım

hatasından kaynaklanan bir eksikliklerdir. Buradan da progesteronun tek başına ya da östrojen ile kombine olarak kullanıldığında kontraseptif olarak % 90'dan daha fazla etkili olduğu sonucu çıkar. Bu; bilimsel olarak ve 10 yıllardan beri kullanıla gelen ispatlı bir kullanım şeklidir. Oral kontraseptif olarak progesteron sadece hamileliği önlemek için değil aynı zamanda düzensiz menstrüasyonlarda, fibroidlerde, endometrioziste ve menstrüel ağrılarda da kullanılan bir ilaçtır. Yine ergenlik dönemi sivilcelerinde oral kontraseptiflerin kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır. Progesteronun kontraseptif endikasyonu dışında değişik sebeplerle kullanım oranı % 14'ten daha fazladır (Fruzzetti & Fidecicchi, 2020).

Kombine Oral kontraseptiflerin etkinliği yüksek, kullanımları kolay, yöntem bırakıldığında doğurganlığın hemen geri dönüşü söz konusu olduğundan daha güvenilir görünürler. Cinsel ilişkiden sonra da acilen kullanılabilmeleri, dağıtımının hekim dışı personel ve özellikle bayan ebe personeller tarafından yapılabilmesi, adet kanamalarına etkisinin çok yüksek olmaması, ağrı-aşırı kanama gibi sorunlara sebep olmamasıyla tercih nedenidirler.

Ancak bunun tamamen garantili ve hiçbir yan etkisinin olmadığı söylenemez. Olumsuz yönleri olarak her gün hap almak zorunda kalınması, lekelenme, ara kanamaların meydana gelmesi, kan basıncında zaman, zaman yükselmeler, nadiren de olsa bazı kadınlarda ruhsal değişiklikler, sürekli sigara içen kadınlarda eğer yaş 35'in üzerinde ise kardiyovasküler sistem problemleri, klamidy enfeksiyonlarına yatkınlık, ve bazı ilaçlarla (örneğin; fenitoin, barbitüratlar, fenilbutrazon, rifampisin, ketokonazol, simetidin, kantaron gibi karaciğer sitokrom p450 enzimlerinin inhibitörü ya da indüktörleri ile etkileşim) istenmeyen olumsuz yönleridir. Genellikle çok etkili ve geriye dönülebilir yöntem uygulamak isteyenler, doğumdan sonra 3-4 hafta geçtiği halde emziremeyenler, dismenoresi olanlar, iyi huylu over kisti riski olanlar, adet düzensizliği yaşayan, ektopik gebelik öyküsü olan, ailesinde over kanseri öyküsü, iyi huylu meme hastalığı veya fibroadenom olanlar, üreme süren şikâyetleri bulunan kadınlar ile düşük sonrası dönemdeki kadınlara endikasyon alanı olarak kontraseptif hap kullanılabilir (Taraborrelli, 2015).

Kontraseptif hapların kontrendikasyonu olarak gebelik veya gebelik şüphesi olanlar, meme kanseri öyküsü olanlar tromboembolik ya da diğer vasküler hastalık kuşkusu olanlar, genital organ kanseri olanlar, nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar 35 yaşından büyük ve yoğun sigara içicileri esansiyel hipertansiyonu olanlar mevcut ya da geçirilmiş iskemik kalp hastalığı olanlar diyabetli ve aşırı şişman bayanlar ile felç geçirenler, akut karaciğer hastalığı olanlar emzikli anneler migren türü şiddetli baş ağrısı olan bireylerde kontrendikasyonlar meydana geleceğinden kullanılmaması önerilir. Kontraseptif haplar kullanıldığında ilk defa kullanılıyorsa gastrointestinal sistem problemleri özellikle bulantı, kusma gibi ya da hassas bayanlarda memede duyarlılık, adetler arasında kanama düzensizliği, zaman, zaman baş ağrısı, kısmen depresyon ve genellikle kilo alma gibi yan etkiler görülebilir. Kontraseptif olarak kullanılan mini hapların başında progesteron gelmektedir (Fruzzetti & Fideicchi, 2020).

Progesteron tek başına kullanıldığında yüksek etkinliği olan bir yöntemdir. Bırakıldığında doğurganlığın hemen geri dönmesiyle kombine oral kontraseptiflere oranla kilo alma bulantı hipertansiyon baş ağrısı ve depresyona neden olma gibi etkilerinin daha düşük olması ile üstün bir ilaçtır. Kardiyovasküler hastalık riskini yükseltmemesi, cinsel ilişkiden bağımsız olarak alınabilmesi, metabolizma üzerinde ciddi bir yan etkisinin bulunmaması, dolayısıyla diyabetli kadınlarda da güvenle kullanılabilmesi, emzirmeyi etkilememesi, adet miktarını ve krampları azaltması, anemiye tesirinin az olması, endometrium kanserine neden olmamasıyla daha ön planda tutulmaktadır.

Halen kontrasepsiyon kullanan 15-49 yaş arası kadınların yaklaşık % 25'i, hapı tercih ettikleri yöntem olarak kullanır. En sık reçete edilen hap, östrojen ve progesteron ile kombine hormonal haptır. Progesteron hamileliği önleyen hormondur ve östrojen bileşeni âdet kanamasını kontrol edecektir. Doğum kontrol hapları öncelikle hamileliği önlemek için kullanılır. Bu doğum kontrol formunun etkinliği, tipik ve mükemmel kullanım olarak adlandırılır.

6.9. PROGESTERONUN ETKİ MEKANİZMASI

Progesteron yumurtalıklarda foliküllerin gelişimini engeller dolayısıyla yumurtlamayı önler. Progesteron miktarındaki yükselme negatif feedback etkisi ile gonadotropin salgılatıcı hormonun (GnRH) pulsatil frekansını da azaltır. Bu da folikül uyarıcı hormon (FSH) salgısını azaltacaktır. Dolayısıyla lüteinize edici hormon (LH) salgısını da azaltır. Progesteron baskısı ile östradiol seviyelerinde bir artış olmaz dolayısıyla folikül de gelişmez. Progesteron negatif feedback LH salgılanması üzerindeki östrojen pozitif geribildirimini olmaması, döngü ortası LH artışını durdurur. Bu durumda folikül gelişemez ve folikülü serbest bırakacak LH dalgalanması olmadığı için yumurtlama önlenmiş olur. Her ne kadar östrojen, FSH sekresyonunu yavaşlatmada ön hipofiz üzerinde negatif feedback yoluyla etkili olsa da foliküler gelişimi inhibe etmede bu durum kısmi bir etkiye sahiptir. Dolayısı ile tek başına sadece progesteronun etkisi kadar belirgin değildir. Progesteron hamileliği önleyen hormonal çalışma mekanizması eşsiz ve benzersizdir (Taraborrelli, 2015).

Progesteron hamileliği önlemekten sorumlu olup ana mekanizması yumurtlamanın önlenmesidir. Progesteron negatif feedback ile pulsatil olarak hipotalamustan sekrete edilen folikül uyarıcı hormon ve lüteinize edici hormon salgısını azaltarak etkiler. Progesteron etkisiyle oluşan negatif feedback lüteinizan hormonun salgılanması üzerinde östrojenin pozitif geri bildirimini önler. Dolayısıyla döngünün ortasında lüteinizan hormon artışını durdurur. Böylelikle folikül gelişemez ve folikülü serbest bırakacak lüteinizan hormon dalgalanması olmadığı için yumurtanın olgunlaşması ve fertil hale gelebilmesi imkânsız hale gelir. Doğru kullanılması halinde gebeliği önlemede % 99'dan daha fazla etkilidir. Rahim boynundaki mukusu kalınlaştırır, bu nedenle spermin rahme girip yumurtaya ulaşmasını zorlaştırır. Aynı zamanda rahmin astarını inceltir, bu nedenle döllenmiş bir yumurtanın rahme yerleşme ve büyüme olasılığı daha düşük olur.

Bir yıl içinde bu yöntemle kontrasepsiyon yapan bayanların 100 kişiden bir tanesi gebe kalma riski yaşayacaktır. Progesteron hapı 21 gün boyunca her gün bir tane almak, ardından 7 gün ara vermek ve hafta boyunca adet gibi bir kanama varsa 7 gün sonra tekrar almak şeklinde idame ettirilir. Kontraseptif progesteron her gün yaklaşık aynı

saatte alınmalıdır. Şiddetli kusma ya da ishal mevcut ise veya kontraseptif hap alınması unutulmuşsa gebelik riski artabilir. Endometriozis ve adenomlarda kombine hap kullanılması durumu düzeltebilir. Progesteron ve kombine oral kontraseptiflerin hiçbiri cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı herhangi bir koruma sağlayamaz. 21 günlük monofazik tipik haplar yaygın olarak kullanılan kontraseptif ilaçlardır (Taraborrelli, 2015; Graham & Clarke, 1997). Microgynon[®], Marvelon[®], Jerbera[®], Triquilar[®] gibi. İçlerindeki ilaç yani hormon miktarı standarttır.

Fazik haplar ise aynı paket içerisinde 2 veya 3 bölüm farklı renkte hap içerirler her bölüm farklı miktarlarda hormon yani ilaç içerir. Yine 21 günlük periyot boyunca her gün bir hap alınır ve sonraki 7 gün boyunca hap alınmaz. Fazik ilaçlar doğru sıralama ile alınmak zorundadır. Progesteron içeren bu haplar düzensiz âdet kanamalarına, göğüslerde hassasiyete, azalmış cinsel dürtüye, depresyon, baş ağrısı, mide bulantısı, yumurtalık kistleri ve akneye sebep olabilir. Önemli ve dikkat edilmesi gereken konuların başında bir uzman sağlık personeline danışarak düzenli bir şekilde ve genellikle her gün aynı saatte almak gerekir. Eğer kaçırılan bir hap varsa dikkat etmek ve korumasız birleşme yapıldıysa acil kontrasepsiyon uygulamak ilacı asla bırakmamak önemli uyarılar olarak sıralanabilir (Süren, 2002).

6.10. VAJİNAL HALKA

Vajinal halkalar; sistemik ya da bölgesel etkileri için bir aktif farmasötik bileşen (Active Pharmaceutical Ingredient -API) ya da kontrollü salım sağlayan bir ilaç verme sistemi olarak tanımlanır. Halkalar istenmeyen gebeliğin önlenmesi ve menopoz semptomlarının tedavisi dâhil olmak üzere çeşitli endikasyonlar için kullanılabilirler. Dünya Sağlık Örgütü, Kasım 2020'de ön yeterlilik listesine dâhil ettiği dapivirin halkasının kullanımına 2021 yılında izin verdi. Dapivirin halkasını kadınlar için ek bir HIV önleme seçeneği olarak tavsiye ettikten sonra HIV'in önlenmesi için dapivirin hakkında Ocak 2021'de HIV riskinin önlenmesine ilişkin bir kılavuz da yayınladı. Avrupa İlaç Ajansı (EMA) da Temmuz 2020'de kendi yasal düzenlemesi (58. Madde) kapsamında dapivirin halkası hakkında olumlu görüş bildirdi. Ağustos 2021 itibariyle, dapivirin halkası Zimbabwe'de kullanım için onaylandı. Aynı dönemden beri Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Sahra altı

Afrika'daki birçok ülkede düzenleyici incelemeleri devam etmektedir. Halkalar ayrıca, istenmeyen gebelik ve HIV gibi çoklu cinsel ve üreme sağlığı risklerine karşı koruma sağlayan çok amaçlı önleme teknolojileri (MPT'ler) olarak klinik deneme altındadır. Küresel olarak, kadınların cinsel ve üreme sağlığı yükü, istenmeyen gebeliklerin % 44'ü, kadın ve kız çocuklarında yıllık 870.000 HIV enfeksiyonu vakası ve her yıl 295.000 anne ölümüyle yüksek olmaya devam etmektedir.

Ring kullanıcıları, hem HIV'i hem de hamileliği önleyen, uzun süre etkili, partner tarafından onaylanan, az yan etkisi olan ve partner bilgisi olmadan kullanım potansiyeli olan yöntemlere yönelik tercihleri ifade eder. Niteliksel sistematik incelemelerde, çoğu kadının ringlerden memnun olduğu, kullanımlarının kolay olduğu ve seyrek olarak dışarı atıldıkları bildirilmiştir. Çoğu kadın, aynı zamanda, eşlerine de kullandıklarını beyan ettiklerini ve birliktelik esnasında yüzüğü hissetmediklerini belirtmişlerdir. Kontraseptif vajinal halkalar (Contraceptive vaginal rings-CVR) uzun süreli etkili doğum kontrolü sağlayabilir, ancak "kullanıcı tarafından kontrol edilir" ve kadınlara istedikleri zaman kullanımı başlatma veya bırakma fırsatı verir. Kontraseptif halka geliştirme kavramı ilk olarak 60'ların sonlarında, Mishell ve Lumkin medroksiprogesteron asetat salan halka ile çalışmalarını yayınladıklarında bilindi (Mishell and Lumkin, 1970). Sonra ABD'de Nüfus Konseyi'nin Uluslararası Doğum Kontrolü Araştırmaları Komitesi (New York, NY, ABD) halkaların geliştirilmesinde ilk liderliği aldı. Burada kullanılan kontraseptif progestin-östrojen, östrojen ya da sadece progestin içeren halkalar sağlayan çok sayıda deneme yürüttü. Bu çalışmalar yıllar önce yapılmış olmakla beraber sadece 2 doğum kontrol halkası günümüzde çok rağbet görmektedir. Hollanda'da geliştirilen etonogestrel hormonu tabanlı ve Şili'de geliştirilen etinil estradiol çok kullanılmaktadır. Çok yakın gelecekte östrojen içermeyen halkalar ya da çift koruma halkaları HIV ve HSV dâhil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile hamileliğe karşı koruma sağlayacak araştırmalar sonucunda kullanıma sunulabilir (Brache et al., 2012).

Kontraseptif vajinal halka kavramı iki prensipli bir kombinasyonun ürünüdür. Steroidlerin biyo-uyumlu silikon elastomerler aracılığıyla sabit bir hızda yavaş yavaş difüzyon kapasitesi (Dzuik and Cook ,1966) ve vajina epitelinin yerleştirilen steroid

hormonları hızla emebilme yeteneği olarak gösterilebilir (Greenblatt, 1954; Widholm and vartiainen 1974).

Kontraseptif vajinal halkalar genelde 58 mm dış çapa 8,4 mm'lik bir kesit çapına sahiptir. Halka; yumuşak, esnek silikon elastomerele homojen emdirilen mikronize progesterondan oluşur. Etkili bir yaşam suresi için in-vitro salınım yaklaşık 10 mg/gun Progesteron'dur. Bu halkalara ortalama üç aylık bir ömür biçilir. Homojen tasarımı nedeniyle halka; 3 aylık kullanım suresi boyunca azalan serum seviyelerine sahiptir. En yüksek progesteron konsantrasyonlarına halka kullanımının 1. haftasında (33,7 nmol/L) ulaşılır. Bu seviye zamanla azalır ve kullanım suresi sonuna doğru düşer. 9-16 haftada tedricen düşerek ilk seviyesinin ancak % 30 'unu karşılayabilir hale dönüşür (Massai, 1999).

Steroidlerin ve diğer ilaçların uygulanması noktasında vajinal yol gastrointestinal kanal absorpsiyon yeteneğinden daha üstündür. Aynı zamanda verilen ilaç ya da steroid ilk geçiş metabolizmasına uğramayacağı için karaciğerde n yıkımlanmaya tabi tutulmayacaktır. Bu yol diğer bir kısım ilacında verilme yolu olarak hem efektif hem de daha verimlidir. Oral yolla uygulanan steroidlerin biyoyararlanımının çok çok üzerinde bir verimlilik elde edilir. Dolayısıyla farmakodinamik olarak ideal bir hormon uygulama yoludur denebilir.

Bu cihazlarda depolama esnasında halkanın yüzeyine doğru steroid birikmesi meydana geldiğinden yerleştirilmeden sonra ilk patlama meydana gelebilmektedir. Ancak bu ilk yoğun ilaç verimi sonrasında ilaç salınım düzeyi belli bir seviyede sabitleniyor. Oral verilen kontraseptifler den üstünlüğü ise sürekli salınım ile kan ilaç düzeyini sürekli sabit tutmasıdır. Oysa oral olarak verilen ilaçlar plazma konsantrasyonu olarak dalgalanma gösterirler.

Vajinal halkanın yerleştirildiği bölgeye göre ilaç dağılımı ve ilacın kan konsantrasyonu sabit olmakla beraber kadının halkayı hissetmemesi ve rahat etmesi için yeterince yükseğe yerleştirilmek durumundadır. Progesteron, levonorgestrel (LNG) ve Nestorone salma halkaları şeklinde kullanıma sunulmuştur. Bu halkalar sürekli kullanım için tasarlanmıştır. Progesteron, doğal bir hormon olarak oral yoldan

verildiğinde neredeyse etkisiz olduğu için emzirme döneminde doğum kontrolü için potansiyel avantajlara sahiptir. Bu nedenle anne sütünde mevcut olduğunda bile bebeği etkilemesi olası değildir. Ayrıca, kanamanın azalması hemogloblin düzeylerini iyileştirdiğinden, anemisi olan kadınlar için ek bir sağlık yararı olan laktasyonel amenoreyi uzatır.

Emziren kadınlar arasında 10 mg/gün progesteron halkası üzerinde (n =802), bakır T 380A (n =734) ile karşılaştıran çok merkezli büyük bir çalışma sonucunda işeme sonrası rezidü (postvoid residual volumes -PVR) için 1 yıllık gebelik oranı % 1,5 olarak gerçekleşmiş ve RİA'dan önemli ölçüde farklı izlenmemiştir (Sivin et al,1997). Halka kullanıcıları, RİA kullanıcılarına göre daha fazla vajinal sorun bildirmişlerdir (sırasıyla % 25,8 ve % 16,8). Kullanıcıların yalnızca % 5,8'i 12 ayda adet sorunları nedeniyle devam etmemiştir. Doğum sonrası 12 ayda devam eden her 100 halka kullanıcısından 46'sı amenorede kalmıştır. Emzirme performansı ve bebeklerin sağlık ve kilo alımı, yüzük veya RİA kullanıcıları arasında benzer görülmüştür (Brache et al., 2012).

6.11. UZUN ETKİLİ GERİ DÖNÜŞÜMLÜ KONTRASEPTİFLERE (LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTIVES -LARC)

Uzun etkili geri dönüşümlü kontraseptiflere (LARC) güvenen kontraseptif kullanıcılarının oranı arttıkça, istenmeyen gebeliklerin oranının azaldığına dair artan bir kabul vardır. Bununla birlikte, rahim içi cihazlar (RİA'lar) ve doğum kontrol implantları gibi çoğu LARC, sağlayıcıya bağlıdır ve bu, eğitilmiş sağlayıcıların az olduğu ortamlarda önemli bir sınırlama olabilir.

Levonorgestrel halkaları: DSÖ İnsan Üremesinde Özel Araştırma, Geliştirme ve Araştırma Eğitimi Programı, 1970'lerin ortalarında günde 20 mcg salan 3 aylık bir LNG vajinal halkanın geliştirilmesini başlattı. DSÖ çok merkezli klinik bir çalışmada bu halka prototipini 81764 kadın/yıl kullanımı sonucunda bir test edilmiş ve % 4,5'lik bir toplam yıllık gebelik oranı bildirmiştir. Menstrüel rahatsızlıklar, 1 yılda % 17,2'lik bir düzensizlik oranına yol açmıştır. Birleşik Krallık'ta daha sonraki bir LNG klinik çalışmasına katılan bazı kadınların vajinasının posterior forniksinde yer alan vajinal

eritematöz reaksiyonlar bir merkezde bildirilmiştir. Bu lezyonların etiyojisi bilinmemekle birlikte, halkadan gelen basıncın kombine etkisine ve LNG'ye lokal maruziyeti nedeniyle vajinal epitelin incelmesinin kombine etkisine bağlı olabileceği varsayılmıştır. Ek olarak, daha önceki halkalar vajinayı tahriş edebilecek bir kenar ile üretilirken, sonraki tüm halkalar artık tek bir kalıpta kenarsız olarak üretilmektedir.

Nestoron halkaları: DSÖ Nüfus Konseyi, 50, 75 veya 100 mcg/gün NES salan, yalnızca NES halkalarının üç prototipi ile bir doz bulma çalışması yürütmüştür (Brache et al.,2000; Brache et al., 2001). NES, oral olarak aktif olmayan, ancak vajinal halkalar gibi oral olmayan yollarla uygulandığında etkili olan mükemmel bir metabolik profile sahiptir. Yine nestoron oldukça güçlü bir 19-nor progesterondur. Her üç doz da yumurtlamayı engellemede çok etkili bulunmuştur. Ancak düşük dozlardayken adet düzensizlikleri yaygın ve kanama daha çok, daha yüksek dozda ise kanamanın azalmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bazı çalışmalarda düşük doz nestoron halkasının da emziren kadınlar için kontraseptif olarak başarıyla kullanılabilceği söylenmiştir (Massai et al.,2000). Düzensiz kanama paterni nedeniyle, sadece progesterin içeren bu halkada daha fazla gelişme görülmemiştir. Fakat daha yüksek dozlar daha iyi döngü kontrolüne yol açmıştır. Ancak ek olarak düşük dozda estradiol içeren halka prototipleri test edilmeye devam edilmiştir.

Kombine halkalar: Kombine halkalar östrojenin ovulasyon inhibisyonu üzerinde sinerjistik bir etki ile progesterinin kontraseptif etkinliğini artırma avantajına sahiptir. Ancak en önemlisi östrojen endometriyal gelişimi korur. Ara kanamayı önler ve böylece düzenli çekilme kanama modelleri ile iyi adet döngüsü kontrolü sağlar. Kombine halkalar çoğunlukla ayda bir düzenli çekilme kanamasına izin veren 3 haftalık giriş/1 haftalık çıkış programında kullanılmıştır (Brache et al., 2012).

6.12. LEVONORGESTREL-ÖSTROJEN İKİLİ KOMBİNASYONU VE NORETİNDRON ASETAT HALKALARI

DSÖ Nüfus Konseyi, 1980'lerin başında birçok merkezli karşılaştırmalı denemede test edilen kombine levonorgestrel (250–290 mcg/gün) ve estradiol (150–180 mcg/gün) salan bir halka geliştirdi (Mishell et al., 1978; Toivonen et al., 1978). Halka ve

kombine oral kontraseptif kullanıcıları arasında klinik performans ve etkililik benzer görüldü (Sivin et al,1981; Sivin et al,1981). Bununla birlikte, yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterolündeki istenmeyen düşüşler ve koroner arter aterosklerozunda bir artış bulunması nedeniyle levonorgestrel-östrojen halkalarının daha fazla gelişimi durdurulmuştur (Ahren et al., 1981; roy et al., 1981). Bu halka prototipi ile tedavi edilen Sinomolgus makakları arasında her iki bulgu da LNG'nin androjenik etkisine, zayıf bir östrojen tarafından dengelenmeye atfedilebilir (Adams et al., 1987). Noretindron asetat ve etinil estradiol salma halkalarının farklı doz kombinasyonlarında birkaç küçük çalışma yapılmış ise de bu alanda daha fazla gelişme izlenmemiştir (Ballagh et al., 1994; Weisberg et al., 1999). Mirena® gibi polidimetilsiloksan (PDMS) bazlı levonorgestrel intrauterin sistemleri 6 yıla kadar levonorgestrel salınımı yapabilmektedir. Bunlar esasında polietilen bir çerçeve dışına kaplanmış bir membran ile içi boş silindirik yapılardır. Burada salınımı kontrol eden eksipiyanlardır. Bu tür cihazların yapımında en önemli nokta silindirik rezervuarların kalıplanmasıdır. Elastomerlerin oranı değiştirilerek ilaç bağlama kapasiteleri düzenlenebilmektedir. Bunlardan amaç kontrasepsiyon sağlamaktır. Kontraseptif kullanımı Uzun Etkili Kontraseptiflerin üretilmesi ve son 20 yılda çok fazla geliştirilmesi noktasında muazzam bir ilerleme kaydedilmiştir. LNG-İUS'lar T harfi şeklinde polietilen bir çerçevenin dikey gövdesi etrafında silindirik bir ilaç polimer rezervuarından oluşur. Temel etki mekanizmaları servikal mukus değişimi, endometriyal atrofi, ve sperm motilitesinin inhibisyonuna dayanır. 2021 itibariyle; adet LNG-IUS bulunmaktadır. Bunlara Mirena® (52 mg LNG, 6 yıl), Liletta® (52 mg LNG, 6 yıl), Kyleena® (19,5 mg LNG, 5 yıl) ve Skyla® (13,5 mg LNG, 3 yıl) (FDA, 2021) ABD ve bazı ülkelerin kullanımına sunulmuştur (Fanse et al., 2021).

Nestoron- etinil östradiol halkaları: Nestorone'un mükemmel metabolik profiline ve güçlü antiovuluar etkisine dayanarak, bir kombinasyon halinde birkaç klinik çalışma yürütülmüştür (Sanchez et al., 1992; Sivin et al., 2005). Bununla birlikte, gebelik oranları siklik, 3 haftalık giriş/1 haftalık çıkış şemasına göre görünüşte daha yüksekti. Bu çalışmalarda sık kanama/lekelenme düzensizliği nedeniyle uyunc daha zor olabileceği sonucuna varıldı. Bu da sık sık halka çıkarılmasına yol açtı ve etkinliği azalttı (Fraser et al., 2005; Weisberg et al., 2005).

Silikon elastomer halkalara (halka çapı 56 mm, kesit çapı da 8,4 mm) emdirilen nestoron- etinil östradiol ile yapılan diğer bir çalışmada 13 kullanım döngüsü boyunca 3 haftalık giriş/1 haftalık çıkış rejiminde kullanıldığında dozlamaların tümünün etkili ve 150/15 ve 150/20 dozlamında herhangi bir hamilelik olmadığı görülmüştür. Bu uygulamada yıllık tedaviyi bırakma oranı çok düşük (<% 2,5) meydana gelmiş ve kanama kontrolü mükemmel bulunmuştur. Kolposkopi muayeneler halka kullanımı sırasında majör vajinal veya servikal problemlerin olmadığını belgelemiştir (Fraser et al.,2000). Kullanıcı memnuniyeti % 68-76 olarak tespit edilmiştir. Her iki steroidin en düşük etkili dozu en ideal olarak yorumlanmıştır (Sivin et al.,2005)

FDA 2006 yılında 2000'den fazla kadın üzerinde döngü kontrolü, kanama düzenleri, yan etkileri, doğurganlığa dönüş ve kabul edilebilirlik üzerine nestoron-etinil östradiol (150/15 mcg) halkaları ile yaptığı çalışmada kontraseptifin vajinal mikroflora, mikrobiyoloji ve endometriyal histoloji üzerine etkilerini yeterli bulmuştur.

Etonogestrel- etinilöstradiol kombine halkalar: 1990'larda geliştirilmeye başlandı prototip olarak vinil asetatın yapılmış esnek yumuşak çok bölmeli şeffaf bir vajinal halkadır (Apter et al., 1990; Kirkman et al., 1992). Çapı 54 mm ve kesit çapı 4 mm'dir. 120 mcg/gün etonogestrel ve 15 mcg/gün etinilöstradiol içerir. 3 hafta giriş 1 hafta ara şeklinde tasarlanmıştır. Cinsel birliktelik sonrası veya temizlik amacıyla çıkarılmasına gerek yoktur Çıkarıldığı zaman 3 saat boyunca herhangi bir etkinlik kaybına uğramaz. Maliyeti flastere göre daha makuldür. Ovulasyonu inhibe ederek kontrasepsiyonu sağlar. Aynı bileşenlerin Oral kullanımından çok daha etkili ve etkilidir. Yapılan çalışmalarda görülen uyum ve buna bağlı devam yüzdesi % 71 ile % 75 tir (Roumen et al., 2001; Lopez et al., 2010). Aralıklı kullanımda daha yüksek olmak üzere sürekli kullanımda düşük miktarda kanama lekelenme görülebilir. Baş ağrısı vajinit, beyaz akıntı ve mide bulantısı yan etki olarak görülmüştür. Halkanın kullanımına bağlı olarak karbonhidrat metabolizması, kemik mineral yoğunluğu, tiroid ya da adrenal fonksiyon bozulmaları klinik olarak gösterilememiştir. Çok nadir de olsa derin ven trombozu olasıdır. Halkalar genellikle kombine oral kontraseptifler ile eş değer etkilidirler. Kontrasepsiyon sağlayan vajinal halkaların kullanımını bakımından oral kontraseptife göre üstünlükleri mevcuttur. Kullanımları ve etkinlikleri tamdır. Günlük olarak alınma

zorunluluğu yoktur. Ancak belli periyotlarla değiştirilmesi gerekir. Lokal baskıya ve yapısına bağlı olarak iritasyon m¼mk¼nd¼r (Brache et al., 2012).

6.13. KONTRASEPTİF KULLANIMININ ETKİLERİ

Östrojenlerin vajinal yoldan uygulanmasının, oral uygulamadan sonra ortaya çıkan steroidin karaciğerden yaklaşık % 60'lık ilk geçişini önleyeceği varsayılmıştır. Hipotez, vajinal yoldan uygulanan aynı dozda östrojenin, oral uygulamadan sonra olduğu gibi hepatik metabolizmayı etkilemeden merkezi sinir sistemi üzerinde istenen etkiye sahip olacağıydı. Ne yazık ki, oral ve vajinal olarak eşdeğer dozlarda uygulanan etinilöstradiol¼n hepatik proteinler, hemostaz değişkenleri ve lipidler üzerindeki etkisini karşılaştıran çalışmalarda herhangi bir fark g¼sterilememiřtir. Bu alışmalar, kombine hormonal kontraseptiflerin pıhtılaşma fakt¼rleri ve pıhtılaşma, fibrinoliz belirteçleri üzerindeki etkilerinin b¼y¼k ölç¼de etinilöstradiol bileşenine (y¼ksek potensi ve yavaş metabolizması ile) bağlı olduğuna ve uygulama yolundan bağımsız olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Çeşitli alışmalar, farklı vajinal halkalar ile oral kontraseptifler arasında hemostaz değişkenlerini ve Seks Hormonu Bağlayıcı Glob¼lin (SHBG) d¼hil hepatik proteinleri karşılaştırmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen sonuç, kombine hormonal kontraseptiflerin vajinal yoldan verilmesinin, oral kullanımı ile g¼zlenen östrojene duyarlı hepatik proteinlerde etinilöstradiol ile ilişkili değişiklikleri azaltmamasıdır. Etinilöstradiol uzun yarı ¼mr¼ nedeniyle, vajinal veya oral yoldan verilip verilmediğine bakılmaksızın, protein sentezini benzer şekilde etkiler (Brache et al., 2012).

6.14. KONTRASEPTİF VAJİNAL HALKALARIN GELECEKTEKİ GELİşİMİ

6.14.1. Nestoron / Etinilöstradiol Halkaları

Etinilöstradiol içeren t¼m hormonal kontraseptiflerin artmış venöz trombotik olay riski vardır. Obezite kendi başına da bu riski arttırır ve etinilöstradiol içeren oral kontraseptiflerin kullanımı ile sinerjik bir etkiye sahiptir. Riski b¼y¼k ölç¼de arttırır. Progestin-nestorone içeren, ancak çok daha d¼ř¼k potensli bir östrojen olan estradiol

ile kombinasyon halinde olan yeni kontraseptifler denenmektedir. Burada normal döngülü kadınlarda yumurtlama inhibisyonu ve farmakokinetiği her ilaçlı halka için 3 aylık sürekli kullanım ve toplamda 6 aylık 2 halka kullanımı hedeflenmektedir.

6.14.2. Progesteron Reseptör Modülatör Halkaları

Progesteron reseptör modülatörünü (PRM) olarak ulipristal asetatı serbest bırakan 3 aylık bir vajinal halka geliştirilmektedir. Bu halka, günlük oral alım gerektirmeyen, östrojen içermeyen bir doğum kontrolü sağlamayı amaçlamaktadır. 19-norprogesteronun bir türevi olan ulipristal asetat, spesifik olarak insan progesteron reseptörüne bağlanır. Yakın zamanda yapılan bir çalışma, incelenen siklusların % 68'inde ovulasyonun inhibisyonunu bildirmiş ve daha yüksek siklus yüzdelerinde ovulasyonun baskılanması için ulipristal asetatın daha yüksek salım oranları ile daha fazla test yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu progesteron reseptör modülatörü halkalarının güncellenmiş Bilimsel çalışmaları mevcuttur (Brache et al., 2012) (Çizelge 6.1).

Çizelge 6.1. Reproduced with kind permission from FSRH UKMEC 2016 <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/ukmec-2016-digital-version/>. (Erişim tarihi: 04.03.2022)

| Tipik kullanım ve mükemmel kullanım ile ilk kullanım yılında istenmeyen gebelik yaşayan kadınların yüzdesi | | |
|---|---------------------------|------------------------------|
| Yöntemler | Tipik kullanım (%) | Mükemmel kullanım (%) |
| Yöntem yok | 85 | 85 |
| Doğurganlık bilincine dayalı yöntemler | 24 | 0.4-5 |
| Dişi diyafram | 12 | 6 |
| Erkek kondom | 18 | 2 |
| Kombine hormonal kontraseptif | 9 | 0.3 |
| Sadece progestan içeren hap | 9 | 0.3 |
| Sadece progestan içeren enjekte edilebilir | 6 | 0.2 |
| Bakır içeren rahim içi araç | 0.8 | 0.6 |
| Levonorgestrel salgılayan intrauterin system | 0.2 | 0.2 |
| Sadece progestan içeren implant | 0.05 | 0.05 |
| Kadın sterilizasyonu | 0.5 | 0.5 |
| Vazektomi | 0.15 | 0.1 |

Uzun etkili geri dönüşümlü kontrasepsiyon yani Long-acting reversible contraception (LARC) intrauterin kontrasepsiyon (bakır intrauterin cihazlar ve levonorgestrel intrauterin sistemler) ve subdermal kontraseptif implantın ortak adıdır. Uzun etkili olmalarının yanı sıra oldukça verimli ve kullanıcı çabası gerektirmezler. Aynı zamanda düzenli randevular ile alınma periyotları bellidir. Ancak yerleştirme ve çıkarma prosedürleri için eğitim almış ebe-hamşire gibi sağlık personeli tarafından gerçekleştirilebilen yöntemlerdir. Yalnızca progesteron içeren subdermal implantlar (İmplanon®Jadelle® ve Sino-İmplant®) bazıları birkaç ülkede bulunurken İmplanon 17 farklı ülkede kullanılmaktadır. Acil kontrasepsiyon için kullanıma sunulmuş bakır yapıtlı rahim içi araç en etkili hormonal olmayan doğum kontrol yöntemi olarak da bilinmektedir. Levonorgestrel rahim içi sistemleri (levonorgestrel intrauterine systems =LNG-IUS) yakın zamanda piyasaya sürülmelerine rağmen hormon replasman tedavisinin bir parçası olarak ağır kanamaların tedavisinde ve endometriyal korumada da kullanılırlar. Bu amaçla LNG-IUS'ler kullanılmaktadır. Tek çubuklu bir implant olan Nexplanon implant, 4 cm uzunluğunda ve 2 mm çapındadır. Kolun üst bölgesinde deri altına yerleştirilir ve kontraseptif için progesteron etonogestrel ve radyo-opasite için baryum sülfat içerir. Etonogestrel implantının etki mekanizması ovulasyonun supresyonudur. Etonogestrel implante aynı zamanda spermin üst genital sisteme geçişini önler. Servikal mucus kalınlaştırır. Aynı zamanda endometriyal incelmeye ve inaktivitesine neden olur. Bu da implantasyonu önler (Brache et al., 2012).

ENG-IMP, ilk kullanım yılında % 0,05'lik bir tahmini başarısızlık oranı ile geri dönüşümlü kontrasepsiyonun en etkili yöntemidir. Bu 3 yıl boyunca kullanılmak üzere lisanslıdır. ENG-IMP kullanan yıl içinde düşük olması muhtemeldir. Rutin kullanım için henüz önerilmemektedir. ENG-IMP'lerin metabolizmasını artıran ilaçlar sitokrom P-450 enzimlerini indükleyen ilaçlardır. Örneğin, antiepileptikler, anti-retroviraller, Sarı kantaron gibi. AİDS, tüberküloz gibi enzim indükleyici ilaç kullanmak zorunda olunan hasta bireylerde bu ilaçlar enzim indüksiyonuna neden olacaklarından ilaçları bıraktıktan sonraki 28 gün boyunca ENG-IMP'nin etkinliğinin azalabileceği göz önünde tutulmalıdır. Bu hususta kişi bilgilendirilmeli ve alternatif bir doğum kontrol yöntemi önerilmelidir. Dozlam vücut ağırlığı ve beden ağırlığı bu implante kontraseptifin etkinliğini etkilemiyor gibi görünmektedir.

Kontrendikasyon olarak bireylerin büyük çoğunluğu için ENG-IMP güvenli bir doğum kontrol yöntemi olarak görülebilir. Kontrendikasyon olarak, vajinal kanama siroz ve meme kanseri önemli olarak görülebilir. ENG-IMP kontraseptif yararları dışında dismenoreyi iyileştirebilir. Bunun dışında endometriyal ağrıyı azaltır. Bu azalmadan dolayı kanamanın olmaması kontraseptif olmayan bir fayda olarak değerlendirilir. ENG-IMP kullanan bireylerde kanama düzenlerini tahmin etmek zordur. Ve zaman içerisinde değişimleri farklılaşabilir. Kanama ya da lekelenme süresi kullanmayan bireylerden daha az olsa da kullanıcılar için bir memnuniyetsizlik ölçüğü olarak değerlendirilir bazen bireyler seyrek düzensiz kanama yaşarken bir kısım diğer kullanıcı sık ve uzun süreli kanama atakları yaşayabilir. Kanama sorunu devam eden bireylerde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, servikal Patoloji, gebelik bağımlı sorunlar değerlendirilmelidir. Bu durumda kombine oral kontraseptifler önerilebilir.

Kontraseptif birçok ilaçta olduğu gibi baş ağrısı, kilo alımı, akne, duygu durum değişiklikleri ile nedensiz ve süreli ruhsal değişiklikler olasıdır. ENG-IMP, doğumdan sonraki 21 gün içinde, kürtaj, dış gebelik veya doğal döngüden sonraki 5. günde takılması idealdir. Şayet bu şekilde uygulanmayacaksa; eğer yapılan gebelik testi negatif ise ve korunmasız cinsel ilişkiden 3 hafta sonra gebelik testi yapılmış ise kullanıma uygundur. Implant takıldıktan sonraki ilk 7 gün içerisinde doğum kontrolü sağlaması mümkün değildir. Bu dönem içinde diğer yöntemler kullanılmak durumundadır. Diğer yöntemleri kullanıp da implant seçeneğini kullanmak isteyen bireylerde de diğer yöntemi bıraktıktan sonraki 7. günde itibaren veya bir 1-2 günlük hormonsuz dönemden sonra implant yapılabilir. Son kontraseptif enjeksiyonundan sonraki en geç 14. hafta içinde bu yöntem kullanılabilir. İmplant acil kontraseptif amaçla kullanılacak ise ilk 7 gün için ek önlemler alınmalıdır. İmplantın erken gebelik üzerinde herhangi bir olumsuz tesiri gösterilememiştir. Eğer acil kontrasepsiyon yapılmışsa implant 5 gün ertelenmelidir. İmplant her ne kadar 3 yıllık olarak lisans almış ise de kullanıcının takdiriyle istediği zaman çıkarılabilir. Ancak kullanım süresi içerisinde ayrıca bir yöntem kullanmak gerekmez. Kullanımı için herhangi bir yaş sınırı mevcut değildir. Gebelik yaşı boyunca menopoz dönemine kadar kullanılması mümkündür. İmplantın takıldığı yerler de hafif rahatsızlıklar; morarma, kanama, çıkarma yerinde yara izi oluşabilir (Brache et al., 2012).

Dikkatli davranılmaması durumunda yara enfeksiyonu gibi yan etkiler mümkündür. Hem takılması hem çıkarılması uzman bir personele yaptırılmak zorundadır. Şayet tespit edilemez ya da hatırlanamayan bir implant çıkarılmak durumunda kalırsa röntgen veya ultrason ile tespit edilerek nerede olduğu saptandıktan sonra çıkarılabilir. İntrauterin sistemlerde tıpkı implantlar gibi geri döndürülebilir ve kullanıcıya bağlı olmayan birer doğum kontrol yöntemidirler. İntrauterin sistemlerle kıyaslandığında başarısızlık oranları birbirlerine yakın sayılabilir. Levonorgestrel intra uterin sistem daha düşük dozda daha etkili görülmüşse kontraseptif etkinlik bakımından aralarındaki fark çok düşüktür. İntrauterin sistemlerde de amenore oranları ve kanamada azalma oldukça fazladır. Şayet yan etkilere bağlı ağır adet kanamaları geçirilirse demir takviyesi önerilebilir. İntra uterin sistemlerde merkezi dolaşıma katılma daha düşüktür. Endometrial hiperplazinin histolojik ve semptomatik tesirlerini önlemek ve tersine çevirmek için de kullanılabilirler. Endometrial kanser riskini azaltması erken ameliyat durumu olmayan bayanlar için tercih edilmesi over kanserinde azalmayı sağladığı söylenebilir. İntrauterin sistemlerde doz çok düşük olduğu için yan etki insidansı da ona bağlı az şekillenir. Kilo alımına bakılırsa rahim içi araçlarla implantlar arasında ortaya bir fark konulabilmiş değildir. Rahim içi araçların da takılmasında bazen servikal dilatasyon gerekebilir. Anestezi ihtiyacı doğabilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önlemede her ikisi için de farklılık görünmemektedir. Bakır RİA kontrasepsiyon için hemen etkili iken uzun etkili levonorgestrel içeren intra uterin sistemler 7 gün sonra aktif hale gelirler. İmplant sisteminde takip gerekli değil iken intrauterin sistemlerde takip gereklidir. Kullanım yaşı bakımında ikisi arasındaki fark yoktur. LARC'lar uzun etkili ve uygun maliyetlidir. ENG-İMP'ler 3 yıl, LNG-İUS'lar 3, 5 ve 6 yıllık, Cu-RİA'lar ise 5 veya 10 yıllık kullanım ömrüne sahiptir.

6.15. ORAL KONTRASEPTİF HAPLARIN KULLANIMI

Gerek kombine Oral kontraseptifler gerekse progesteron 24 saatlik gün periyodu boyunca her gün aynı saatte alınmak zorundadır. Doğum kontrol haplarını ilk defa kullananlar için ilk 7 günlük süreç içerisinde gebelik oluşmasının önlenmesi mümkün olabilir. Bu dönem için başka bir yöntem bulmak gerekir. Bir tablet alımı unutulduğunda bir sonraki normal zamanında 2 tablet olarak almak gerekir. Birinci ve

ikinci haftada arka arkaya 2 tablet kaçırılırsa hatırlandığında 2 tablet ve bir sonraki gün 2 tablet daha alınmalıdır. İdamesi bir tabletle sürdürülmelidir.

Uzatılmış etkili gebelik önleyici ilaç formülasyonları 3 aylık bir korunma sağlayabilir. Uzatılmış aşırı kontrasepsiyon ilaçlarının en yaygın görülen komplikasyonu âdet kanamasının düzensizliği ve kanamanın kesilmesidir. Kronik ve kontrol edilemeyen hipertansiyonu olan ya da hiperglisemi hastaları kontraseptifleri kullandığında sırasıyla tansiyonda dengesizlik, şeker miktarında nispi artış görülür. 35 yaşın üzerindeki bireylerde oral kontraseptif haplarının kullanımı eğer yoğun bir sigara içicisi ise derin ven tromboembolizmini tetikler.

Oral kontraseptifler gebeliği önlediği gibi hastalarda değişik amaçlarla kullanılabilirler. Ancak bu kullanımlarda muhakkak yeterli miktarda hekim ve ebe desteği almak zorundadırlar. Hem menorajiyi hem de dismenoreyi tedavi ederek adet düzenini sağlayabilir. Yaşam tarzıyla ilgili olarak amenoreyi indüklemek için bile kullanılabilirler. KOK'ları kullanan kadınlar arasında, KOK kullanmayanlara kıyasla endometriyal kanser riskinde % 50 azalma olduğu bilinmektedir. Bu etki 20 yıla kadar sürebilir. KOK kullanımı yumurtalık kanseri riskini % 27 azaltır. KOK kullanım süresi ne kadar uzun olursa kanser riski azalması o kadar fazla olur. KOK'ların ayrıca kolon kanseri riskini % 18 oranında azalttığı bildirilmiştir. Bazı formülasyonların akne ve hirsutizm tedavisi için endikasyonları da vardır.

Dozundan daha fazla yüksek dozda doğum kontrol hapı alındığında komplikasyon olarak şiddetli baş ağrısı, mide bulantısı ve kusma gibi gastrointestinal problemler görülür. Toksikolojik olarak herhangi bir antidotu mevcut değildir. Bu durumlar antiemetik ve analjezik ilaçlarla tedavi edilir. Zehirlenme durumunda hastanın tromboemboli riski varsa antikoagülan ilaç kullanılması düşünülmelidir. Tüm doğum kontrol hapları gibi, sadece progestin içeren hap da bireyi cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanmaktan koruyamaz. Bulaşıcı hastalıklarda progesteron vajinal halkanın (PVR) kısmen etkili olduğu gösterilmiştir Bulaşıcı hastalıklardan kısmen korunma noktasında etkinliği RİA'ya benzerdir. Laktasyonel amenore süresi, ortalama kanama/lekelenme epizodu etkinlik süresi kısa olan RİA kullanıcılarına kıyasla PVR kullanıcılarında önemli ölçüde uzar.

PVR genellikle 3 aylık periyotlarda kullanılabilir. 3 aylık kullanım için tasarlanan bu uzun etkili doğum sisteminin emzirme devam ettiği sürece 3 ayda bir yenilenmesi gerekmektedir. Progesteron ile beraber diğer taşıyıcı maddeleri de içeren bir matriks halkası olarak tasarlanan PVR, fizyolojik progesteronu 10 mg/gün plazma düzeyinde salınımını stabil hale getirir. Rahatlık, kullanım kolaylığı, sağlayıcıya bağlı olmaktan ziyade kullanıcı kontrolü gerekmemesi gibi çeşitli faktörler ve doğal bir hormon içermesi, PVR yönteminin emziren kadınlar tarafından daha fazla tercih edilmesine neden olur. PVR kullanıcıları ile RİA kullanıcıları arasında emzirme sıklığı, anne sütü hacmi ve bebek büyümesi bakımından fark yoktur. Bu yeni yöntemin güvenliği ve kalitesi güvenilirdir. Emzirmenin yararlarının şiddetle tavsiye edildiği toplumlarda PVR kabul edilebilirliği daha yaygındır.

Kontraseptif olarak hapın bırakılma nedeni de adetteki azalmalar, menstrüel değişimler, kanamalardaki değişiklikler ve kilo almadır. Ancak hapın bırakılması rahim içi araçtan daha düşük düzeydedir. Örneğin Hindistan'da her 100 kişiden 2 kişi yine Guatemala'da öngörülme doğumların yüksek bulunmasından dolayı her 100 kişiden 17 kişi doğum kontrol hapı almayı bırakmıştır. Kondom kullanılmasının bırakılması biraz daha farklıdır. Cinsel ilişkiden rahatsız olma, yeterli zevk alamama gibi cinsel memnuniyetle alakalı sorunlar ön plandadır. Erkeklerin istememesi, yan etkilerin oluşması ve diğer nedenler olarak sayılabilecek nedenlerden dolayı kullanım daha düşük düzeydedir. İlginç olan şudur ki sağlık sorunlarından dolayı bırakılma yüzdesi 90'lı yıllarda Mısır'da her 100 erkekte 1,3 ü ve Endonezya'da her 100 erkekte 4'ü tarafından bildirilmiştir. (Kocagil, 1999).

6.16. RAHİM İÇİ ARAÇ

Rahim içi araçlar servikal kanaldan intra uterin yerleştirilen plastikten yapılmış çoğunlukla bakır kaplanmış ya da hormon içeren aygıtlardır. Aile planlamasında etkin olarak kullanılabilirler. Uzun süreli güvenli bir kontrasepsiyon sağlarlar. Bütün dünyada yaygın olarak bulunur ve kullanılabilirler. Bir kısmı 1 yıl kadar ömürlü olduğu için pratikte oral kontraseptiflerden daha güvenli olarak addedilir. Diğer kontraseptifler de olduğu gibi rahim içi aracın da kendine özgü bir etki mekanizması mevcuttur. Yüzde 99 etkili olmalarına rağmen hassas bireylerde vermiş oldukları

rahatsızlık da göz önünde bulundurulmalıdır. Rahim içi araç spermin kadın genital sistemi içerisinde ilerlemesini zorlaştırır dolayısı ile yumurta ile fertilize olma yeteneğini köreltir. Ancak rahim içi araçların yıllar boyu tek başına kullanılabilme ihtimali düşüktür. Bunun da nedeni; atılma, kayma, yan etkiler ve rahim içi aracı yönetememe durumudur. Kanama, ağrı, rahatsızlık gibi yan etkileri elbette mevcuttur.

Dünya Sağlık Örgütü 1995'te yapmış olduğu bir çalışmada rahim içi aracı çıkarma nedenlerinin başında kullanma sorunlarını gösterir. Kullanma sorunlarından kaynaklanan gebeliklerin oranı % 0,6 olup, kanama ve ağrıdan dolayı rahim içi aracı istememe düzeyi % 3,6, enfeksiyon oluştuğu için rahim içi aracı istemeyen birey sayısı % 0,3 özel tıbbi nedenlerden dolayı istenmeme durumu ise %0,2 kişi olarak bildirilmiştir (WHO, 1995). Rahim içi araç ile ilgili sık görülen yan etkiler adet ile ilgili değişikliklerdir. Menstürel değişimler ile kanamaya bağlı değişimler tedirginlik uyandırmaktadır. Dismenore ve menoraji gibi durumlarla ilk 3 aydan sonra fazla karşılaşıldığı söylenemez. Ancak kürtaj sonrası rahim içi araç kullanan bayanlarda kanama şikayetleri ağrı ve tedirginlik çok daha üst düzeydedir. 2000'li yıllarda Aile planlaması için kontrasepsiyon yöntemi olarak 100 bayandan 78'inin rahim içi aracı tercih ederken, ilk 3 ay sonrasında bu rakam %56,5'e inmektedir. Aynı dönemde Nijeryalı ve Gambiyalı kadınlar arasında rahim içi aracın bırakılma nedeni olarak yan etkilerin saptanma düzeyi % 24--50 dir. Yine Afrika kıtasında Mısır'da rahim içi kullanan bireylerden % 10,9'u 1 yıl sonunda yöntemine devam etmemiş ve devam etmeme nedeni olarak yukarıda saydığımız problemleri göstermiştir. Benzer şekilde Tunus'ta % 14,7 ve Guatemala'da % 40,8dir.

6.16.1. Aylık İğne

Düzenli olarak ayda bir kez, kas içine enjeksiyonla uygulanır. Kadında doğal olarak bulunan kadınlık hormonlarından ikisini (östrojen ve progesteron) içerir. Yumurtlama ve döllemeyi engeller. Doğru kullanıldığında çok etkilidir. Âdetin ilk yedi günü içinde tercihen ilk günü uygulanır. 35 yaş üstünde ve sigara içen kadınlar sigarayı bıraktıklarında kullanabilirler. Anne sütünün miktarını azalttığı ve yapısını değiştirdiği için emzirirken kullanılmaz. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (HIV/AIDS, hepatit-B, frengi, bel soğukluğu, klamidya gibi) korumaz (Bakanlığı, 2011).

6.16.2. Üç Aylık İğne

Düzenli olarak üç ayda bir, kas içine enjeksiyonla uygulanır. Kadında doğal olarak bulunan kadınlık hormonlarından yalnızca birini (progesteron) içerir. Yumurtlama ve döllemeyi engeller. Doğru kullanıldığında çok etkilidir. Âdetin ilk yedi günü içinde tercihen ilk günü uygulanır. Ara kanamaları olabilir ve uzun kullanıldığında kullanım sırasında âdet görülmeyebilir. Anne sütünü etkilemediği için emziren kadınlar da kullanabilir. İğneler kesildikten sonra tekrar gebe kalmak, ortalama dokuz ay gecikebilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (HIV/AIDS, hepatit-B, frengi, bel soğukluğu, klamidya gibi) korumaz (Bakanlığı, 2011).

6.16.3. Deri Altı Kapsülleri (Norplant)

Kolun iç kısmına yerleştirilen ve kibrit çöpü büyüklüğünde silikon çubuklardır. Kadında doğal olarak bulunan kadınlık hormonlarından yalnızca birini (progesteron) içerir. Yumurtlama ve döllemeyi önler. Türüne göre üç ya da beş yıl boyunca gebelikten korur. Çok etkilidir. Gebelik şüphesi olmayan herhangi bir günde, tercihen âdetin ilk yedi günü içinde uygulanır. Âdet kanaması miktarında azalma, ara kanamalar ve lekelenmeye neden olabilir. Anne sütünü etkilemediği için emziren kadınlar da kullanabilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (HIV/AIDS, hepatit-B, frengi, bel soğukluğu, klamidya gibi) korumaz. Karaciğer bozukluğu olan kadınlar, kalp krizi ya da beyin damarlarında tıkanıklık geçirmiş kadınlar, daha önceden damar rahatsızlığı geçirmiş olan kadınlar, âdet kanaması dışında düzensiz kanamaları olan kadınlar norplant kullanamaz (Bakanlığı, 2011).

6.16.4. Cerrahi Sterilizasyon

Kadında Sterilizasyon

- Artık çocuk istemeyen çiftlerde, kadınların yumurtalık kanallarının/tüplerin ameliyatla bağlanmasıdır. Tüpler bağlandığı için yumurta, sperm ile karşılaşmaz. Böylece dölleme engellenir. Gebelik şüphesi olmayan herhangi bir zamanda uygulanabilir. Çok etkilidir. Hastanede yatmayı gerektirmez. Cinsel

yolla bulaşan enfeksiyonlardan (HIV/AIDS, hepatit-B, frengi, bel soğukluğu, klamidya gibi) korumaz (Bakanlığı, 2011).

Erkeklerde Sterilizasyon (Vazektomi)

Artık çocuk istemeyen çiftlerde erkeklerin sperm kanallarının bağlanmasıdır. Kanallar bağlandığı için sperm hücreleri boşalma sıvısına geçmez. Böylece döllenme engellenir. Çok etkilidir. Cilt kesilmeden ve dikişsiz olarak yapılabilir. Hastanede yatmayı gerektirmez. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (HIV/AIDS, hepatit-B, frengi, bel soğukluğu, klamidya gibi) korumaz (Bakanlığı, 2011).

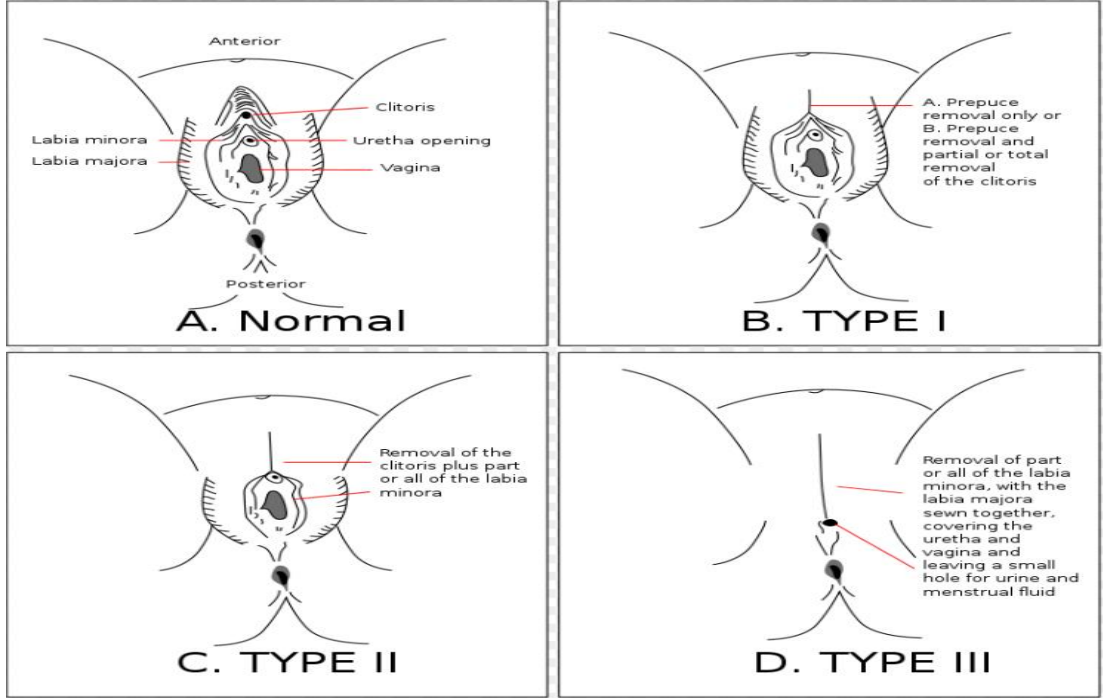
BÖLÜM 7

MUTİLASYONUN AİLE PLANLAMASINA ETKİSİ

Kadın genital mutilasyonu tedavi amacı olmayan geleneksel, dini, örfi, kabile klan ya da aşiretlerin mitsel inanışları muvacehesinde yapılan Afrika ve Asya'da yaygın olan yüz milyonlarca kadının mağdur edildiği bir insanlık hakkı ihlalidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 200 milyondan fazla bu zulme uğramış kadın ve her yıl 3 milyondan daha fazla kadın veya kız çocuğunun bu insanlık dramından etkilendiğini belirtir. Uygulama bütün dünyada 30'dan fazla ülkede yaygın olup ana yaygınlık merkezi Afrika'dır (WHO,2016).

Afrika kıtası içerisinde az veya çok hemen bütün ülkelerde yapılmakta olup en yoğun görülen ülkeler başta Somali ve Cibuti dir. Somali ve Cibuti'de kadınların hemen tamamı sünnet edilmiş durumdadır. Bunun dışında Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri, Umman, Yemen, Bahreyn, Kuzey Irak, Malezya, Endonezya, Pakistan, Hindistan, Güney İsrail gibi birçok ülkede coğrafi lokalizasyonlarda yaygındır (Hedayat and Pirzadeh, 2001).

Bu yaygınlık geleneklere bağlılık, kadınlara verilen değer, efsaneleşmiş mitlerin toplum içerisindeki sosyolojik yerleşimi, büyük tip ailelerin töre ve ananeleri, kırsal ve göçebe kesimde yaşayan halkların iletişim ve bilişimden uzak eğitim durumları ile ilgili olarak az veya çok değişkenlik gösterir. İnsan varlığının yegane sebebi olan kadın genital organlarının az veya çok hasara uğratılması şeklinde tanımlanabilir olan mutilasyonun Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 4 farklı tipi mevcuttur (WHO, 1998).



Şekil 7.1. Wikipedia Commons. 2010. Female genital mutilation. URL: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:FGC_Types.svg.

Kadın genital kesilmesinin bazı ana biçimlerine anatomik bakış

Tip I: klitoris kısmi veya tam eksizyonu (klitoridektomi).

Tip II: Labia'nın kısmi veya tam eksizyonu ile klitoris çıkarılması (klitoridektomi ve/veya labial eksizyon; klitoris kesilmesini içeren FGM/C türleri bazı yerlerde sünnet formu olarak bilinir).

Tip III: Dış genital organların bir kısmının veya tamamının çıkarılması ve labiaların tüm kenarlarının dikiş veya yapıştırıcı ile birleştirilmesi ve kaynaştırılması yoluyla vajinal açıklığın daraltılması ve kapatılması, idrar ve adet akışı için küçük bir açıklık bırakılması (infibülasyon olarak da ayrıca bilinir).

Tip IV: klitoris veya labiyayı delmek, yaralamak, kesmek gibi diğer terapötik olmayan genital değişiklik biçimlerini içerir; klitoris veya labianın gerilmesi; klitoris ve çevresindeki dokuyu dağlamak; vulvar vestibülün kazınması; vajinayı kesmek ve

vajina kubbesini daraltmak veya daraltmak için vajinaya kostik maddeler, kümes hayvanları pisliği veya şifalı bitkiler sokmaktır (Organization, 2008).

7.1. YAYGINLIK

Bu elim vakanın nereden nasıl başladığına dair kesin bir kanıt mevcut değildir. Ancak eldeki tarihi veriler özellikle Mısır'daki papirüslerden anlaşıldığı kadarıyla milattan önce 3500 yıllarından itibaren sistematik olarak yapıla gelmektedir.

Bilinen en primitif hali eski Mısır uygarlığında milattan önce 5800 lü yıllarda kadınların köle ve asil olarak ayrıştırılması, damgalanması ötelenmesi, aşağılanması ve farklılaştırarak toplum içerisinde statülerinin değiştirilmesine ilişkin yapıldığıdır. Zaman içerisinde buradan Sudan, Eritre, Mali, Somali Cibuti, Sierra Leone, Etiyopya gibi Afrika ülkelerine sirayet ettiğiidir.

Zaman içerisinde kabilelerin dış dünya ile ilişkilerini kesmesi ile beraber dini inançlarından bağımsız olarak bir töre şeklinde devam ede gelmiştir. Üzerine efsaneler üretilmiştir. Mitler geliştirilmiştir. Evlilik gibi kutsal bir müessesenin kalbine bir hançer gibi sokulmuştur. Günümüz Afrikasında nüfus yoğunluğunun çoğu Müslüman olan ülkelerde daha çok görülmekle beraber aynı ülkelerde yaşayan islam dışı toplumlarda da mevcuttur. Hristiyanlar, animistler, farklı tapınmalar gösteren inanç grupları arasında da yaygındır. Dolayısıyla bunun kutsal dinlerden herhangi birine izafe edilmesi mümkün değildir. Kutsal kitaplardan Tevrat, İncil ve kur'an-ı Kerim'de insana verilen değer ve toplumsal olarak sosyoloji ahlaki zeminde eşit hak ve uygulamalar bakımından insan eşitliği vurgulanan bir temadır. Mutilasyon ise insanların hem de en yakın anne baba ve akrabaların fiziksel olarak zayıf kız çocuklarına uygulamış oldukları yeryüzünün en büyük zulmü olarak ifade edilebilir (WHO, 2008).

Afrika ve Asya'da ki bu yaygın coğrafi alanlar ile kabilelerden gelişmiş ülkelere göç edenler arasında kapalı yaşam gösteren topluluklarda da uygulama süre gitmektedir (Teixeira and Lisboa, 2016; Goldberg et al., 2016). Örneğin, Avrupa parlamentosu Avrupa Birliği'nde yaşayan bir milyona yakın kadının genital kesime maruz olduğunu

bunlardan 180 000 kadından daha fazlasının bu risk altında olduğunu tahmin etmektedir (EİGE, 2013).

2001 yılında İngiltere Galler'de yaşayan 174 528 kadın mutilasyona maruz kalmış oldukları anlaşılmıştır yine Amerika Birleşik Devletleri'nde 200 000 kız çocuğu ve genç kadının mutilasyonu geçirme riski altında olduğu tahmin edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü ve gelişmiş ülkelerdeki sivil toplum kuruluşları tarafından mutilasyon a karşı yapılmış yüzlerce proje de ciddi emekler harcanmıştır. Ancak yerel yerleşmişlik, kültürel sıkı bağlılık iletişim ve bilgi araçlarına kapalı olma durumu ile geleneğin efsane ile direkt belirleyici olma rolü aşılammıştır. Konunun mahrem olması. dışarıya açılmaması, aile veya kabile içerisinde kalması gibi birçok nedenden dolayı gerçek rakamları bilmek olanaksızdır. Ancak verilen rakamların tamamına yakını istatistiksel tahminlerden ibarettir. Gelişmiş ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda mutilasyonu uğrayan birçok afrika kökenli bayanın olduğu anlaşılmıştır. Son yıllarda türkiye'de Somalili insanların eğitim Ticaret turizm ve değişik ilişkiler sebebiyle sıkı ilişkide buldukları bir ülkedir. Dolayısı ile Türkiye'ye gelen bireylerinde mutilasyondan etkilenmemiş olmalarını düşünmek mümkün değildir (Kalid Ali et al., 2018)

7.2. KÜLTÜREL BELİRLEYİCİLER

Mutilasyonun yapıldığı coğrafyalarda geleneksel olarak yapılma nedenleri de toplum içerisinde zihinlere yerleştirilmiştir. Genç kızların onuru olma, değerli bir kadınlık sağlamak, sosyal norm içerisinde evlenebilir bir kız olmak, aile geleneklerine bağlı olma, temiz olmak, eşine bağlı ve onu çok iyi tatmin edebilir olmak gibi değerli parametrelerle bu facia eşleştirilmiş ve özdeşleştirilmiştir (Shakirat et al.,2020).

Bu coğrafyalarda kültürel belirleyiciler ne zaman ne şekilde kimler tarafından yapılacağıının da kararını vermektedir. Tüm ülkelerde genellikle 4 ile 18 yaşları arasında mutilasyonu maruz kalınır. Örneğin Mısır'da 5 ile 9 yaş arasında kızların yüzde sekseni sünnet edilmiştir. Gambiya da 4 ile 7 yaşları arasında, Mali de ortalama 6 yaşında, Tanzanya'da 10 yaşında, Etiyopya'da 11 yaşında Somali'de en son 8 -12

yaşında bu uygulamaya maruz kalmaktadırlar (Ahinkorah, 2021; Gebremariam et al.,2016).

Hemen tamamında uygulama gelenekseldir. Mısır'da bir dönem tıbbileştirilmesi için çabalar üretilmiş ise de islami bir gelenek olmaktan çok uzak olduğu için ve insan hakkı ihlali olduğundan tıbbileştirilmesi hoş karşılanmamıştır. Mutilasyonun tip1 ve tip 2'sinde daha az hasar olmakla beraber özellikle tip-3 denilen ‘firavun kesimi’nde cinsel üreme sağlığı risk altına sokulmaktadır. Hemen tamamında uygulama şekli olarak kız çocuklarının bacakları açılır sıkı şekilde tutulur sıradan bir bıçak jilet makas taş parçası cam veya keskin bir çubuk kullanılarak anestezi yapılmadan, hiçbir hijyenik kurala uyulmadan kesim yapılmaktadır. Yemen ile Afrika'nın bazı ülkelerinde uygulandığı gibi özellikle bebeklik döneminde yapılan bu tür uygulamalarda ağrı şoku ve kanama ölümü beraberinde getirmektedir. Ancak doğum bildirimleri yapılmadığı, istatistikleri tutulmadığı, kayıtları olmadığı, gizli aile içinde ve geleneksel bir uygulama olduğu için bu rakamları bilmek imkansızdır (El-Gibaly et al., 2019; Unicef and Gupta, 2013)

Daha sonra bacaklar sıkı sıkı bağlanarak ya da yara üzerine basınç ile bir bandaj sarılarak kanama durdurulmaya çalışılır. Tiplerdeki rakamsal büyüklük aynı zamanda verilen hasarın da büyüklüğü ile doğru orantılıdır. Özellikle üçüncü tip firavun kesiminde klitoris başı ve labia minoranın tamamı ile L. majoranın bir kısmı alındığı için yara iyileşmesi yerinde büyük bir doku kaybı bırakarak iyileşmektedir. Fizyolojik olarak vajinal açıklık, serviks, klitoris başı, labium minoralar, ciddi hasar görmektedir. Tip-3te yapılan infibulasyon idrar geçişi, adet, ve işlem sonrası kan ve serözitenin uzaklaşmasını önlemektedir (Oljira et al.,2016; Abathun et al.,2018).

Dolayısıyla menarş ve sonrası menstrüasyon dönemlerinin normal olmasını beklemek fizyolojinin bilimsel olarak inkarı anlamı taşır. Yine doğum esnasında infibulasyondan dolayı yapılamayan doğum için deinfibulasyon yapılmak mecburiyeti doğar.

Mutilasyon esnasında gerek doku harabiyeti gerek skar oluşumundaki aşırı üreme ve gerekse zaman içerisindeki fizyopatolojik değişimler rektovajinal fistüllerin oluşmasına zemin hazırlar. Kesim esnasında arteria pudendalis kesildiği için kanamayı

durdurmak çok kolay değildir. Yine klitorisin innerve edildiği nervus pudentalis ramuslarının yaygınlığı sebebiyle kesim esnasında şiddetli ağrı meydana gelmektedir. N. pudentalis aseptik rejenerere olmadığı için proliferere olarak büyümekte dolayısı ile bölgede orta ve büyük çaplı bir nöroma oluşmaktadır. Bu sinirin kesilmesi ile beraber nöroma oluşması ya da küçük miktarda meydana gelmesi sakral bölge üzerinde medulla spinalisi etkilemekte ömür boyu süren kronik ve şiddetli bir ağrı sendromuna neden olmaktadır. Bu ağrı sonucu psikolojik travma zihinsel olarak sürekli tekrarlamakta dolayısı ile post-travmatik şiddetli bir ağrı ciddi psikiyatrik hadiselerle dönüşmektedir (Organization, 2011).

Mutilasyon yapılmadan önce her ne kadar çocuklardan gizlensede kendisi üzerinde bir uygulamanın yapılacağı bunun ciddi olduğu hissedilir. Bu korku travması uygulamanın olması ile beraber kızın ailesine olan güvenini sarsar. Menarş döneminde yaşadığı sorunlar psikiyatrik bir travmaya dönüşür.

Yapıldığı küçük yaştan menarş dönemine kadarki süre içerisinde uygulamanın neden yapıldığı, gereklilik sebepleri, çekmiş olduğu ızdırap ve ağrılar zihinsel psikiyatrisinin hemen tamamını kaplar. Bu travmadan ötürü fizyolojik acıların dışında ilgisizlik, itilmişlik, değersizlik, kendine ait bir organın bir parçanın yok oluşuna şahitlik etmiş olmak ciddi ve ileri bir depresyona sürükler.

7.3. SAĞLIK AÇISINDAN SONUÇLARI

Sağlık açısından sonuçlarını tek Madde halinde belirtmek mümkün değildir. Acil ve kısa süreli komplikasyonlar, uzun vadeli sorunlar, dermatolojik problemler, cinsel hayat ve üreme sağlığı sorunları, ürolojik etkileri, menstrüel sorunları, postmenopozal problemleri ile psikososyolojik irdelenmesi ayrı, ayrı ele alınabilir.

Acil komplikasyon olarak; anestezi yapılmadan uygulanan vahşi bir işlemdir. Uygulama klitoris başını ilgilendirmektedir. Dolayısıyla klitoris dorsal arterlerinden pudental arterden şiddetli kanama kaçınılmazdır. Vulva ve vestibulum da hasar kaçınılmazdır. Klitoris ve dudakların kesilmesinden dolayı dokunun birbirine iliştilmesi, doğru bir şekilde dikilmesi söz konusu değildir. Doku kaybı son derece

fazladır. Bunun dışında uygulama sonrasında yapılan kompresyon kan ve sızıntının uterusu doğru itilmesine şayet enfeksiyon oluşur da rektovajinal fistül meydana gelirse gaita ve idrarın karışmasına sebebiyet verir. Rektovajinal fistülden sonra rektal içeriğin vajinal yoldan retrograd yol ile sırasıyla ürethra, vesica urinaria, üreter ve böbrek enfeksiyonu kaçınılmaz bir sonuçtur. Onun dışında koliform bakteri invazyonu, tetanoz riski, lokal flora veya dış etki bağımlı viral, bakteriyel ve mikotik enfeksiyonlara küçük bir üreme alanı oluşur (Abdulcadir et al.,2011).

7.4. UZUN VADELİ KOMPLİKASYON OLARAK

İşlemin tekniğine, yapılan alete, yapan kişiye, dokuya verilen zarara bağlı olarak septik koşullarda yapılmış bu canice uygulamanın ciddi doku hasarları meydana gelir. Sinir uçlarının sıkışması veya aşırı üremesinden dolayı nöroma oluşumu kaçınılmazdır. Afrika kökenli insanlarda yaygın olarak keloid yara izleri bölgede fibroz doku aşırı büyümesi, fizyolojik olarak doğumun yapılamayacak kadar yolların daralmış olması gözlenir (Wuest et al., 2009). Gelişigüzel kesilmiş ve açıkta bırakılmış sinir uçları kronik vulvar ağrıya ve sacro-lumber bölgede medulla spinalis boyunca uzanan şiddetli ağrı komplikasyonu bir ömür taşımak üzere beraberinde getirir. Mukozal ve hassasiyeti yüksek bir bölge olmasından dolayı hem klitoral hem vulvar epidermal inklüzyon kistleri olasıdır (Rouzi,2010). Inklüzyon kistleri keratinize epidermin dermise invajine olmasından kaynaklanır. Bu invajinasyon dokuda içe doğru bir kıvrılma meydana getirdiği için mukozaları dış etkilere açar. Bu kistler ve nöromalar şiddetli ağrı yaptığından yürümede anormallik, oturmada ağrı, kişisel ihtiyaçlarını görmede güçlük ve karşı cinsle temasta şiddetli ağrıya neden olur (Abdulcadir & Orlando,2003).

Nöroma ve kistler dışında lenfatik dokunun hasar almasından dolayı kaşıntılı siğil benzeri papüller oluşur. Bu vulvar lenfanjiak yaralar retrograd yolla vajinal papillomaları da tetikler. Üretranın zarar görmesinden dolayı şiddetli ürinasyon ağrıları görülür. Ağrı sendromundan ötürü idrar retansiyonu, rekürren idrar yolu enfeksiyonları, yavaş ve ağrılı işeme, bitiminin hissedilmemesi gibi ürolojik sorunlara neden olur.

Bu sorunları gerek yakın aile içi bireyler özellikle eş ve çocuklar başta olmak üzere çok rahat fark edilir. Bu fark edilme hadisesi beraberinde dalgalanmayı, küçük düşürülmüş psikolojisini bir kişiliğin rencide edilmiş olduğu hissini yaratır. Yeterli temizlik ve hijyenin yapılabilmesi neredeyse mümkün değildir. Bir adı da "tahur" yani temizlik olan bu vahşi uygulamanın insanlığın doğduğu merkezi nasıl kirlettiğini tahmin etmek güç değildir (Banks et al., 2006)

7.5. FGM/C'DE ADET SAĞLIĞI VE HİJYENİ

İnfibüle kadınlarda hematokolpos (tıkanmış adet akışı) kaçınılmazdır. Menarş öncesi deliğin genişletilmesi için içeriye çubuk, ot sokulması menstrüasyon atıkların temizlenmesi isteği durumu daha da kötü hale getirir. Deinfibülasyon gerektiren ikinci ve üçüncü tip mutilasyon grubunda operasyon sonrası bile rekonstrüktif uygulama olmadıkça eski durumunu kazanması mümkün değildir. Durumun mahremiyetinden dolayı üreme alanı sakatlığı UNFPA verilerinin kaynakları incelendiğinde tamamı ile düzeltilbilir görünmemektedir. Buna bağlı olarak Örneğin Mali'de mutilasyon geçirmiş kadınlarda hijyen eksik görüldüğünden bölgesel kanser olayları 5 ile 6 kat daha fazladır (Farage et al., 2015).

Mutilasyonun yapıldığı bölgesel coğrafi lokalizasyonlarda kişisel hijyenin yanısıra tuvalet bulunmaması, su azlığı, kanalizasyon yokluğu, sabun deterjan gibi temizlik malzemelerinden yoksunluk ile papiloma virus gibi sebepler de ilave edildiğinde rahim ağzı ve serviks kanserleri ile papilom oluşumu 46 kat daha yüksek görülmüştür. Menstrüal pedlerin tekrar tekrar kullanılması ya da hijyenden uzak bezlerin kullanılması genital enfeksiyonları kötüleştirir. Bu durumlar lokal enfeksiyon ve proliferasyonun yanı sıra implantasyon ve sonrasında kotiledon oluşumunu da etkiler. Bundan dolayı mutilasyon için insan eliyle zorla oluşturulan embriyolojik bir katliam olarak bakmak çok uzak bir ihtimal değildir. Gerek sperm akışını gerek zigot oluşumunu ve gerekse serviksin yeterli kapanmasını engellediği için ilk trimester dönemde abortlar spontane rakamlardan çok çok fazladır (Abdulcadir et al.,2011).

7.6. OBSTETRİK VE PERİNATAL KOMPLİKASYONLAR

İnsanların var oluş nedenlerine yataklık eden böyle bir dokunun bu boyutta zedelenmesi perinatal ve obstetrik sorunlara neden olur. 2006 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün prospektif bir çalışmasında; Burkina Faso, Gana, Kenya, Nijerya, Senegal, ve Sudan'daki 28 obstetrik merkezinde 28 393 hasta incelenmiş mutilasyona uğrayan bayanlara mecburi sezeryan uygulanmıştır. Doğum sonu kanama, annenin hastanede uzun süre kalması bebek resüsitasyon ihtiyacı, embriyolojik implantasyon sorunları, yenidoğan ölümleri, düşük doğum ağırlığı, abortif yüksek risk tespit edilmiştir. Riskin derecesi mutilasyonun derecesi ile koreledir (Kaplan et al.,2013).

Tip-3 mutilasyon doğum sonu kanama riski % 69, hastanede kalış süresinin uzaması % 98, yenidoğan resüsitasyon gereksinimi % 66 ve % 55 oranında ölü doğum veya neonatal ölüm tespit edilmiştir. Mutilasyon un her 100 doğumdan en az iki perinatal ölüm riski vardır (Berg & Underland, 2013).

Diğer bazı çalışmalarda sünnetin doğum süresini uzatma olasılığını 3 ile 4 kat uzattığı, obstetrik kanama riskini en az 2 kat arttırdığı tespit edilmiştir. İntroitus çevresinde vajinal darlık, tıkanıklık ve üremenin doğum sürecini uzattığı fizyolojik durumdan çıkararak patolojik bir hale dönüştürdüğü görülmüştür. Vulvovajinal skar dokusunun esnek olmaması, meydana gelen nöromalılarının bebek geçiş güzergahında bulunması ve aşırı ağrıya neden olması, perineal yırtıkların doğumu güçleştirdiği, enfeksiyona açık hale getirdiği, bebeğin kanalda boğulma ihtimalini arttırdığı, daralan dokudan dolayı damar yırtılmaları ve kopmalarından ötürü kanama riskinin maksimum olduğu bir gerçektir (Balachandran et al., 2018).

Anne morbidite ve mortalite oranları mutilasyon uygulayan ülkelerde gelişmiş ülkelere kıyasla daha yüksektir. Bunun birincil nedeni daralan yollardaki sorunlar ve ölüm sebebi kanamadır. Somali ve Cibuti bu anlamda çok sorunlu iki ülkedir. Mutilasyonun potansiyel bir komplikasyonu olan obstetrik fistüller tıkalı doğum sırasında fetal kafa ile annenin pelvisi arasında sıkışmaya neden olmaktadır. Bu durum idrar kaçırma, mesane veya üretranın arka duvarının hasar görmesi; dolayısıyla dökülmesine, fekal inkontinans oluşmasına, vajinal arka duvar ile rektum alanının

basınç nekrozundan kaynaklanır. Bu sonuçlar fizyolojik olarak ızdırap vermekle kalmaz, kadın için psikolojik olarak bir yıkım, fiziksel ve sosyal olarak taşınamayacak kadar ağır birer travmadır (Cottler-Casanova et al., 2020)

7.7. CİNSEL SAĞLIK

Mutilasyona uğramış kadınlarda özellikle ikinci ve üçüncü tip doku kayıplarının fazla olduğu şekillerinde cinsel ilişki ağırlıdır. Klitoris başı boynu ile beraber kesildiğinden cinsel haz ve tatmin çok düşük düzeydedir. Bu durum cinsel isteğin azalmasına neden olur. Seks davranış modülünü marazi hale getirir. Birleşme anındaki ağrı ve güçlüklerin yanı sıra doğum durumuna ilişkin psikolojik bir içe kapanışa neden olur. Mutilasyondan dolayı vajinal flora değişir. Dolayısı ile mutile edilmiş kadınlardan doğan çocukların laktobasiller floradan ziyade kolibasil bir flora'ya sahip oldukları tahmin edilebilir (Abdulcadir et al.,2011; (Berg & Underland, 2013).

Bu durum sünnet olmamış kadınların normal doğum ile doğurmuş oldukları bebeklere kıyasla hem erken ölüm riskini getirir hem de enfeksiyona açık bir bebek doğmasına neden olur. Mutilasyon bölgesinde doku kaybı ve oluşan dokunun yeterli vaskülarizasyona sahip olmaması postpartum enfeksiyon riskini maksimize eder. Bu risk aynı zamanda hormonal etki alanını daraltır. Serviko- vajinal girişi problemlile hale getirir. Bu durum enfeksiyonların uterusu ulaşmasını, plasentanın enfeksiyonunu ve metritisini kolay hale getirir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yayılmasını destekler ve tedavisini güçleştirir (Balachandran et al., 2018).

7.8. KAN VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

Mutilasyon da kullanılan nonsteril malzemeler ile steril olmayan koşullar altında yapılan bu uygulama ile doğal florada yerleşik bir kısım patojen bakterinin ömür boyu üreme yollarına yerleşmesine neden olur. Dışarıya açık bir enfeksiyon odağı oluşturulduğu için, dışarıdan alınabilecek bakteri, mantar, virüs, protozoon, parazit gibi patojenlerin ömür boyu yerleşmesini destekler. Hepatit B ve HIV virüsü gibi kan yoluyla bulaşan hastalıkların bulaşma riskini arttırır. Sağlık çalışanlarını da müdahaleleri esnasında bu riske açık hale getirir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların

skar dokusu üzerinde delinme yırtılmalarına, rektovajinal fistüllerin daha kolay oluşmasına dolayısıyla açık bir enfeksiyon kaynağına dönüşümüne öncülük eder (Berg et al.,2010).

7.9. ANNE SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI

Genel olarak daha emniyetli bir ifade ile bütün kadınların mutlaka hamile kalma sayısı, yüksek riskli mutilasyona uğramış kadınlar arasındaki hamilelik sayısı arasında ciddi farklar vardır. İstenmeyen gebeliklerin azaltılması hamilelik ve doğum esnasında anne ve bebek ölüm düzeyinin azaltılması normal kadınlara oranla mutilasyona uğramış kadınlarda daha güçtür. Doğum kontrolünden ve periyodik obstetrik muayenelerin kontrolünden kaçınıldığı için hangi miktarda hamilelik geçirildiğini, ve ne miktarda erken dönem abort yapıldığını tespit etmek mümkün görünmemektedir. Mutilasyonu uğramış kadınlarda ileri doğurganlık yaşlarında doku değişimi ve yapılmış doğumların etkisi belirgindir (Abdullahı, 2017).

Mutilasyon bölgelerinde doğumlar ardışık olup iki doğum arasındaki maksimum süre 2 yıldan fazla değildir. Doğumlar genellikle evde, kırsalda ya da göçebe oldukları için tabiatta yapıldığından bebek ve anne ölümlerinin sayılarının net tahmini imkânsızdır. Doğumlarını ertelemek ya da doğum aralarını açmak talebi kadının iradesine bağlı olmadığı, sosyal kasta ve kocanın kararına bağlı olduğundan yıkım had safhadadır (Omar & Abdirisak, 2022).

Bu coğrafi bölgelerde sosyolojik varyans; kabile veya efsaneleşmiş mitlerin yerleşik hiyerarşisidir. Dolayısı ile çocuk sayısının ayarlanması, doğumların planlaması, kontrollerin doğru yapılması, gebelik dönemi muayene ve tetkiklerinin düzenli periyodik takip edilmesi söz konusu değildir. Örneğin burundi'de bütün kadınların yarısından fazlası bir sonraki hamileliklerini ertelemek istedikleri ve % 18 i daha fazla çocuk istemediği halde aile planlamasının herhangi bir yöntemini sadece % 9 luk kesim kullanmaktadır. Dolayısı ile istenmediği halde ardışık hamilelikler, beslenme ve temiz su ihtiyacı, kanalizasyon, temizlik ekipmanı ile hijyen gereksinimi aile planlamasının temelinde yatan fiziki koşullardır. Bunların dışında bilgi ve iletişim kanallarının kullanılması noktasında kadınlar ikinci plandadır. Dolayısıyla obstetrik,

gebelik, cinsel yaşam, korunma, doğum kontrolü ve doğum kontrol yöntemleri menopoz hakkında gerekli ve yeterli bilginin sağlanması ülkelerin otoriteleri incelendiğinde ya hiç mümkün görünmemektedir ya da ihtimali çok düşüktür. Afrikalı kadınlar sadece istediklerini söyledikleri sayıda çocuğa sahip olsalardı, 4 milyon daha az doğum olurdu. Bu %17'lik bir düşüş demektir. Anne ölümleri, sadece hamilelik sonucu ölüm riskini sayısal olarak azaltarak karşılaştırılabilir oranda düşebilir (Royston and Armstrong, 1989).

Mutilasyonu yoğun olduğu Afrika ülkelerinde menarş sonrası evlilik ve evlilikten hemen sonra aile veya kabile baskısıyla çocuk talebi birçok kadının 20 yaş altında çocuk sahibi olmasına neden olmaktadır. 45 ila 50 yaştan sonra doğru bir doğum kontrolü sağlayacak aile planlaması da yapılmamaktadır. Sırasıyla 20 yaş altı kızlarda mutilasyon etkilerinin devam ediyor olması ile beraber hamile kalma ve doğurma problemi anne çocuk sağlığı aile planlaması bakımından yüksek risk altındadır. Bu kadınlar doğum yaptıktan sonra sağlıklı bir obstetrik ve cinsel yaşama da sahip olamamaktadır. Ardışık doğumlarda takip ve kontrolün olmaması sağlık gereksinimlerinin karşılanmaması erken yaşta birkaç bebeğin annesiz kalmasına neden olmaktadır. Hayatta kalan annelerin sosyoekonomik ve diğer nedenlerden dolayı menopozal dönemleri erken başlamakta ve sorunlu olmaktadır (Omar & Abdirisak, 2022; Gure et al., 2016).

Geleneksel bilgi kirliliğinin azaltılması, iletişim olanaklarının artırılması, yönetim ve otorite gücünün kuvvetlendirilmesi yanlış inançların ve efsaneleşmiş mitlerin önüne geçilmesi uzun süreli bir eğitim ile mümkündür. Ancak bu eğitim yapılmış olsa bile bu eğitimin içselleştirilmesi ve geleneklere hükmedecek boyuta getirilmesi hiç de kolay görünmemektedir. Ardışık doğumların vermiş olduğu yükü yüklenmek istemeyen kadınların kendilerince ya da çevreden öğrendikleriyle girişmiş oldukları kürtaj uygulamaları kendi yaşamları için ciddi bir tehlike oluşturmaktadır. Toplum temelli yapılacak çalışmalarda kürtajla sonuçlanan bütün gebeliklerin doğum kontrolü ile önlenmiş olması durumunda doğrudan obstetrik ölümlerin belki de yarısından daha fazlası önlenebilir (Gele et al., 2020).

Bütün yüksek risk gruplarının aile planlamasına dahil edilmesi hedeflenerek mantıklı bir aile planlaması programının yapılması, bu programın odağına kırsal ve göçebe kesimin yerleştirilmesi sorunları uzun vadede aza indirebilir. Uluslararası kuruluşların Afrika'da yapmış oldukları bu tür çalışmalarda karşılaştıkları en belirgin problem olarak güvenlik sorunu, sağlık materyali yetersizliği, bilgilendirmede kadınlara ulaşma güçlüğü, kız çocuklarının saklanması dolayısıyla erişimin imkansız olması ve yeterli sağlık altyapısı ile ekipmanının olmaması öncelikli konulardır. Uzun süreli çalışmalarda Kenya örneğinde olduğu gibi aile planlaması hususunda mükemmel olmasa da çok iyi yol alınabildiği görülmüştür.

7.10. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN SAĞLANMASI

Birçok Afrika ülkesinde özellikle Sahra altı ülkelerinde sosyal, politik, ahlaki ve kültürel karışıklıkları içeren karmaşalar yaşanmaktadır. Bunun dışında yerel iç savaşlar, yasal otoritelerin yetersizliği, mali imkânsızlıklar gibi birçok fragman sağlığa erişimi ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı çok zor hale getirmektedir (Ivanova & Kemigisha, 2018).

Aile planlaması hizmetlerinin eğitim ve kültürel faaliyetler ile birlikte yürütülmesi öncelikle kontraseptiflerin güvenliğine inandırarak temini elzem görünmektedir. Aile planlaması içerisinde toplum taramaları, infertilite yönetimi, erken obstetrik tanı ve önlem alma kadın Eğitim ve becerilerinin geliştirilmesi gibi faaliyetler ile çocuk ölümüne ilişkin önlemlerin bir bütün olarak alınması olmazsa olmazlardandır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Liberya, Gana, Mali, Nijer, Senegal, Uganda ve Burundi'de aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini duymuş bilen veya uygulayabilen kadın sayısı % 40 tan daha düşüktür. Aile planlama yöntemlerinden Herhangi birini duymuş ve öğrenmiş olsalar bile geleneksel kültürel engeller ile kontraseptif veya benzeri kontrol ilaçlarına ulaşabilmek için sağlık sunumu çok büyük bir engeldir.

Bazı ülkelerde devlet tarafından kontraseptifler yaygın olarak dağıtılıyor olsa da mahalle baskısı ve ayıp anlayışı bunları temin etmenin önünde büyük engeldir.

Merkezi otoritenin çok zayıf olduğu lokal otoritelerin sağlık sunumu hususunda dengesiz olduğu Somali'de mutilasyona ilişkin doğum kontrol verilerine ulaşmak neredeyse imkânsızdır.

Son dönemlerde Merkezi Sağlık Bakanlığı'nın vermiş olduğu veriler olsa da ayırt edici detaylı istatistiki bilgiler yer almamaktadır. Dolayısı ile mutilasyonun olduğu ülkelerde aile planlamasının doğru şekilde projelendirilmesi, merkezi ve lokal otoriteler tarafından teşvik edilmesi, yeterli sağlık sunumunun ve imkânlarının sunulması pronatalist inançlara karşı yeni argümanların sağlık konsepti içerisinde sunulması, kürtaj hususunun doğru ve sağlık ölçütleri içerisinde basın iletişim yollarıyla güçlendirilmesi kaçınılmazdır.

Bu sağlık bilgilerinin bir konsept halinde verilmemesi durumunda kürtajın anne ölümlerinden sorumlu bir uygulamaya dönüşeceği gözden uzak tutulmamalıdır. Bunun en iyi örneği 1970'ler ile 80'lerin başında Kenya nairobi de 2000 ile 3000 arası kürtaj başvurusu sonraki yıllarda günlük 30 ile 60 düzeylerine kadar artmış dolayısı ile 10.000'lerce kürtajyapılmış oran 5 kat artmıştır. Gizli olduğu için, kürtaj tipik olarak sağlıklı koşullarda yapılır ve bu nedenle her yaşta kadın arasında enfeksiyon, kısırlık ve ölüm oranlarına önemli bir katkıda bulunur. Kenya'da Aggarwal and Mati (1982), inceledikleri kürtajların yalnızca % 11'inin kalifiye personel tarafından yapıldığını bildirmiştir. Kamerun'da, yerel bir hastanede kürtaja bağlı ölüm oranı, aynı doğum ünitesindeki diğer nedenlere bağlı ölüm oranından 56 kat daha yüksekti (Leke, 1989). Addis Ababa'da, Kwast ve meslektaşları (1986), anne ölümlerinin ana nedeninin, doğrudan obstetrik ölümlerin % 54'ünü oluşturan septik düşük olduğunu bulmuşlardır. Nijerya, Benin City'de, kürtajlar; sadece %10'u kendiliğinden olan- tüm anne ölümlerinin beşte birinden sorumluydu (Unuigbe et al., 1988a, b; Odejide (1986). Yasadışı kürtajın 15-24 yaş arası evlenmemiş kadınlar arasında, özellikle de okulda olanlar arasında önde gelen ölüm nedeni olduğunu bildirmektedir. Calabar Üniversitesi Eğitim Hastanesinde, Archibong (1991), anne ölümlerinin % 20'sinin tüm jinekolojik başvuruların % 40'ının kürtajla ilgili olduğu tahmin edilmiştir. Kamerun'da, Leke (1989), en büyük doğum hastanesine yapılan acil hastane başvurularının üçte birinden kürtajın sorumlu olduğunu bildirmiştir.

BÖLÜM 8

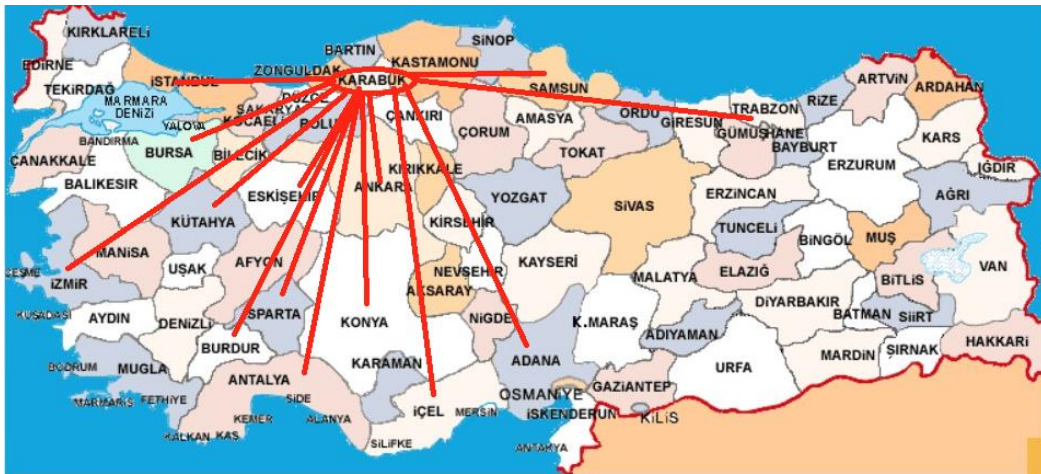
GEREÇ VE YÖNTEMLER

8.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma Türkiye'de yaşayan 15-49 yaş aralığındaki Somalili kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma ve bu yöntemlere ilişkin plan ve tutumları belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

8.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırma 1 Şubat 2022 ile 31 Mart 2023 tarihler arasında üniversitemizin bulunduğu Karabük ili ana merkez kabul edilerek toplamda 15 ilde yaşayan Somalili kadınlar üzerinde yapılmıştır. Karabük eksenli toplam 15 vilayetin coğrafi işaretlenmiş haritası harita -1 'de görülmektedir. Bunlar; Ankara, Adana, Antalya, Burdur, Bursa, Eskişehir, İstanbul, İzmir, İsparta, Konya, Kütahya, Mersin, Samsun ve Trabzon olarak belirlendi (Şekil 8.1).



Şekil 8.1. Araştırmamızın Karabük merkezle olmak üzere toplam 15 ilin coğrafi haritası

8.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Türkiye'nin 15 ilinde yaşayan Somalili kadınların tümü oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise;

- Çalışmaya katılmayı istekli,
- Çalışmaya yazılı ve sözlü olarak katılmayı Kabul eden,
- Duyma ve konuşma problemi olmayan,
- Türkçe, Somalice ve İngilizce konuşabilen,
- 15-49 yaş arasında Somalili kadınlar oluşturmaktadır.

8.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

60 sorudan oluşan kritik bir anket hazırlandı. Hazırlanan anket google formlar üzerinden Karabük Üniversitesi Rektörlüğünden izin alınarak 209 üniversiteye gönderildi. Bunların 131'i devlet, 11'i teknik, 2 güzel sanatlar ve geri kalanı özel ve vakıf üniversiteleri olup tamamına anketin gitmesi sağlandı (https://docs.google.com/forms/d/1ZvL9cwVgIczt_WR3bSH73CKlqQfCZAQnVftbQrVAE7A/edit) eklerde verilmiştir.

8.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışma verilerinin toplanmasına etik kurul izni alındıktan sonra başlanmıştır. Veriler toplanmaya başlanmadan önce çalışmayı katılmayı Kabul eden katılımcılara çalışmanın amacı ve önemi anlatılarak, bilgilendirilmiş gönüllü olur formu doldurulmuştur. Araştırmadaki verileri toplamada kullanılan anket formu ile yüzyüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Yapılan görüşmeler konunun hassasiyeti göz önünde bulundurularak birebir uygulandı. Denekler çeşitli nedenlerden dolayı cevaplamak istemedikleri sorularda zorlanmadı. Çekimsiz kalmak ya da susmak şeklinde bir kısım soru geçirildi. Buna ilişkin denekler özgür bırakıldı. Anketler tek, tek sayılarak tasnif edildi. Sorulardan en az 10 adedini cevaplamayanların anketleri

geçersiz sayıldı. Ve çalışmaya alınmadı. Anket sorusunu ilgilendirmeyen cevap kısımları ayıklandı ve değerlendirmeye alınmadı. Fazlalık yazımlar değerlendirme dışı bırakıldı.

8.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler excele çarşaf liste halinde dikkatli bir şekilde aktarıldı. Gerekli kontroller ile doğrulandı. Kritik olan hemen her aşama grafik ya da tablolara döküldü. Gerek Google anketlerden gerekse yüz yüze yapılan çalışmadan elde edilen veriler excel tablosuna aktarıldıktan sonra istatistikleri yapıldı. Chi-square testleri ile sürekli nicel yapıdaki değişkenler değerlendirildi. Normal dağılımlı verilere parametrik normalite testleri uygulandı. Dağılımı normal olmayan veriler non-parametrik dağılıma tabi tutuldu. Bu amaçla Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanıldı. Bu testlerin sonucuna göre bulgular, tartışma ve sonuç şekillendirildi. Araştırmanın güç analizi yapıldı(Küçük Gürbüz, 2019). Güç analizi olarak Two-Sample T-Test Power Analysis kullanıldı (Ek.1. Power Analizi). % 99 istatistiki doğruluk ile belirlenen en az 174 denek ideal sınır olarak alındı. Grup örneklem büyüklüğü için 87'lik iki grup arasında 1,1'lik bir farkın tespiti için %99 doğruluk belirlendi. Tahmini grup standart sapmaları 1,9 ve 1,6 ile 2,2 olarak anlamlı kabul edildi. Çift taraflı iki örnekle t-testi kullanılarak 0,05000 düzeyi referans olarak belirlendi. İstatistiki olarak toplam n=174 için % 99,99 doğruluk kabul edildi (Machin, Campbell, Tan, & Tan, 2011; Zar, 1999). Araştırma da n=211 olarak yapıldı.

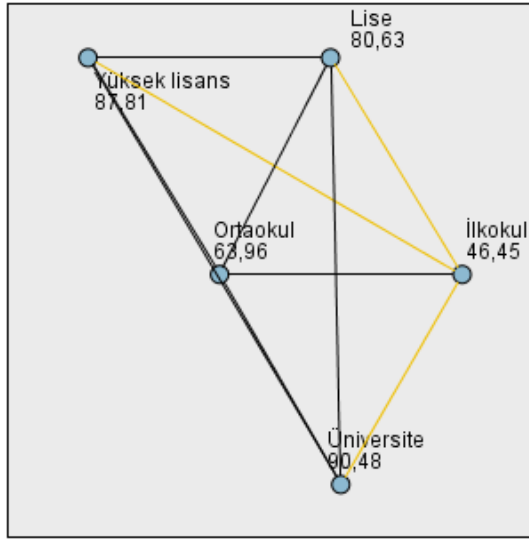
8.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışma için 3 Kasım 2021 tarihinde 78176 sayı numarası ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsünden tez konusu" Türkiye'de yaşayan 15 - 49 yaş arası Somalili kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları ve bu yöntemlere ilişkin plan ve tutumları" şeklinde belirlendi. Araştırma başlamadan önce Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna başvurarak etik kurul izni talep edildi (09.11.2021). Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulun'dan 15 Aralık 2021 tarihinde E-77192459-050.99-88244 sayı ve 2021/778 nolu Karar ile etik kurul izni alındı.

8.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmamızda 15 yaş altı ve 49 yaş üçü denekler hariç tutulmuştur. Bunun dışında T¼rkiye'de yaşayan Somalili kadınların mahremiyet kriterleri (aile içi Aile planlaması durumunun belirtilmesi, aile planlaması yöntemine ilişkin meydana gelen sağlık sorunları hakkında bilgi verilmesi gibi) hususlarda denekler zorlanmamıŐtır. Araştırma içinde bahsedildiği gibi soruların herhangi bir bölümünden itibaren çekilmek isteyen bayanlar Özgür bırakılmıştır.

Pairwise Comparisons of Eğitim_4



Each node shows the sample average rank of Eğitim_4.

| Sample1-Sample2 | Test Statistic | Std. Error | Std. Test Statistic | Sig. | Adj. Sig. |
|--------------------------|----------------|------------|---------------------|------|-----------|
| İlkokul-Ortaokul | -17,505 | 11,628 | -1,505 | ,132 | 1,000 |
| İlkokul-Lise | -34,177 | 11,772 | -2,903 | ,004 | ,037 |
| İlkokul-Yüksek lisans | -41,355 | 14,163 | -2,920 | ,004 | ,035 |
| İlkokul-Üniversite | -44,029 | 9,512 | -4,629 | ,000 | ,000 |
| Ortaokul-Lise | -16,672 | 12,565 | -1,327 | ,185 | 1,000 |
| Ortaokul-Yüksek lisans | -23,849 | 14,829 | -1,608 | ,108 | 1,000 |
| Ortaokul-Üniversite | -26,524 | 10,478 | -2,531 | ,011 | ,114 |
| Lise-Yüksek lisans | -7,177 | 14,942 | -,480 | ,631 | 1,000 |
| Lise-Üniversite | -9,852 | 10,637 | -,926 | ,354 | 1,000 |
| Yüksek lisans-Üniversite | 2,675 | 13,235 | ,202 | ,840 | 1,000 |

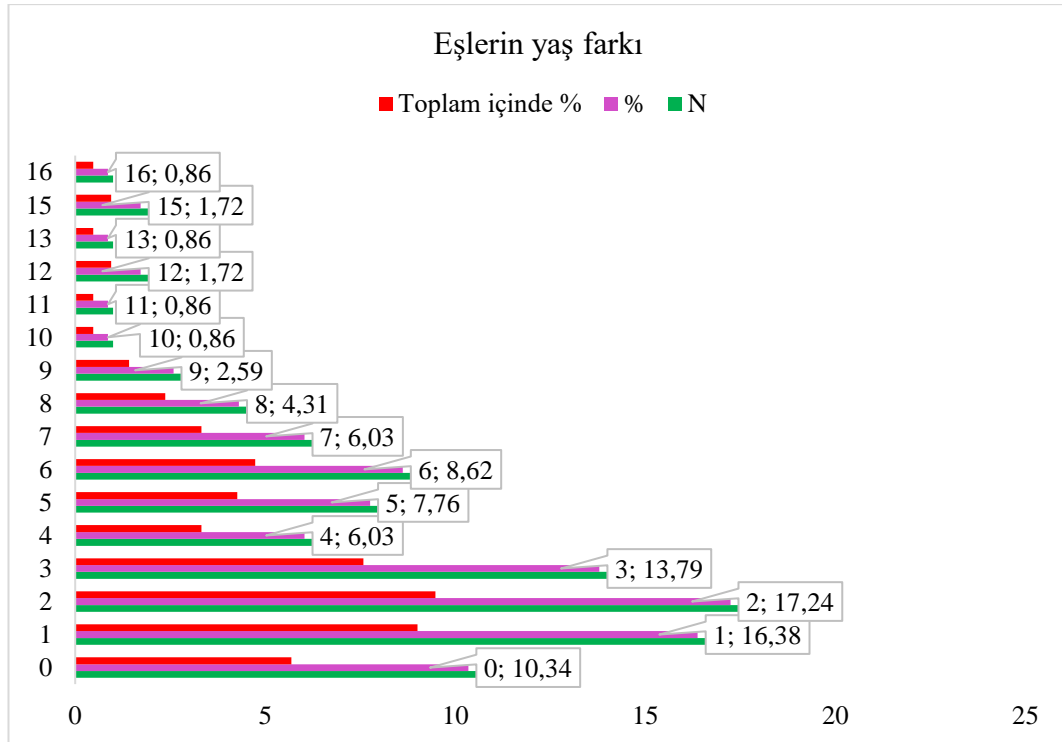
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

Şekil 8.2. Eğitim durumunun ikili karşılaştırmalı

BÖLÜM 9

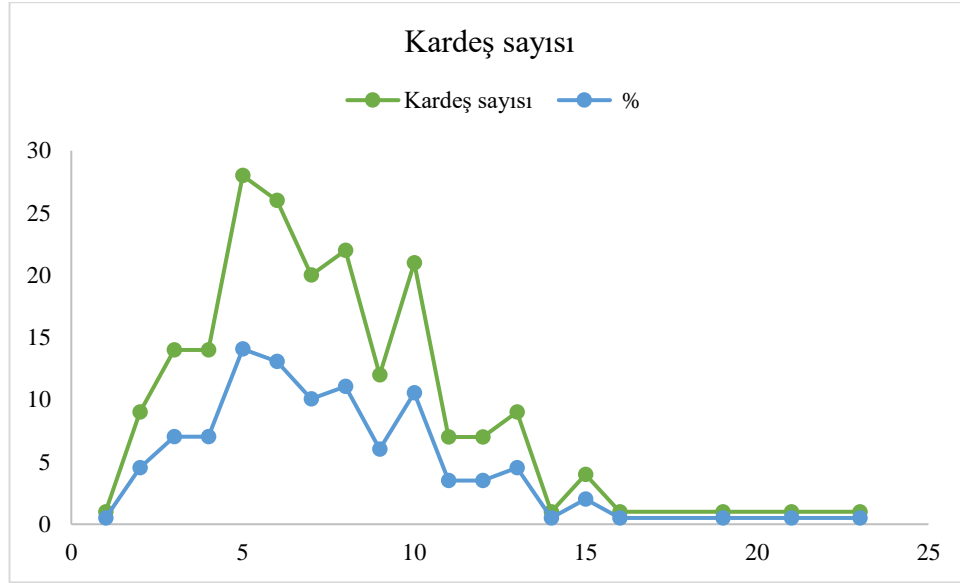
BULGULAR

Verilerini aldığımız 211 bireyin yaş ortalaması 33,96 olup evli olan bireylerin eşlerinin yaş ortalaması 40,13 olarak gerçekleşti. Eşlerin arasındaki yaş farkına bakıldığında ise aralarında yaş farkı olmayanların oranı % 10,34 (n=12)'dir. Yaş farkı 1 yıl olan evlilerin oranı % 16,38 (n=19)'dur. 2 yaş farkı olan bireylerin oranı ise % 17,24 (n=20)'dir. Yaş farkı 3 yıl olan 16 kişinin eşleri ile yaş fark oranı % 13,79'dur. 7' şer kişinin 4 ile 7 yaş arası fark oranı % 6,03 olarak gerçekleşti. Yaş farkı 10 ile 16 yıl arası olan birey sayısı 8 kişi olup ortalama % 10 civarında bir orana sahiptir (Şekil 9.1).



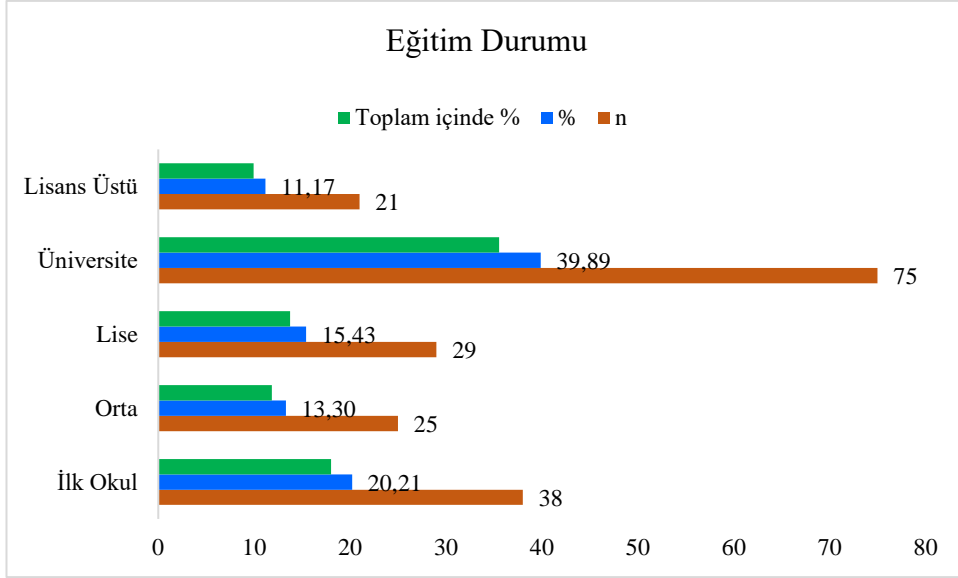
Şekil 9.1. Eşlerin yaşları ve yaş farkı

Kendilerinin yetişmiş olduğu aile büyüklükleri kaç kardeş oldukları şeklinde sorulduğunda; 199 kişi tarafından cevaplanmış olup ortalama 7,42 kardeş olarak aile büyüklüğü tespit edildi. Aile büyüklüğünün en yüksek olduğu oranlarda kardeş sayısı % 14,07 (n= 5), % 13,07 (n=6), % 10,05 (n=7) ve % 11,06 (n=8) olarak gerçekleşti (Şekil 9.2).



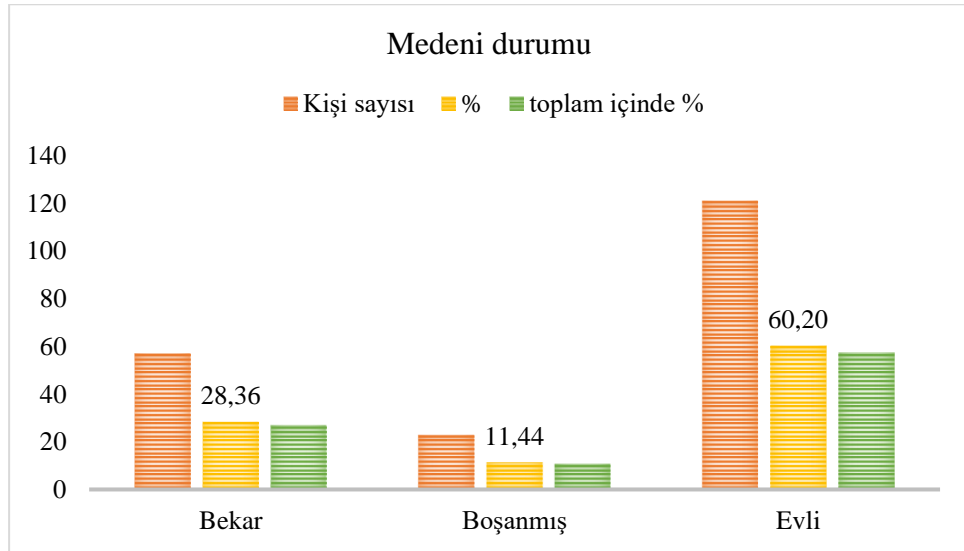
Şekil 9.2. Aile büyüklüğü (kardeş sayısı)

Çalışmaya katılan bayanların eğitim durumları sorgulandığında, ilkokul mezunu olanların oranı % 20,21 (n=38)'dir. Ortaokuldan mezun olan bireylerin oranı % 13,30 (n=25)'dir. Geriye kalanlar % 15,43 (n=29) lise, % 39,89 (n=75) üniversite mezunu % 11,17 (n=21) oranında ise lisansüstü eğitime sahip idi (Şekil 9.3).



Şekil 9.3. Kadınların eğitim durumu

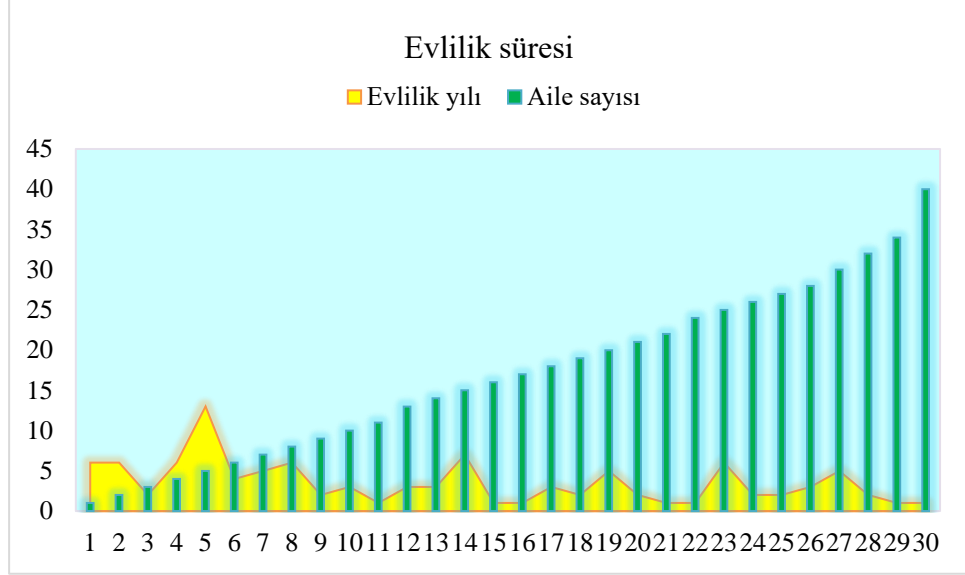
Çalışmaya katılan 211 bireyin evli, bekar ve dul olup olmadığı şeklinde medeni durumu sorgulandığında 201 birey cevaplamış olup 10 birey ise cevapsız bırakmıştır. Bayanların % 28,36 (n=57)'sı bekar, % 11,44 (n=23)'ü dul kalan, % 60,20 (n=121)'si ise evliydi. Toplam içindeki oranları ise en yüksek oran % 57,35 evli bayanlardı ($p<0,005$) (Şekil 9.4).



Şekil 9.4. Medeni durum

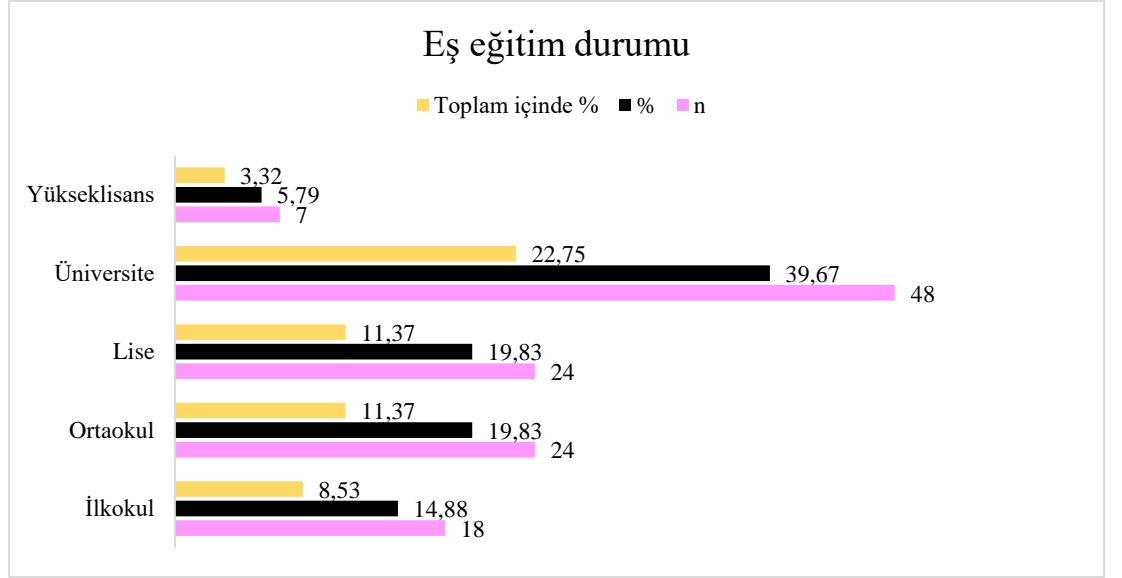
Katılımcıların ortalama kaç yıl evli oldukları sorulduğunda 106 kişi bekar veya boşanmış olduğu için ortalama evlilik yıllarını belirtmedi. Geriye kalan 105 evli çiftin

ortalama evlilik süresi 13,39 idi. Evlilik süresinin yüzdeler oranına baktığımız zaman en yüksek oran % 12,38 (n=5) olarak gerçekleşti (Şekil 9.5).



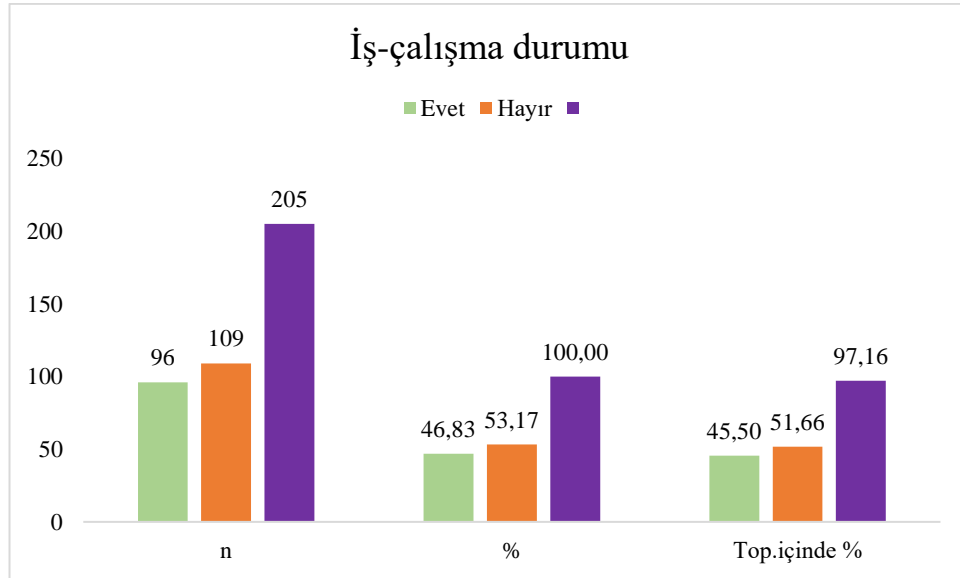
Şekil 9.5. Evlilik süresi

Çalışmaya katılan evli bayanların eşlerinin eğitim durumunun oranı % 14,88 (n=18) ilkokul mezunu toplam içindeki yüzdeler oranı % 8,53 idi. Ortaokul ile lise mezunu oranı % 19,83 (n=24) olup toplam içindeki yüzdesi ise % 11,37 olarak gerçekleşti. Üniversite mezunu olanların oranı % 39,67 (n=48) toplam içinde ise % 22,75'ti. Lisans üstü mezunlarının oranı düşük olup ortalama % 5,79 (n=7) toplam içinde yüzdesi ise % 3,32 olarak tespit edildi (Şekil 9.6).



Şekil 9.6. Eş eğitim durumu

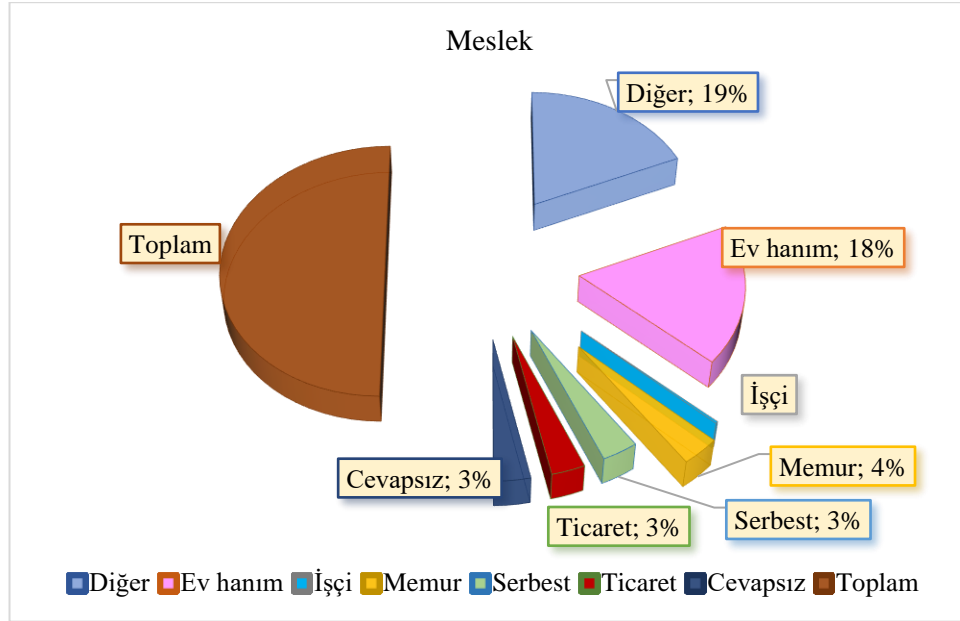
Katılımcıların iş ve çalışma durumları sorgulandığında % 46,83'ü (n=96, toplam içinde %45,50) bir işte çalışmaktadır. Geriye kalan % 53,17'si (n=109, toplam içinde % 51,66) part-time veya süresi belirsiz işlerde çalışmaktadır ($p < 0,05$). Katılımcılardan 6'sı cevap vermekten kaçınmıştır. Geriye kalan 205 kişi ise durumunu açıkça ifade etmiştir (Şekil 9.7).



Şekil 9.7. İş-çalışma durumu

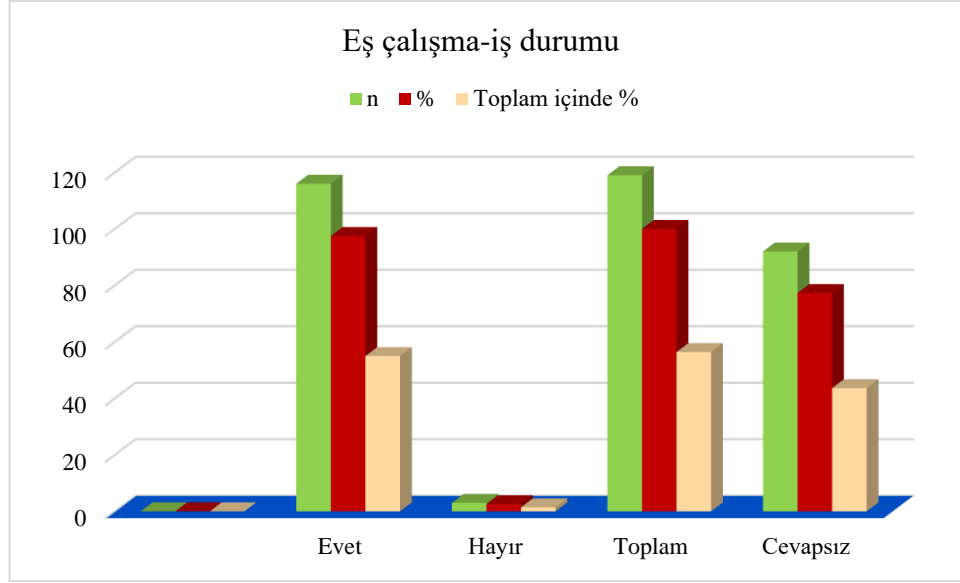
Katılımcılara meslekleri sorulduğunda ev hanımı olanların oranı % 38,58 (toplam içinde % 36,02), memur olanların oranı % 7,61 (toplam içinde % 7,11), serbest meslek

erbabı % 7,11 (toplam içinde % 6,64), ticaretle meşgul olanların oranı % 6,6 (toplam içinde % 6,16) dır. Katılımcılardan biri (% 0,51) işçi olarak çalıştığını beyan etmiş ve 14 kişi yani % 7,11'i (toplam içinde % 6,64) cevapsız bırakmıştır. 78 katılımcı % 39,59 (toplam içindeki oranı % 36,97) değişik iş ve meslek grupları kollarında çalışmaktadır (Şekil 9.8).



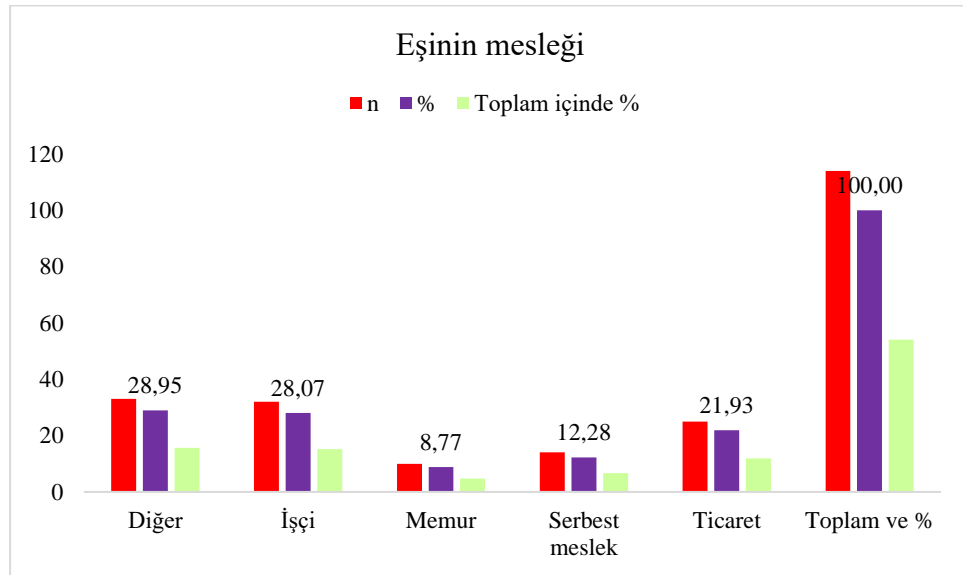
Şekil 9.8. Katılımcıların mesleki durumu

Katılımcı eşlerinin iş durumuna bakıldığında 116 kişinin % 97,48'i toplam içerisinde % 54,98'inin işleri mevcut ve çalışmaktadırlar. Katılımcı eşlerinden 3'ü % 2,52 (toplam içerisinde %1,42) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Toplam cevaplanan sayısı 119 olup 92 kişi % 77,31 (toplam içerisinde % 43,60 ($p < 0,05$)) iş ve çalışma alanını belirtmekten kaçınmıştır (Şekil 9.9).



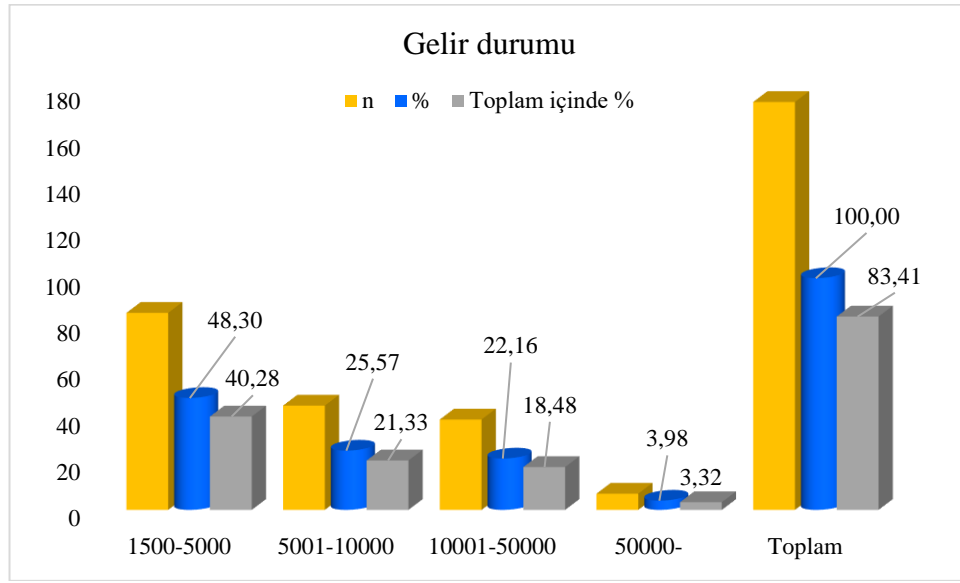
Şekil 9.9. Eş çalışma-iş durumu

Katılımcıların eşlerinin 32'si % 28,07 (toplam içinde % 15,17) işçi, 10 kişinin eşi % 8,77 (toplam içinde %4,74) memurdu. Serbest meslek sahibi olanlar 14 kişinin % 12,28 toplam içinde % 6,64'tü. Ticaret ile meşgul olanlar 25 kişi olup % 21,93 (toplam içinde % 11,85) tir. Eşinin mesleğini belli etmeyen veya değişik iş ve mesleklerde çalıştığını ifade edenlerin sayısı 33 olup % 28,95 toplam içinde % 15,64'tü (Şekil 9.10).



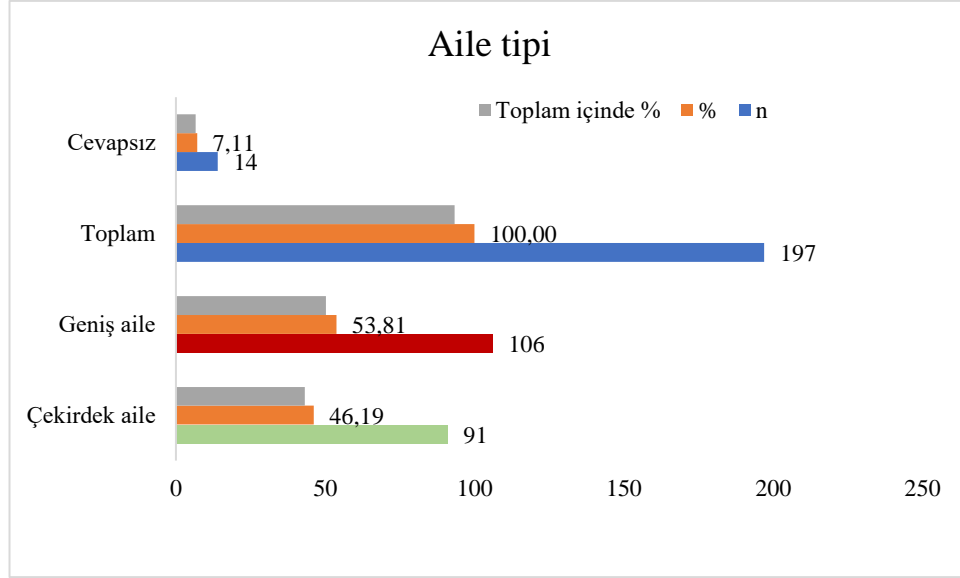
Şekil 9.10. Eşinin mesleği

Hane halkı toplam geliri 1500 lira ile 5000 lira arası birey sayısı 85 olup yüzdesi 48,30'dur. Toplam içindeki yüzde oranı % 40,28 dir. Hane halkı gelir düzeyi 5001 ile 10000 Türk Lirası arasında olan 45 kişinin yüzde oranı 25,57 toplam içindeki yüzdesi ise % 21,33'tür. 10 001 ile 50 000 arası gelire sahip olan hane halkı sayısı 39 kişi olup yüzde oranı 22,16 toplam içinde %18,48'dir. 50 000 liranın üzerinde hane geliri olan katılımcı sayısı 7'dir. Yüzdeleri oranı 3,98 toplam içinde % 3,32'ye takabul etmektedir. 35 kişi ise bu soruya cevap vermektan kaçınmıştır (Şekil 9.11).



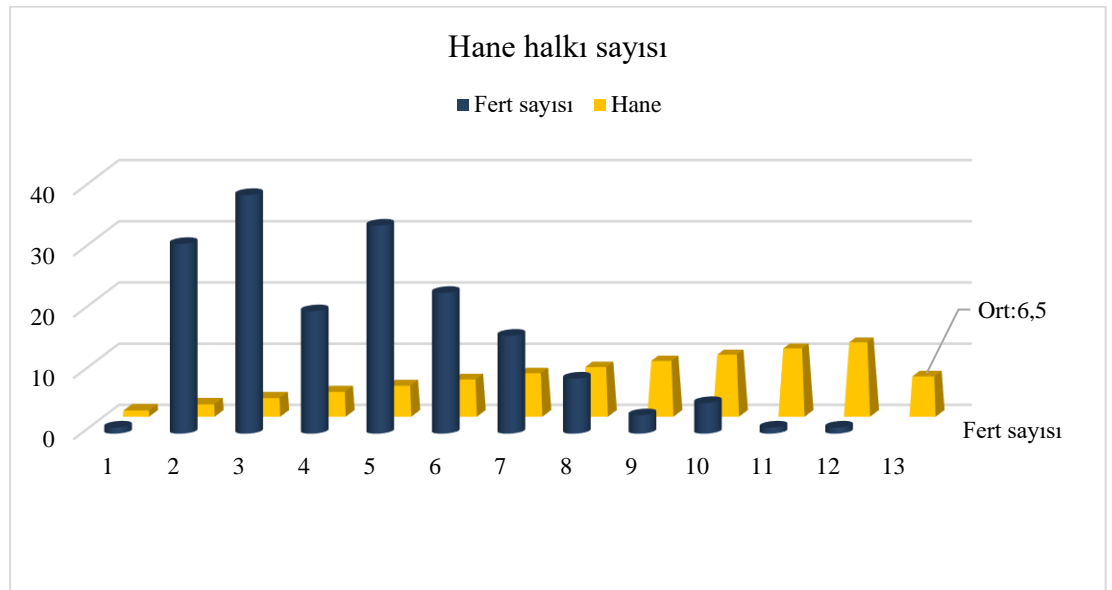
Şekil 9.11. Gelir durumu

211 katılımcının aile tipleri sorgulandığında 91'i çekirdek aileye sahip olup 106 kişi ise geniş aile tipine sahip idi. Geriye kalan 14 birey cevap vermektan kaçınmıştır. Çekirdek aileye sahip bireylerin yüzdesi %46,19 toplam içindeki yüzdesi ise %43,13 geniş aile tipi oranı %53,81 toplam içindeki oranı %50,24 idi ($p < 0,005$). Cevap vermeyenlerin oranı önemli bir düzeyde olmayıp % 7,11 toplam içinde % 6,64'e takabül etmektedir (Şekil 9.12).



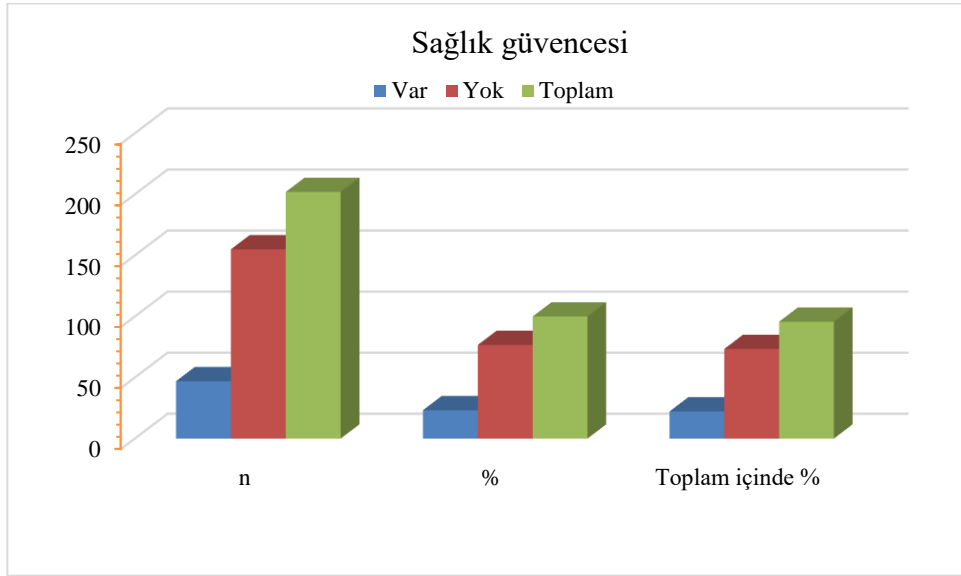
Şekil 9.12. Aile tipi

Araştırmamıza katılan bireylerinin hanede yaşayan kişi sayısı sorulduğunda 183 kişi cevaplamış olup 28 kişi cevaplamaktan kaçınmıştır. Hanede yaşayan kişi sayısının ortalaması 6,5'dir. Ortalamanın üzerinde olan 6 grup mevcuttur. Bunlardan 16 hanede 7 kişi, 9 hanede 8 kişi, 3 hanede 9 kişi, 5 hanede 10 kişi, 1 hanede 11 kişi, ve 1'inde de 12 kişi bulunmaktadır. Toplam 35 hane ortalama büyüklüğü aşmıştır. Ortalama büyüklüğün üzerindeki hane oranı % 19,12 olup araştırmacıların toplamı içindeki oranı % 16,58 dir (Şekil 9.13).



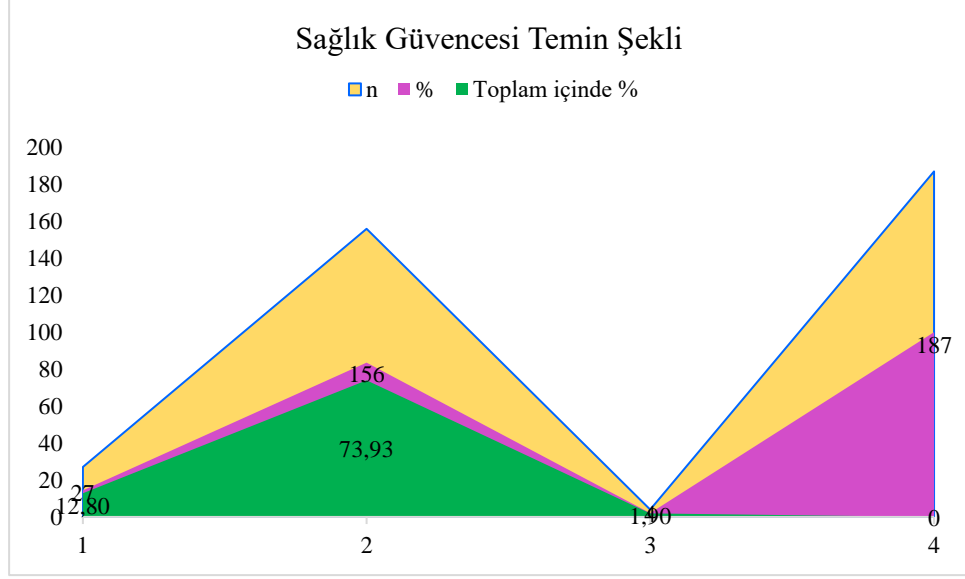
Şekil 9.13. Hane halkı sayısı

Araştırmamıza katılan 211 denekten 202 kişisi sosyal güvencesi hakkında fikir beyan etmiştir. 9 kişi (% 4,46) toplam içindeki % 4,25 oranında fikir beyan etmekten kaçınmış, sorularımızı cevaplamamıştır. Katılımcılardan 47 kişinin (% 23,26) sağlık güvencesi mevcut olup toplam içinde % 22,27 lik bir orana sahiptir. 155 katılımcının (% 76,73) herhangi bir sağlık güvencesi mevcut olmayıp toplam içindeki oranı (% 73,46) kayda değer ve istatistiksel olarak önemlidir ($p<0,05$) (Şekil 9.14).



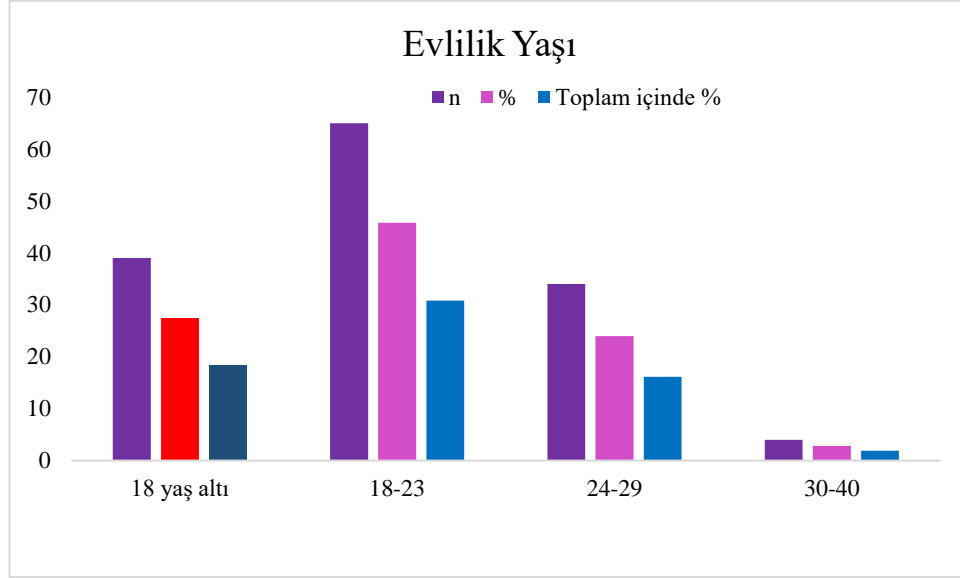
Şekil 9.14. Sağlık güvencesi

Sağlık güvencesini ne şekilde temin edildiği sorulduğunda devlet yardımı ile 27 kişinin (% 14,44) deneklerin toplamı içindeki payı sadece % 12,80 'dir. Para karşılığı sağlık hizmetinden yararlanan birey sayısı 156 kişi olup (% 83,42) toplam içinde büyük bir yekün (% 73,79) teşkil etmektedir. Katılımcılardan 4 tanesi sağlık hizmetini aldığı şekli belirtmek istemediklerini, 24 birey de bu konuda fikir beyan etmek istemediklerini ifade etmiştir (Şekil 9.15).



Şekil 9.15. Sağlık güvencesi temin şekli

Çalışmaya katılan 142 bireyin ilk evlilik yaşı ortalamalarına bakıldığında 20,63 olarak görülmektedir. Ancak 18 yaş altı evlilik yapmış birey sayısı 39 kişi (% 27,46) toplam içinde % 18,48 lik bir orana sahiptir. Bu oran toplam evliliklerin neredeyse beşte biri kadardır. 18 - 23 yaş arası evlilik oranı % 45,77 ve toplam içindeki yüzdesi % 30,81'dir. 24 - 29 yaşları arasında evlilik yapan bireylerin oranı % 23,94 ve toplam içinde % 16,11'lik bir orana sahiptir. %2,82 lik bir oran da 30 ila 40 yaş arası evlilik yapmıştır. Genel olarak çocuk yaşta evlendirmeler toplam içinde yaklaşık 1/3'lük (% 27,46) sahiptir. Evliliklerin tamamının % 69,72'si 18 ile 29 yaş arası yapılmaktadır. Durumlarını beyan etmeyip bu soruya cevap vermeyen 69 kişi olup % 48,59 oranında ($p < 0,05$) bireyden evli olanların bir kısmının yine çocuk yaşta evlilik yaptıkları da bir gerçektir (Şekil 9.16).



Şekil 9.16. Evlilik yaşı

9.1. KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFIK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

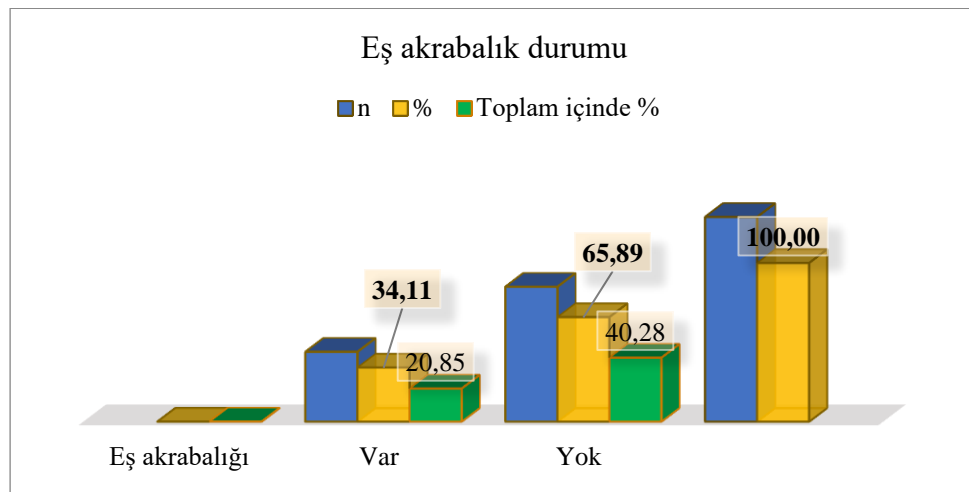
Çizelge 9.2. Kadınların eğitim ve meslek durumları

| | | N | % | Toplam içindeki % |
|----------------------|------------|------------|---------------|-------------------|
| Eğitim Durumu | Orta | 25 | 13,30 | 11,85 |
| | Lise | 29 | 15,43 | 13,74 |
| | Üniversite | 75 | 39,89 | 35,55 |
| | Lisans | 21 | 11,17 | 9,95 |
| | Üstü | | | |
| | | 150 | 79,79 | 71,09 |
| İş Durumu | EVET | 96 | 46,83 | 45,50 |
| | HAYIR | 109 | 53,17 | 51,66 |
| | | 205 | 100,00 | 97,16 |
| Meslek | Diğer | 78 | 39,59 | 36,97 |
| | Ev hanım | 76 | 38,58 | 36,02 |
| | İşçi | 1 | 0,51 | 0,47 |
| | Memur | 15 | 7,61 | 7,11 |
| | Serbest | 14 | 7,11 | 6,64 |
| | Ticaret | 13 | 6,60 | 6,16 |
| | | 197 | 100,00 | 93,36 |

Çizelge 9.2. Eşlerin eğitim ve meslek durumları

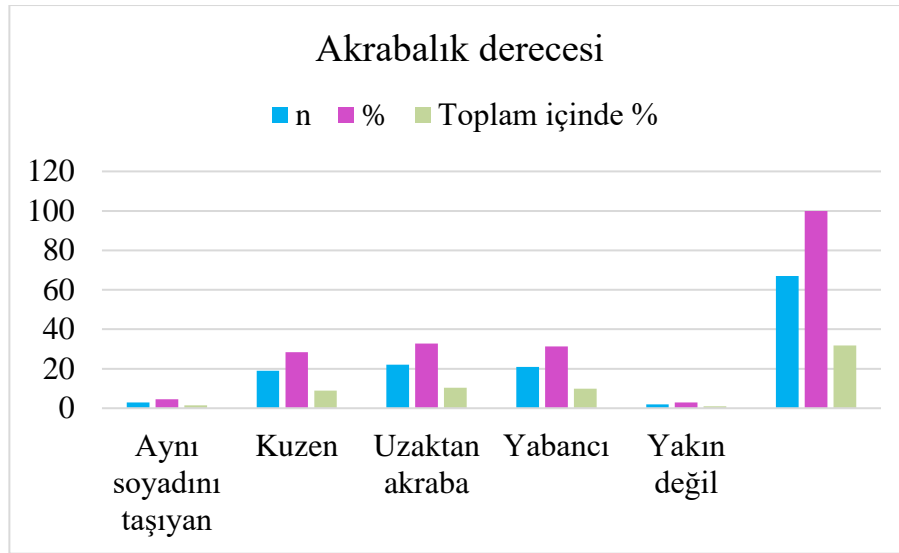
| | | N | % | Toplam içindeki % |
|---------------|----------------|------------|---------------|-------------------|
| Eğitim Durumu | İlkokul | 18 | 14,88 | 8,53 |
| | Ortaokul | 24 | 19,83 | 11,37 |
| | Lise | 24 | 19,83 | 11,37 |
| | Üniversite | 48 | 39,67 | 22,75 |
| | Yüksek lisans | 7 | 5,79 | 3,32 |
| | | 121 | 100,00 | 57,35 |
| Eş İş Durum | Evet | 116 | 97,48 | 54,98 |
| | Hayır | 3 | 2,52 | 1,42 |
| | | 119 | 100,00 | 56,40 |
| Eş Mesleği | Diğer | 33 | 28,95 | 15,64 |
| | İşçi | 32 | 28,07 | 15,17 |
| | Memur | 10 | 8,77 | 4,74 |
| | Serbest meslek | 14 | 12,28 | 6,64 |
| | Ticaret | 25 | 21,93 | 11,85 |
| | | 114 | 100,00 | 54,03 |

Araştırmaya katılan deneklerin üçte birinden fazlası (% 34,11) akrabalık düzeyi yakın bir birey ile evlidirler. Geri kalan (% 65,89) kısmı eşleri ile akrabalık bağı yoktur. Aile içi özel bir durum olması hasebiyle 82 birey (% 63,57) bu soruyu cevaplamaktan ve eşiyile akrabalık bağının olup olmadığını vermekten kaçınmıştır. Kültür ve gelenek yapısı içerisinde doğru istatistiki verilerin elde edilmesi güçtür. Toplam içindeki akrabalık yüzdesinin % 20,85 ve akraba olmayanların % 40,28 oranında olması ile açıklamak mümkündür. Net bir veri olarak çalışmamızın içine dahil olmamakla beraber akraba olmayanların bir kısmı 2. 3. jenerasyon tanıdık ya da yakın olması ön görülebilir (Şekil 9.17).



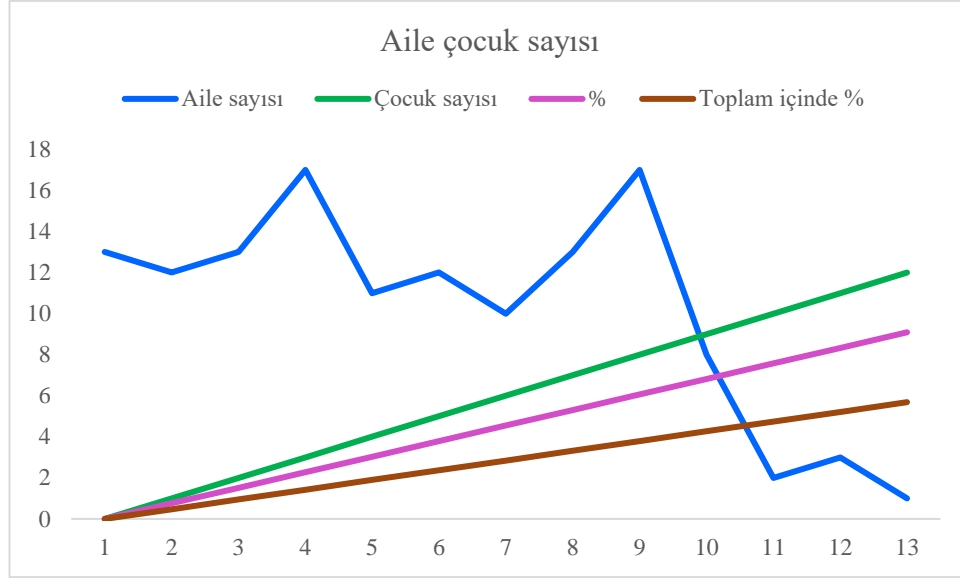
Şekil 9.17. Eş akrabalık durumu

Eş akrabalık düzeyi aynı soyadını taşıyan oranı % 4,48 (toplam içinde % 1,42), çok yakın akraba ve kuzen olanların oranı % 28,36 (toplam içinde % 9,00), uzaktan akraba olanların oranı % 32,84 (toplam içinde % 10,43) tür. Çok yakın akrabalık oranı toplamda % 65,67 olup toplam katılımcı sayısı ile oranlandığında yaklaşık 1/5'ten daha fazladır (% 20,85). Akraba olmayanlarla yapılmış evlilik oranları % 31,34 (toplam içinde % 9,95) tir. Tanımadığı biri, tamamen yabancı olan biriyle yapılmış evlilik oranı % 2,99 olarak (toplam içinde % 0,95) son derece düşüktür. Bu durum evliliklerde aile içi (inbreeding) ve yakın çevre ile evlilik ilişkisi kurmanın çok yaygın olduğu ve yaşama esas teşkil ettiği şeklinde algılanmıştır (Şekil 9.18).



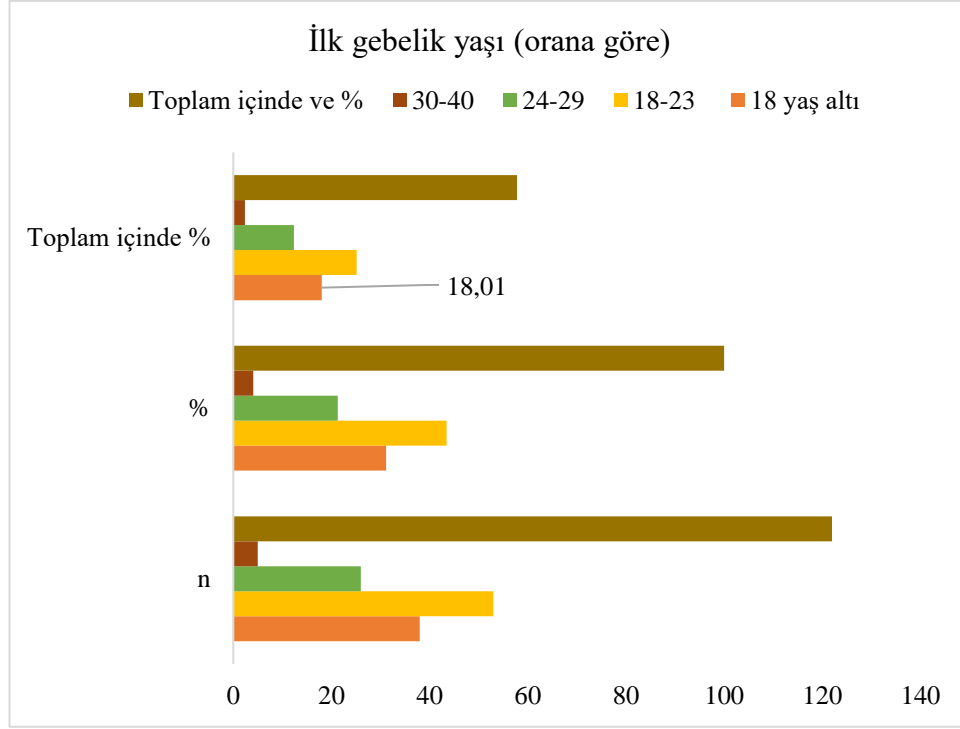
Şekil 9.18. Akrabalık derecesi

Ailelerin çocuk sayılarını sorguladığımızda 132 ailenin ortalama çocuk sayısı 6 dır. Ortalamanın üzerinde çocuk sahibi olan aile sayısı 44 tür. Ortalamanın üzerinde ki 44 ailenin çocuk oranı toplam içinde % 43,18 ve genel dağılım içerisinde % 27,01 dir. Türkiye'de bulunan Somalili bireylerin genellikle genç nüfustan olmasından dolayı 13 ailenin çocuğu mevcut değildir. 12 ailenin 1 çocuk, 13 ailenin 2 çocuk, 17 ailenin 3 çocuk, 11 ailenin 4 çocuk, 12 ailenin 5 çocuğu mevcuttur. Çocuk sayısı ortalamanın üstünde olan ailelerin dağılımda yüzde oranları yüksektir (Şekil 9.19).

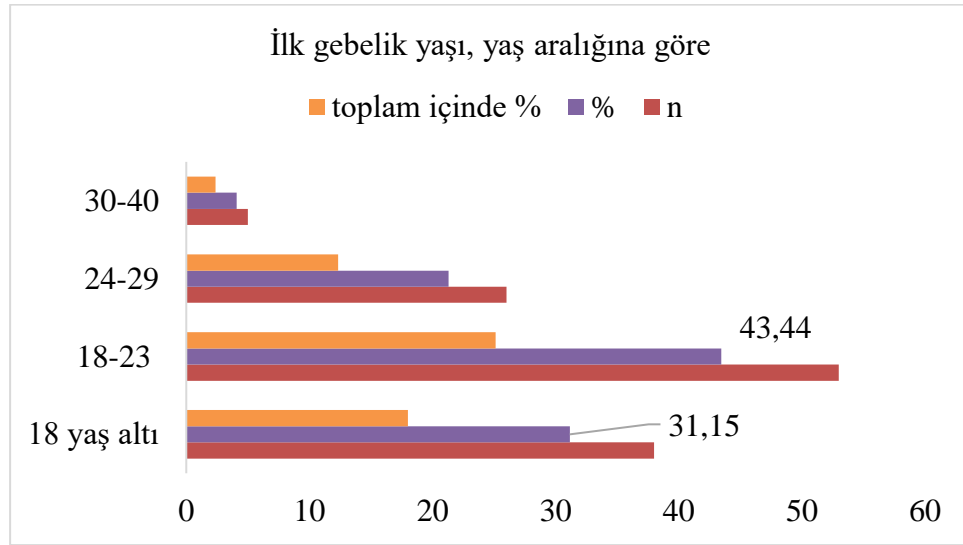


Şekil 9.19. Aile çocuk sayısı

Çalışmaya katılanların ilk gebelik yaşına bakıldığında 122 kadın soruyu cevap vermiş olup ortalama ilk gebelik yaşları 20,33 idi. Anketimize katılan bireylerden 38 kişisi (% 31,15 ve toplam içinde % 18,01) ilk gebelik yaşı 18 yaşın altındadır. Yani çocuk yaşta evlendirilmiş ve gebe kalmışlardır ($p < 0,05$). İlk gebelik yaşları genellikle 18 ila 23 yaş arasında (% 43,44) olup, 24 ile 29 yaş arası olan % 21,31 dir. 30 ile 40 yaş arası ilk defa gebe kalanların oranı toplam katılımcı içerisinde oldukça düşük (% 2,37)'lik bir orandadır. 89 katılımcının bir kısmı bekar olsa da, diğerleri konuyu mahrem saymış cevaplamaktan kaçınmıştır (Şekil 9.20).



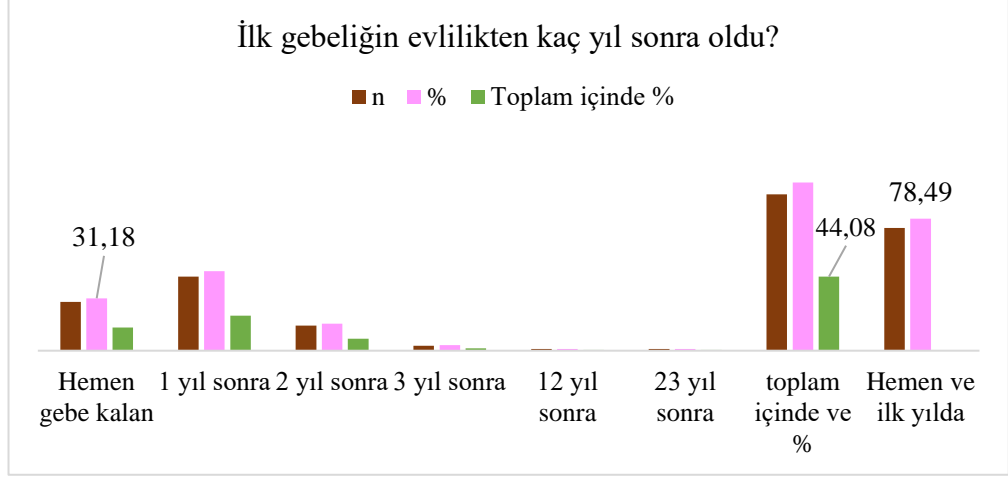
Şekil 9.20. İlk gebelik yaşı (orana göre)



Şekil 9.21. İlk gebelik yaşı, yaş aralığına göre

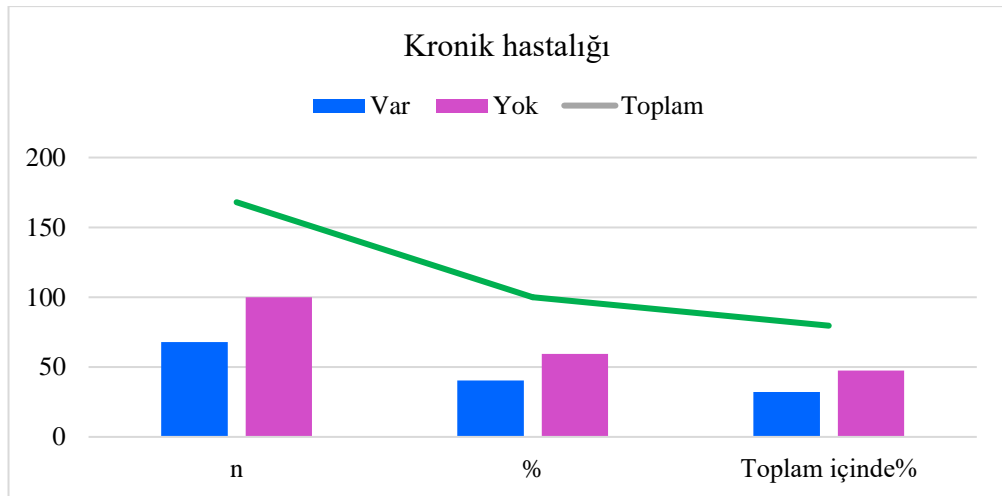
Ankete katılan bayanlarının ilk gebelikleri evlilikten kaç yıl sonra olduğunu 93 birey cevapladı. Bunların 29 kişisi 0 yani hemen gebe kaldıkları, 44 kişisi 1 yıl sonra, 15 kişisi 2 yıl sonra, 3 kişisi 3 yıl sonra, 1 kişi 12 yıl sonra ve 1 kişinin de 23 yıl sonra olduğu tespit edildi. Somali kültüründe evlilikten hemen sonra gebe kalınması geleneği yaygın olduğundan evlenir evlenmez gebe kalanların oranı % 31,18 dir. Bir yıl içerisinde gebe kalanlar % 47,31 dir. Evlenir evlenmez ve bir yıl içerisinde gebe

kalanların oranı toplamın % 78,49'una tekabül etmektedir($p<0,05$). Bu oran toplamın neredeyse 5/4'ü kadardır (Şekil 9.22).



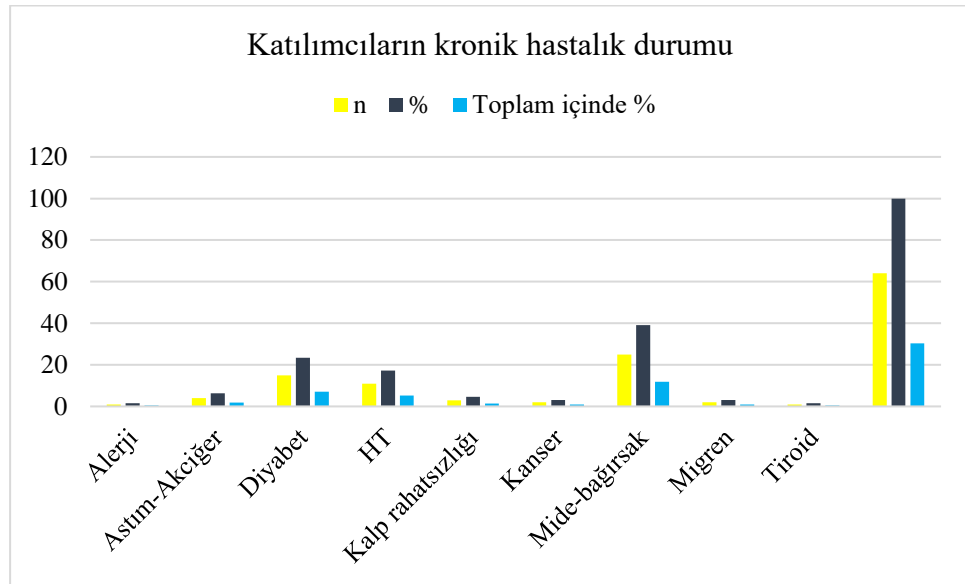
Şekil 9.22. İlk gebeliğin evlilikten kaç yıl sonra oldu?

Çalışmaya katılanlarının kronik hastalıklarını sorgulandığında 168 birey cevap vermiş olup 68'i kronik hastalığın var olduğu 100 bireyin ise kronik hastalığının olmadığı tespit edildi. Araştırmaya katılanlar kronik hastalık sahibi olup olmadıkları yönünden dolayısıyla obstetrik açıdan sorun oluşabilecek kronik bir rahatsızlık yönüyle değerlendirildi. Buna göre; 43 kişi fikir beyan etmezken 68 bireyin (% 40,48) kronik hastalığı mevcuttur. Bunların toplam içindeki oranı % 32,23 olarak 1/3 dolaylarındadır. Herhangi bir kronik rahatsızlığı olmayanların oranı % 59,52 dir (Şekil 9.23).



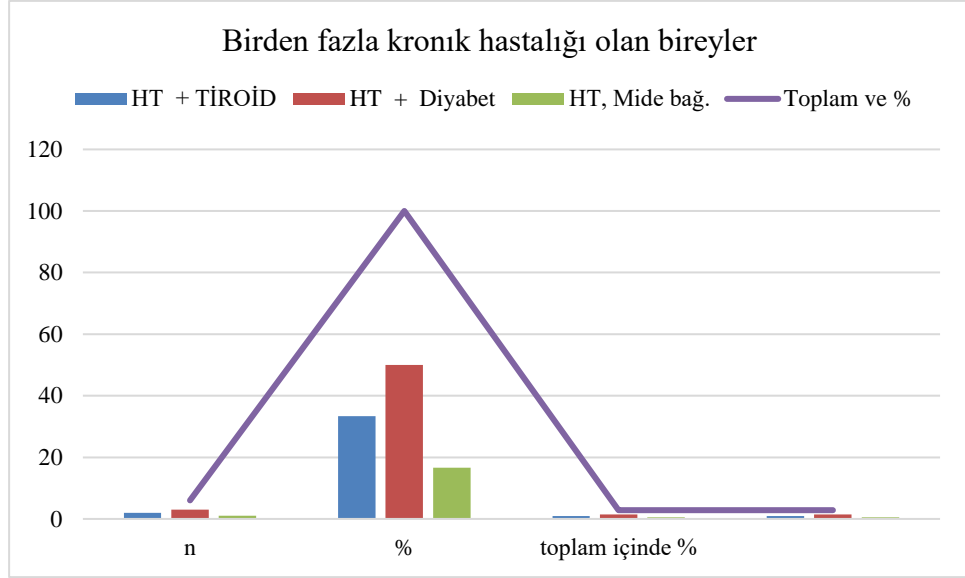
Şekil 9.23. Kronik hastalığı

Ankete katılanlarının sahip oldukları kronik hastalığının türüne göre sorgulandığında 70 bireyin 1 kişisi alerji, 4 kişi astım-akciğer hastalıkları, 15 kişi diyabet, 17 kişi HT, 3 kişi kalp hastalığı, 2 kişi kanser, 25 kişi mide-bağırsak, 2 kişi migren ve 1 kişi tiroid hastası olarak tespit edildi. Kronik hastalık bakımından en yüksek oran (% 39,06) gastrointestinal sisteme ait sorunlara ait idi. Bunu ikinci sırada diyabet ve şeker hastalığı % 23,44 (toplam içinde % 7,11) oranında takip etmiştir. Hipertansiyon hastası oranı % 17,19, akciğer ile ilgili bir sorun sahibi olan ya da astım olanların oranı % 6,25, kalp rahatsızlıkları olanların oranı % 4,69, kanser olanların oranı % 3,13 migren sorunu yaşayanların oranı % 3,13 ve alerji ile tiroid problemi yaşayanların oranı eşit olmak üzere % 1,56 olarak şekillenmiştir. Ne yazık ki 145 kişi herhangi bir kronik hastalığının olup olmadığına dair bir yanıt vermemiştir (Şekil 9.24).



Şekil 9.24. Katılımcıların kronik hastalık durumu

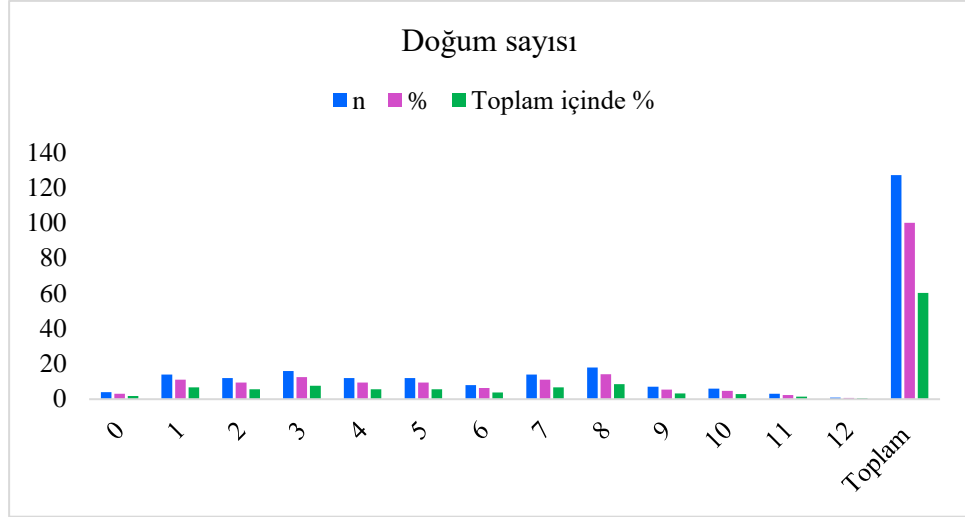
Katılımcılardan birden çok kronik hastalığı olanlar da mevcuttur özellikle hipertansiyon ve diyabet hastası oranı toplam kronik hasta içindeki düzeyi yüksektir (% 50,00). Hipertansiyon olup aynı zamanda tiroid hastası olan bireylerin oranı % 33,33 ve hipertansiyonla beraber mide-bağırsak sorunları yaşayan bireylerin oranı % 16,67 dir (Şekil 9.25).



Şekil 9.25. Birden fazla kronik hastalığı olan

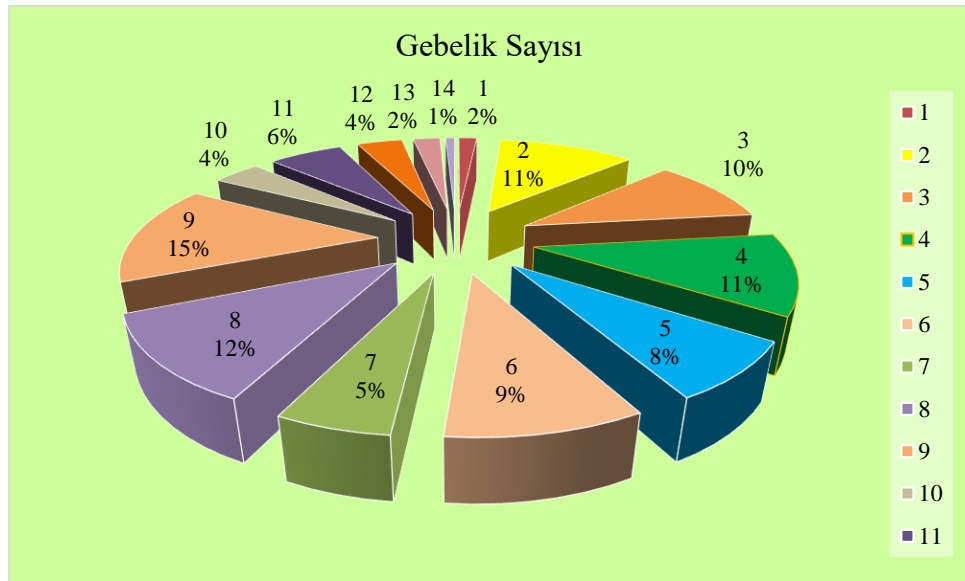
Ankete katılan bayanların kaç doğum yaptıklarının ortalaması bakıldığında 127 katılımcı cevap vermiştir. Geriye kalan 84 birey dul, bekar veya evli olmadıkları için cevaplamamıştır. Ortalama doğum sayısı 5,13 idi. Araştırmamızda katılan deneklerden 127'si doğum sayısını içtenlikle belirtmiştir. Buna göre 4 kişi herhangi bir doğum yapmamıştır. 14 birey bir doğum, 12 birey 2 doğum, 16 birey 3 doğum, 12 kişi 4 doğum, 12 kişi 5 doğum, 8 kişi 6 doğum, 14 kişi 7 doğum, 18 kişi 8 doğum, 7 kişi 9 doğum, 6 kişi 10 doğum, 3 kişi 11 doğum ve bir kişi de 12 doğum yapmıştır.

Ortalama çocuk sayısı 5,13 olan araştırmamıza katılan bireylerin ortalamasının üzerinde doğum yapan sayısı 49 kişidir. Bu bireylerin oranı % 43,31, toplam içindeki yüzdesi %26,07 dir. Araştırmamızdaki bireylerin yarısına yakını Somali ortalamasının üzerinde doğum yapmıştır ($p < 0,05$) (Şekil 9.26).

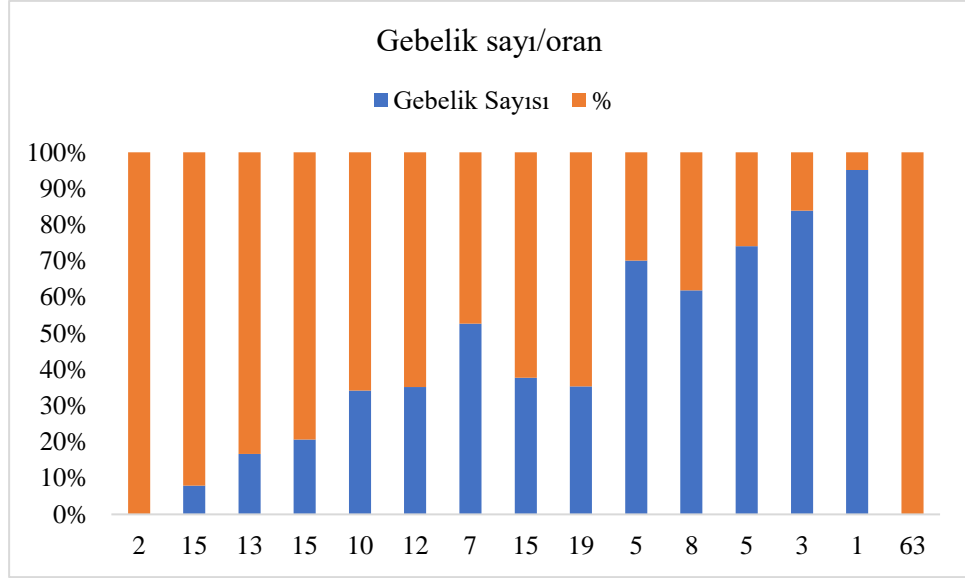


Şekil 9.26. Doğum sayısı

Çalışmaya katılan bayanlarının kaç kez gebe kaldıklarının ortalaması 130 bireyden 5,50 idi. Çalışmaya katılan iki birey hiç gebe kalmamışken 15 bireyin bir gebeliği, 13 bireyin 2 gebeliği, 15 bireyin 3 gebeliği, 10 bireyin 4 gebeliği, 12 bireyin 5 gebeliği mevcuttur. Ortalama 5'in üzerinde olan gebelik sayısı daha belirgin görünmektedir. 7 bireyin 6 gebeliği, 15 bireyin 7 gebeliği, 19 bireyin 8 gebeliği, 5 bireyin 9 gebeliği, 8 bireyin 10 gebeliği, 5 bireyin 11 gebeliği, 3 bireyin 12 gebeliği ve bir bireyin de 15 gebeliği kaydedilmiştir. Ortalama 5'in üzerinde gebelik sayısı (n=63) toplamın neredeyse yarısı % 48,46 kadar olup önemli bir değerdir ($p < 0,05$). 5'in üzerinde gebelik sayısı toplam rakamın neredeyse yarısı kadardır (Şekil 9.27).

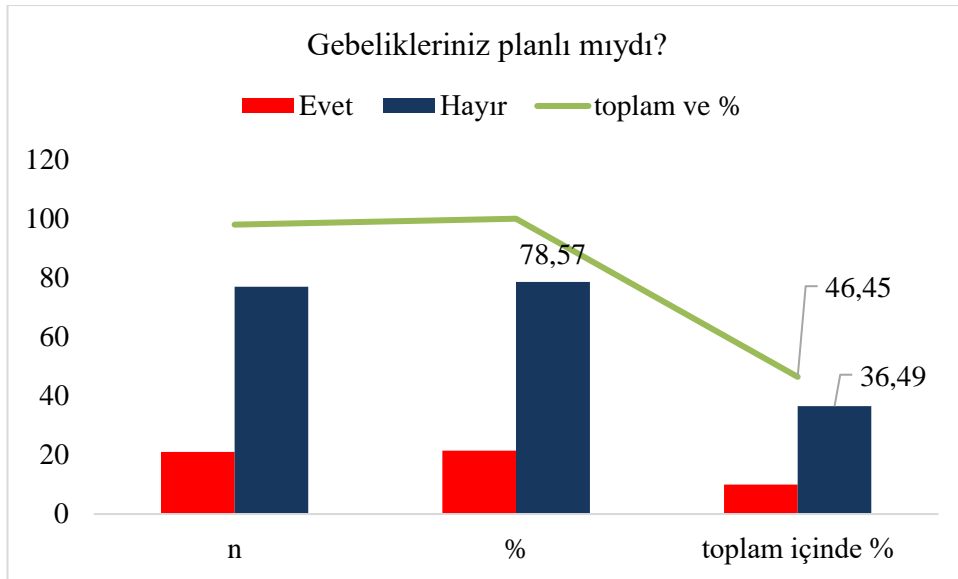


Şekil 9.27. Gebelik sayısı



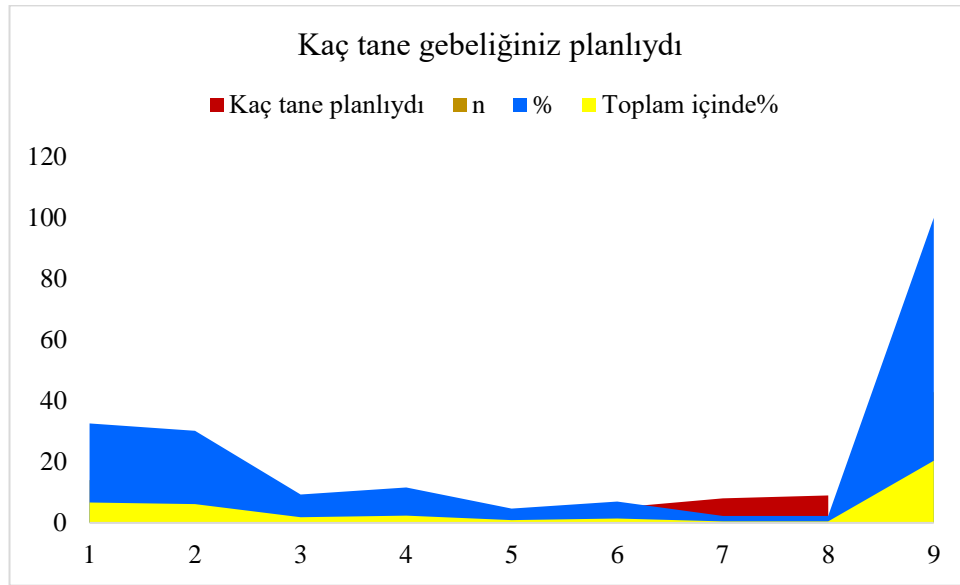
Şekil 9.28. Gebelik sayısı-oranı

Ankete katılan bayanların gebelikleri planlı olup olmadığına bakıldığında 99 kişi cevap verdi. Bunların 22 si (evet) planlıydı 77 si ise (hayır) planlı olmadığını beyan etti. Katılımcıların % 21,43'ü (toplam içinde % 9,95)'i planlayarak gebe kaldıklarını ifade etmişlerdir. Geriye kalan % 78,57'si (toplam içinde % 36,49) hiçbir planlama yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Geleneksel kültürel bağımlılıklarından dolayı bu soru yarısından daha az (% 46,45) birey tarafından cevaplandırılmıştır (Şekil 29).



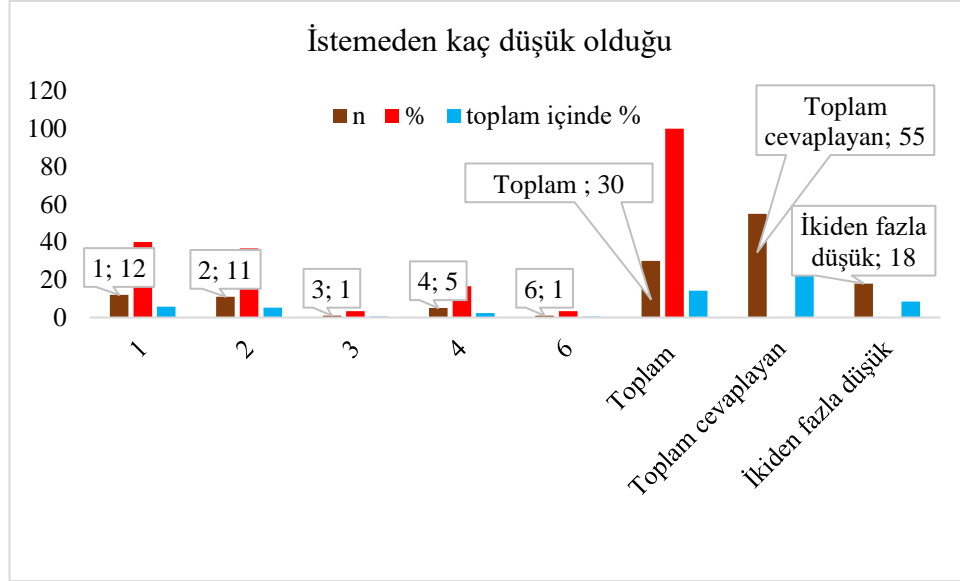
Şekil 9.29. Gebelikleriniz planlı mıydı

Ankete katılan 43 bireyin kaç çocuk planlayarak yaptıkları soruldu. Sadece bir gebeliği planlayarak yapan 13 birey, 2 gebeliği planlayarak yapan 4 aile, 3 gebeliği planlayarak yapan 5 aile, 4 gebeliği planlayarak yapan iki birey, sadece birer birey 8 ve 9 gebeliği planlayarak yapmıştır. Gebeliklerini planlı olarak yaptıklarını beyan eden katılımcıların içerisinde planlamadan çocuk sahibi olmak üzere gebe kalan 14 birey mevcuttur (Şekil 9.30).



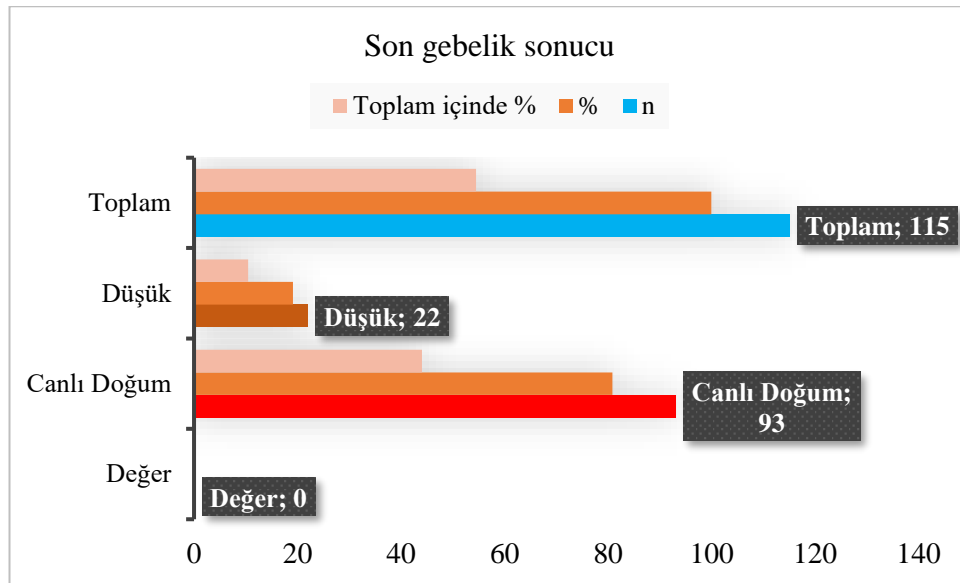
Şekil 9.30. Kaç tane gebeliğiniz planlıydı?

Çalışmaya katılan bayanların istemedikleri kaç düşük olduğu sorulduğunda katılımcıların 55'i cevap verdi. Bunlardan 25 kişi istemediği düşük olmadığını, 12 kişi 1 düşük, 11 kişisi 2 düşük, 1 kişi 3 düşük, 5 kişinin 4 düşük ve 1 kişinin de 6 düşük yaptığı tespit edildi. İstmeden bebek düşürmeleri hususunda; bir düşüğü olanların oranı, düşük yapanlar içinde % 40 ve toplam içinde % 5,69'a tekabül etmektedir. Bebeğini düşürerek kaybeden bireyler içerisinde % 60'ı en az iki bebek düşürmüştür. Toplam içinde oranı % 8,53 tür. Dörder düşük yapan katılımcı sayısı düşük yapanlar içinde oransal olarak % 16,67 ve toplam içinde % 2,37'dir. İstatistiksel olarak önemli olmamakla beraber bu soruya verilen cevap oranı (toplam içinde % 26,07) düşük olup bebeğini düşürerek kaybedenlerin oranı (toplam içinde % 14,22) yüksek görülmüştür (Şekil 9.31).



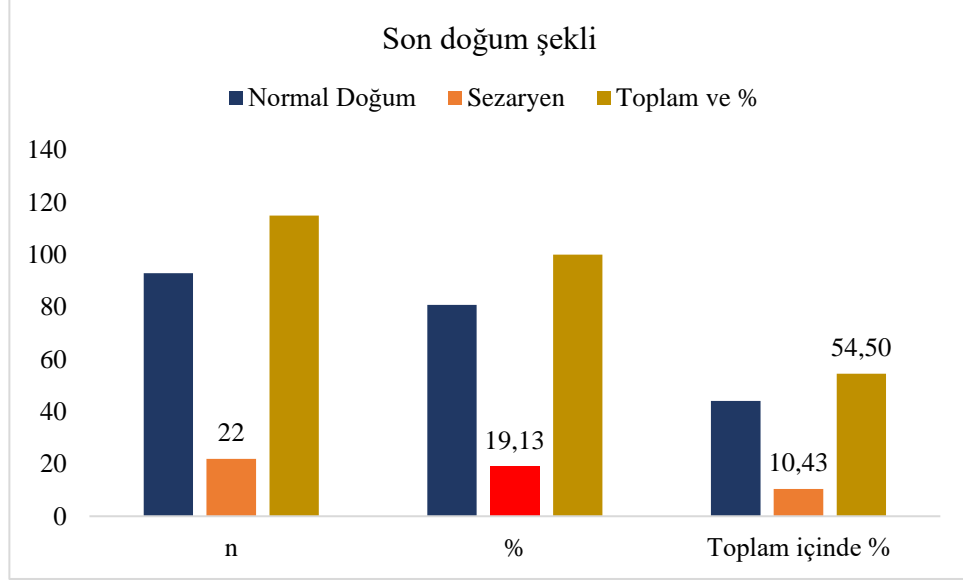
Şekil 9.31. İstemedenden kaç düşük oldu?

Ankete katılanların son gebeliklerinin sonuçları sorgulandığında 115 (toplam içinde % 54,50) birey cevapladı. Bunların 93 birey (% 80,87 ve toplam içinde % 44,08) canlı doğum ve 22'sinin (% 19,13 toplam içinde % 10,43) ise düşük yaptığı tespit edildi. Araştırmaya katılan deneklerin son doğumlarının % 19,13'ü (toplam içinde % 10,43) sezaryan şeklinde olmuştur. Normal doğum yapan bireyler toplam içinde % 44,08 (toplam içinde % 80,87) oranında olsa da katılımcıların beşte biri sezaryene maruz kalmıştır (Şekil 9.32).



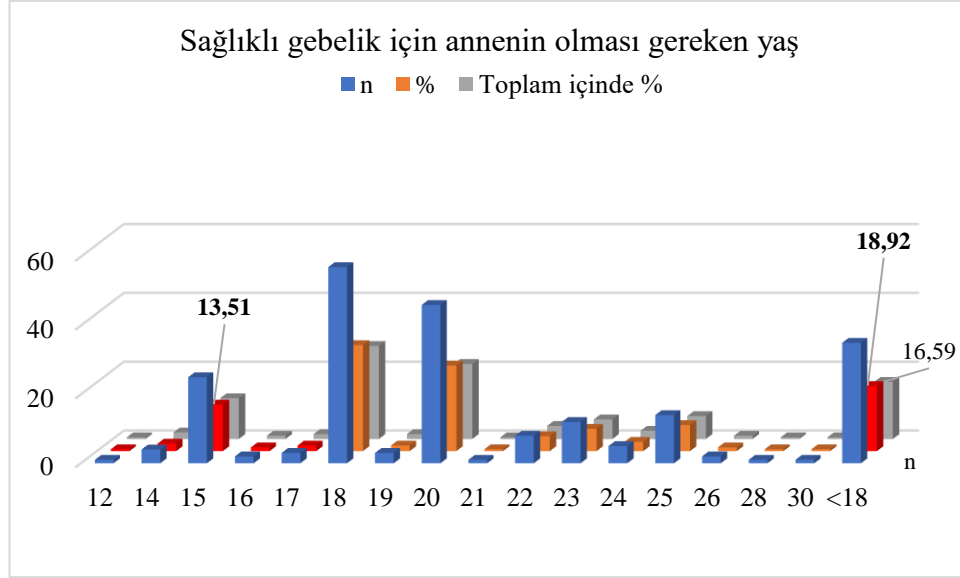
Şekil 9.32. Son gebelik sonucu

Çalışmaya katılanlarının son doğum şeklini 115 birey cevapladı. Bunların 93'ü normal doğum ve 22'si ise sezaryan doğum olduğu tespit edildi. Katılımcılardan % 19,13 oranında son doğumları sezaryan olarak meydana gelmiştir (Şekil 9.33).



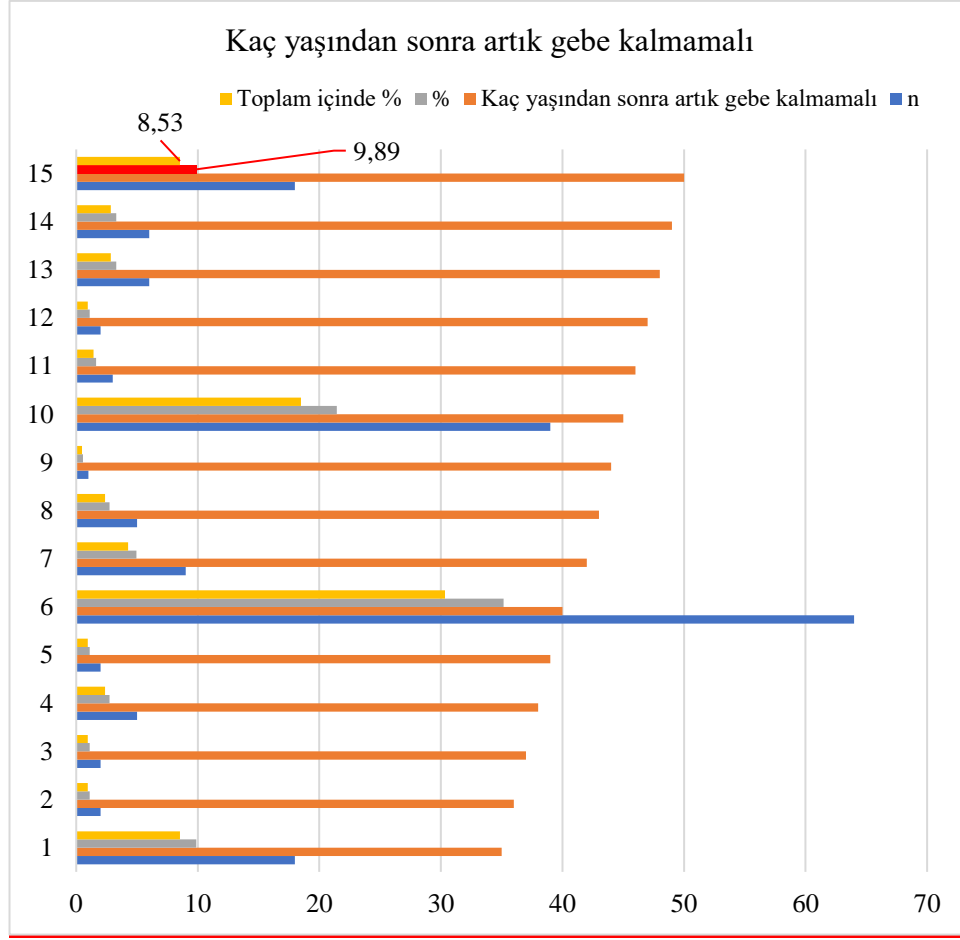
Şekil 9.33. Son doğum şekli

Sağlıklı bir gebelik için annenin kaç yaşında olması gerektiği araştırmaya iştirak eden bütün katılımcılara soruldu. 26 birey cevapsız bırakırken 185 birey içtenlikle cevap verdi. Cevaplardaki en çarpıcı noktalardan bir tanesi 18 yaş ve altı evliliğin dolayısıyla gebelik ve doğumun çok normal karşılanmasıydı. İlk gebelik yaşı için 12 yaşından 18 yaşına kadar çocuk yaşta gebeliğin olması gerektiğini savunanların oranı 1/5'e (% 18,92 ve toplam içinde % 16,59) çok yakındı. Toplumsal algı; mit ve törelere bağlı olarak 12 yaşından itibaren evliliği meşru görebilmektedir. Burada en büyük pay 18 - 20 yaş arası evliliğin olağan kabul edilmesiydi. 18 yaş için % 30,81 (toplam içinde % 35,14) oranında 20 yaş için % 24,86 (toplam içinde %21,80) oranında sağlıklı bir gebeliğin mümkün olduğu ifade edildi (Şekil 9.34).



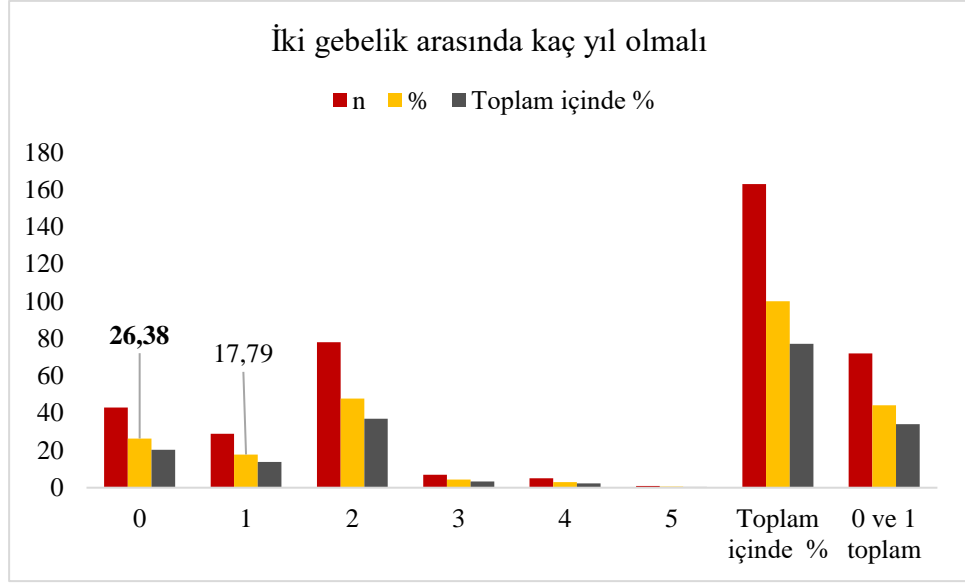
Şekil 9.34. Sağlıklı gebelik için annenin olması gereken yaş

Ankete katılanlara sağlıklı bir gebelik için annenin kaç yaşından sonra gebe kalmaması gerektiği sorulduğunda 183 birey cevaplamış olup 28 birey cevaplamadı. Bir birey de yanlış cevapladığı için değerlendirme dışı tutuldu. Sağlıklı bir annenin kaç yaşından sonra gebe kalmaması gerektiğini sorduk. Bir diğer ifade ile bir kadın kaç yaşına kadar gebe kalabilir? sorusunun cevabını aradık. 40 yaşına kadar (40 yaş dahil) gebe kalınabilir. Ama bundan sonrası için gebe kalmamak gerekir şeklinde fikir beyan eden katılımcıların oranı % 49,45 (toplam içinde % 42,65)'tir. 40 yaşın üzerinde de gebe kalınabilir, 50 yaşa kadar gebelik taşınabilir, kaldırılabilir, tolere edilebilir bir fizyolojik durumdur kanaati taşıyan katılımcıların oranı % 48,90 (toplam içinde % 42,18) dir. Toplum içi inanç, bilgi, kudret ve gelenekleri bağlı olarak 40 yaş altı ve 40 yaş üstü (50 yaşına kadarki süreçte) gebe kalınabilir fikirleri rakamsal olarak birbirlerine çok yakındır. Ancak 40 yaş (n=64, % 35,16) ve 45 yaş (n=39 ve % 21,43) dışında 50 yaş (n=18 ve % 9,89) sınırında gebe kalmanın normal olduğunun ifadesi 50 yaşında dahi toplumun 1/10 luk kesimi tarafından gebe kalınabileceği ifade edilmiştir (Şekil 9.35).



Şekil 9.35. Kaç yaşından sonra artık gebe kalmamalı

Çalışmamızda iki gebelik arasında kaç yıl olması gerektiği sorusunu % 77,25'i (n=163) cevapladı. Ancak % 22,74'ü cevapsız bıraktı(n=48). Araştırmaya iştirak eden katılımcıların 2 gebelik arasındaki süre hakkındaki fikirleri de araştırıldığında; iki gebelik arasında herhangi bir süreye gerek olmadığını beyan edenlerin oranı % 26,38 (n=43 ve toplam içinde % 20,38) dir. 2 gebelik arası 1 yıllık dinlenmeyi yeterli bulup 1 yıldan sonra gebe kalmanın mümkün olduğunu düşünenlerin oranı % 17,79 (n=29 ve toplam içinde % 13,74) tür. 2 gebelik arası 2 yıl olmalıdır diyen katılımcıların oranı % 47,85 (n=78 ve toplam içinde % 36,97), 3 yıl olmalıdır diyenlerin oranı % 4,29 ve 4 yıl olmalıdır diyenlerin oranı % 3,07 dir. 2 gebelik arasında süreye gerek yoktur ve bir yıl yeterlidir diyen katılımcıların oranı neredeyse yarısı % 44,17 olup toplam içinde yaklaşık 1/3 oranındadır (Şekil 9.36).



Şekil 9.36. İki gebelik arasında kaç yıl olmalı

9.2. KADINLARIN OBSTETRİK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 9.3. Kadınların gelir ve sigorta durumları

| | | N | % | Toplam içindeki % |
|-------------------------------|----------------|------------|---------------|-------------------|
| Gelir | 1500-5000 | 85 | 48,30 | 40,28 |
| | 5001-10000 | 45 | 25,57 | 21,33 |
| | 10001-50000 | 39 | 22,16 | 18,48 |
| | 50000- | 7 | 3,98 | 3,32 |
| | Toplam | 176 | 100,00 | 83,41 |
| Aile Tipi | Çekirdek aile | 91 | 46,19 | 43,13 |
| | Geniş aile | 106 | 53,81 | 50,24 |
| | Toplam | 197 | 100,00 | 93,36 |
| Sağlık Güvencesi | Var | 47 | 23,27 | 22,27 |
| | Yok | 155 | 76,73 | 73,46 |
| | Toplam | 202 | 100 | 95,73 |
| Sağlık Güvencesi Yoksa | Devlet yardımı | 27 | 14,44 | 12,80 |
| | Para ile | 156 | 83,42 | 73,93 |
| | Diğer | 4 | 2,14 | 1,90 |
| | Toplam | 187 | 100,00 | 88,63 |

Çizelge 9.4. Kadınların evlilik, akrabalık ve gebelik yaşı ilişkin bulgular

| | | N | % | Toplam içinde % |
|--------------------|--------------------|------------|---------------|-----------------|
| Evlendirme Yaşı | 18 yaş altı | 39 | 27,46 | 18,48 |
| | 18-23 | 65 | 45,77 | 30,81 |
| | 24-29 | 34 | 23,94 | 16,11 |
| | 30-40 | 4 | 2,82 | 1,90 |
| | | 142 | 100,00 | 67,30 |
| Eş Akrabalığı | Var | 44 | 34,11 | 20,85 |
| | Yok | 85 | 65,89 | 40,28 |
| | | 129 | 100,00 | 61,14 |
| Akrabalık Derecesi | Aynı soyad taşıyan | 3 | 4,48 | 1,42 |
| | Kuzen | 19 | 28,36 | 9,00 |
| | Uzaktan akraba | 22 | 32,84 | 10,43 |
| | Yabancı | 21 | 31,34 | 9,95 |
| | Yakın değil | 2 | 2,99 | 0,95 |
| | | 67 | 100,00 | 31,75 |
| İlk Gebelik Yaşı | 18 yaş altı | 38 | 31,15 | 18,01 |
| | 18-23 | 53 | 43,44 | 25,12 |
| | 24-29 | 26 | 21,31 | 12,32 |
| | 30-40 | 5 | 4,10 | 2,37 |
| | | 122 | 100,00 | 57,82 |

Çizelge 9.5. Katılımcıların gebeliklerin planlama ve istemeden yaptıkları düşüklere ilişkin bulguları

| | | N | % | Toplam içinde % |
|-------------------------|-------|-----------|---------------|-----------------|
| Gebeliğin Planlı mıydı? | Evet | 21 | 21,43 | 9,95 |
| | Hayır | 77 | 78,57 | 36,49 |
| | | 98 | 100,00 | 46,45 |
| Gebeliğin Kaç Planlıydı | 0 | 14 | 32,56 | 6,64 |
| | 1 | 13 | 30,23 | 6,16 |
| | 2 | 4 | 9,30 | 1,90 |
| | 3 | 5 | 11,63 | 2,37 |
| | 4 | 2 | 4,65 | 0,95 |
| | 5 | 3 | 6,98 | 1,42 |
| | 8 | 1 | 2,33 | 0,47 |
| | 9 | 1 | 2,33 | 0,47 |
| | | 43 | 100,00 | 20,38 |
| İstemeden Olan Düşükler | 1 | 12 | 40,00 | 5,69 |
| | 2 | 11 | 36,67 | 5,21 |
| | 3 | 1 | 3,33 | 0,47 |
| | 4 | 5 | 16,67 | 2,37 |
| | 6 | 1 | 3,33 | 0,47 |
| | | 30 | 100,00 | 14,22 |

9.3. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Çizelge 9.6. Katılımcılar ve eşlerin AP bilgisi

| | | N | % | Toplam içinde % |
|---------------------------------|--|------------|---------------|-----------------|
| Herhangi AP Yöntemi Biliyor Mu? | Evet | 139 | 69,85 | 65,88 |
| | Hayır | 60 | 30,15 | 28,44 |
| | | 199 | 100,00 | 94,31 |
| Eşin AP Hakkında Bilgisi | Evet | 41 | 39,05 | 19,43 |
| | Fikrim yok | 52 | 49,52 | 24,64 |
| | Hayır | 12 | 11,43 | 5,69 |
| | | 105 | 100 | 49,76 |
| AP Bilgisi Nereden Aldınız | Diğer, Sağlık personal, İnternet, Akraba-komşu | 5 | 5 | 2,37 |
| | Gazete-dergi-kitap, İnternet, Sağlık personel | 32 | 32 | 15,17 |
| | Sosyal medya | 2 | 2 | 0,95 |
| | İnternet, Diğer | 4 | 4 | 1,90 |
| | Sağlık personeli | 9 | 9 | 4,27 |
| | Radyo-TV, İnternet | 1 | 1 | 0,47 |
| | Akraba komşu, Gazete-dergi-kitap, | 47 | 47 | 22,27 |
| | | 100 | 100 | 47,39 |
| AP Bilgisi Eşi İle Mi Aldı | Evet | 17 | 13,71 | 8,06 |
| | Hayır | 107 | 86,29 | 50,71 |
| | | 124 | 100,00 | 58,77 |

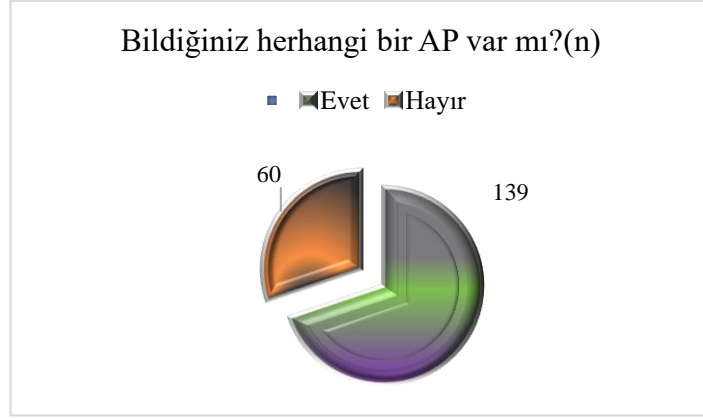
Çizelge 9.7. AP yöntemi kullanma ve eşi ile seçme durumları

| | | N | % | Toplam içinde % |
|--|------------|------------|---------------|-----------------|
| Şuanda AP Yöntemi Kullanıyor Musunuz? | Evet | 32 | 17,68 | 15,17 |
| | Hayır | 149 | 82,32 | 70,62 |
| | | 181 | 100,00 | 85,78 |
| Hangi Yöntem Kullanıyorsunuz | Diğer | 2 | 5,71 | 0,95 |
| | Enjeksiyon | 6 | 17,14 | 2,84 |
| | Geri Çekme | 1 | 2,86 | 0,47 |
| | Hap | 10 | 28,57 | 4,74 |
| | Kondom | 12 | 34,29 | 5,69 |
| | RIA | 3 | 8,57 | 1,42 |
| | Spiral | 1 | 2,86 | 0,47 |
| | | 35 | 100,00 | 16,59 |
| Kullandığı AP Yöntemi Eşi İle Mi Seçti | Evet | 20 | 51,28205 | 9,48 |
| | Hayır | 19 | 48,71795 | 9,00 |
| | | 39 | 100 | 18,48 |

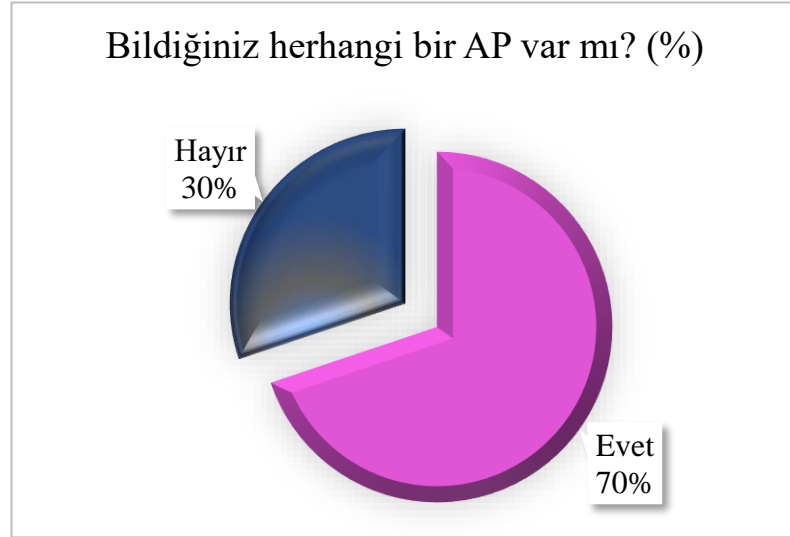
Çizelge 9.8. AP yöntemi kullanmama nedeni

| | | N | % | Toplam içinde % |
|--|-------------------------|------------|---------------|-----------------|
| AP Yöntemi Kullanılmıyorsa Nedeni | Ayıp | 26 | 22,81 | 12,32 |
| | Eş istemiyor | 10 | 8,77 | 4,74 |
| | Gebe kalmak istiyor | 17 | 14,91 | 8,06 |
| | Haram | 18 | 15,79 | 8,53 |
| | Herhangi bir sebebi yok | 40 | 35,09 | 18,96 |
| | Gebelik istemiyorum | 2 | 1,75 | 0,95 |
| | Şu an gebe | 1 | 0,88 | 0,47 |
| | | 114 | 100,00 | 54,03 |
| Kullanma yı Bıraktınız Yöntem Oldu Mu? | Evet | 13 | 7,98 | 6,16 |
| | Hayır | 150 | 92,02 | 71,09 |
| | | 163 | 100,00 | 77,25 |
| Bırakma Nedeni | Adet düzensizliği | 3 | 16,67 | 1,42 |
| | Ağrı ve size | 2 | 11,11 | 0,95 |
| | Eşin istememesi | 2 | 11,11 | 0,95 |
| | Gebe kalma isteği | 3 | 16,67 | 1,42 |
| | Kanama artışı | 2 | 11,11 | 0,95 |
| | Nedeni yok | 5 | 27,78 | 2,37 |
| | Fikri yok | 1 | 5,56 | 0,47 |
| | | 18 | 100 | 8,53 |

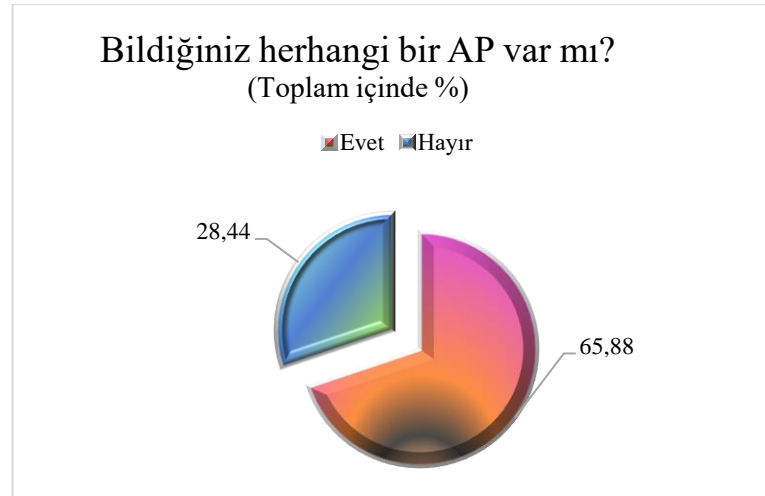
Çalışmaya katılan bireylerin herhangi bir aile planlaması (AP) bilip bilmedikleri sorgulandığında 139 birey evet deyip 60 birey ise hayır cevap verdi. Toplam 199 birey cevapladı. 12 kişiden cevap alınamadı. En az bir aile planlaması yöntemi bilen katılımcı sayısı 139 (% 69,85) kişi olup toplam içindeki oranı % 65,88 dir. Katılımcıların 7/10 luk bir kesimi en az bir aile planlaması yöntemi bilmektedir. Herhangi bir aile planlaması yöntemi bilmeyen kişi sayısı toplam katılımcıların üçte birinden daha azdır (n=60, % 30,15 ve toplam içinde % 28,88). Bu da toplam denek sayısının yaklaşık 1/7'sine tekabül etmektedir (Şekil 9.37).



Şekil 9.37. Bildiğiniz herhangi bir AP var mı?

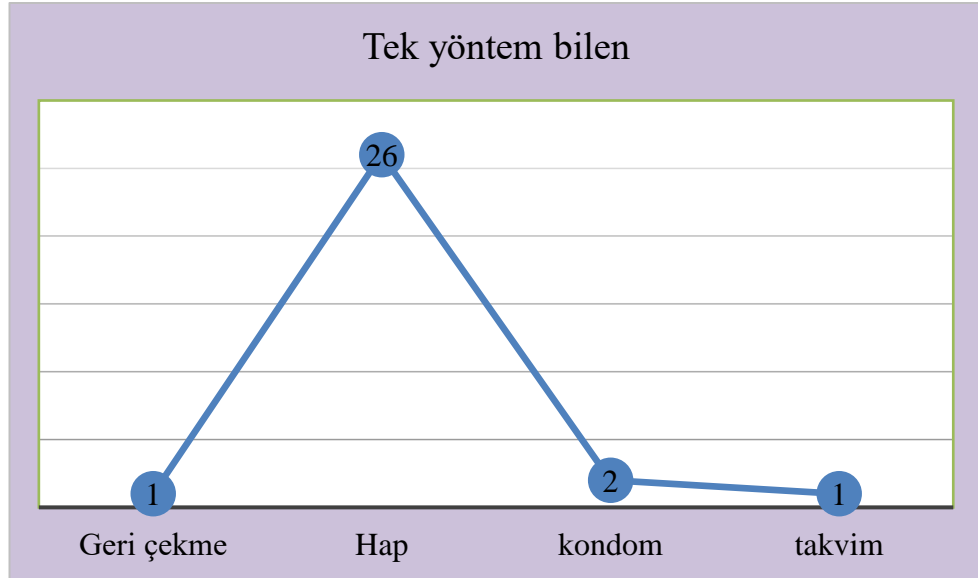


Şekil 9.38. Bildiğiniz herhangi bir AP var mı?

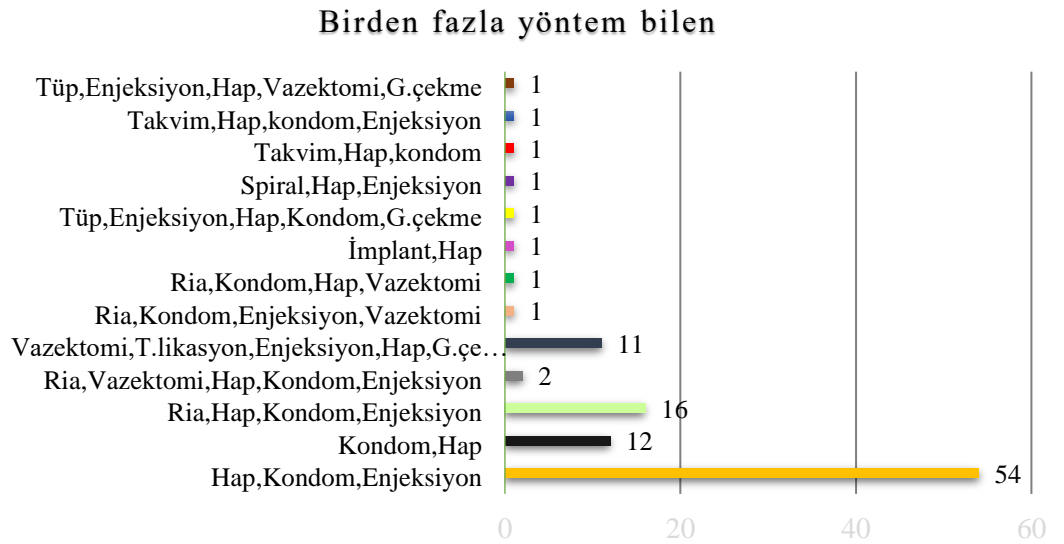


Şekil 9.39. Bildiğiniz herhangi bir AP var mı? Toplam içinde %

Ankete katılan bireylerin hangi AP yöntemi bildikleri sorulduğunda 143 birey cevap verdi. Bunlardan 18'i geri çekme, 135'i hap, 95'i kondom, 94'ü enjeksiyon, 21'i RİA, 2'si implant, 1'i spiral, 3'ü takvim, 14'ü tüp ligasyon ve 16 vazektomi olarak tespit edildi (Şekil 9.40).



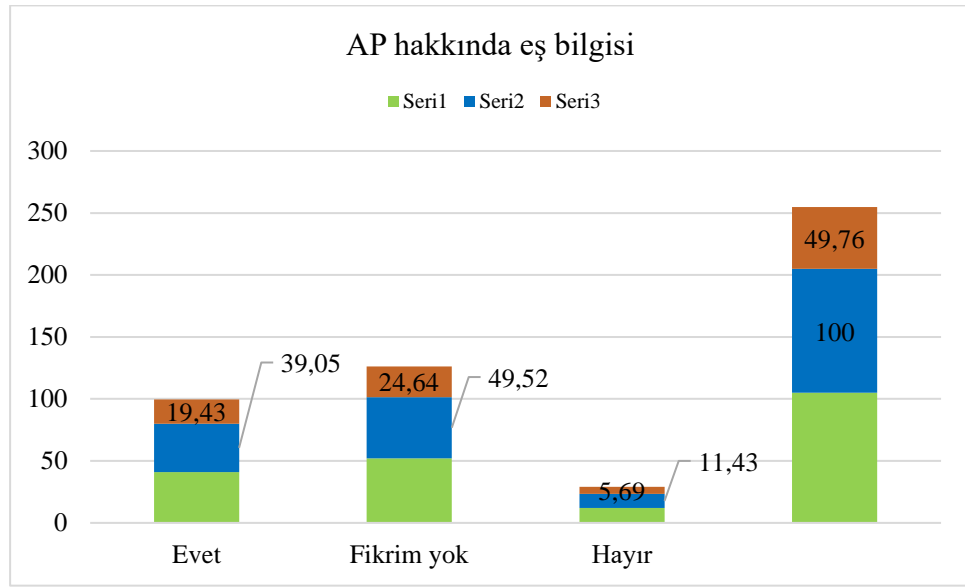
Şekil 9.40. Tek yöntem bilen



Şekil 9.41. Birden fazla yöntem bilen

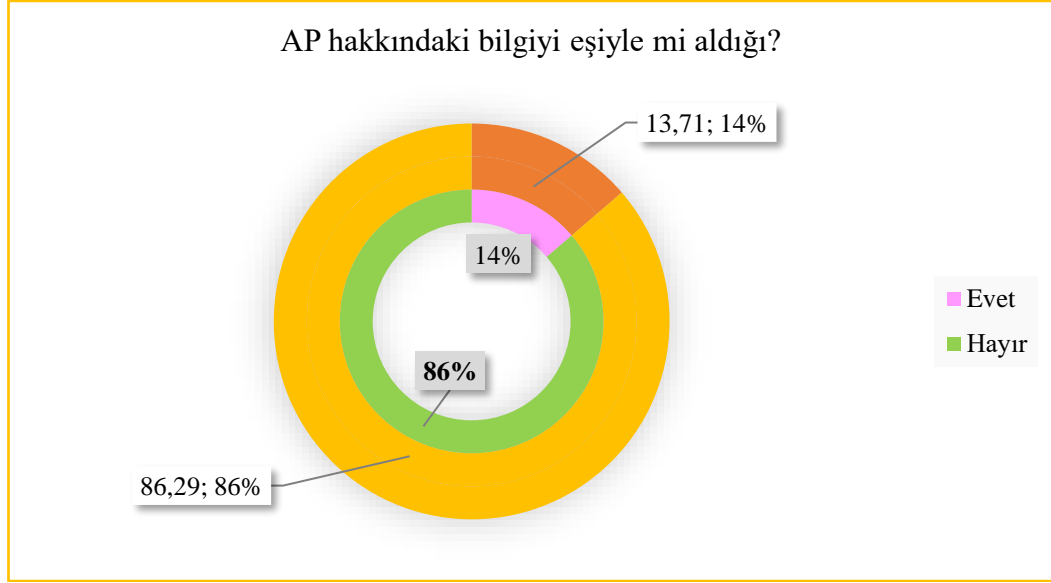
Çalışmaya katılan bayanların eşlerinin AP hakkında bilgisi olup olmadığını sorulduğunda 105 kişinin vermiş olduğu cevap 41'i evet, 52'si fikrim yok ve 12'si hayır idi. Katılımcılar, eşlerinin aile planlaması hakkında bilgisinin olup olmadığı

konusundaki görüşleri ilginçtir. Yaklaşık yarısı % 49,52'si (toplam içinde % 24,69) eşlerinin bu konu hakkındaki fikirlerinden habersizdir. Veya bilgi vermek istemediği için fikrinin olmadığını beyan etmektedir. Eşlerinin Aile planlaması hakkında bilgisi olduğunun bilincinde olan toplam içinde 1/5 (%19,43)'lük bir orandır. Eşlerinin Aile planlaması hakkında bilgisinin olmadığını ifade edenler % 11,43 (toplam içinde % 5,69)'tür (Şekil 9.42).



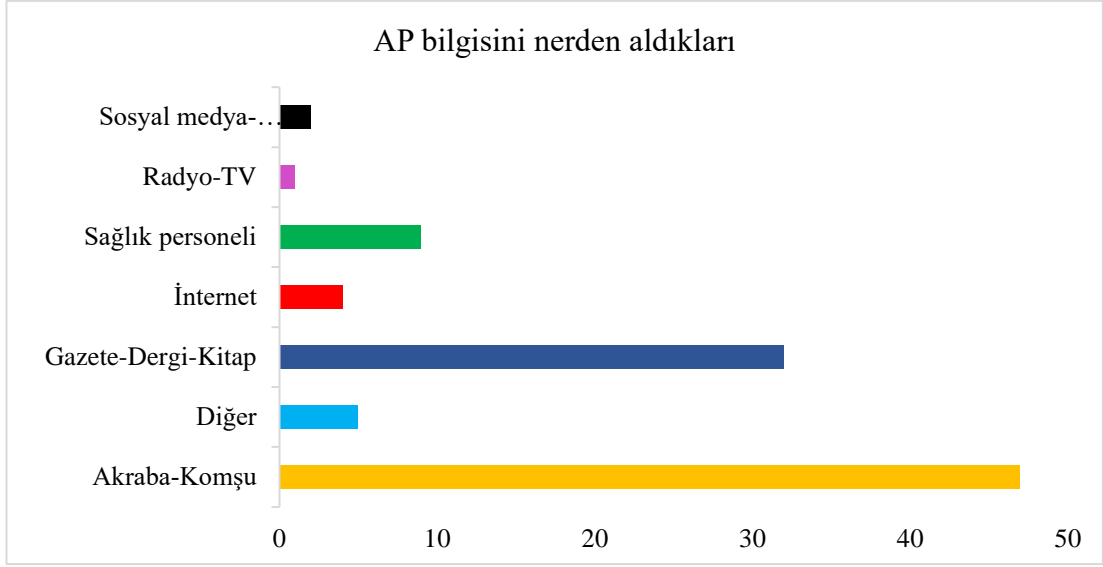
Şekil 9.42. Eşin AP hakkında bilgisi

Çalışmaya katılan bayanların AP hakkındaki bilgilerini eşleriyle beraber alıp almadığını sorulduğunda 124 bireyin cevapladığı bu sorunun 17'si evet ve 107'si ise hayır olarak tespit edildi. Çalışmamıza katılan Somalili bayanların kahir ekseriyetinin (% 86,29) eşleri ile beraber aile planlaması eğitimi almadıklarını geriye kalan çok az bir kısmının (% 13,71) aile planlaması hakkındaki bilgiyi eşleri ile beraber almış oldukları tespit edildi (Şekil 9.43).



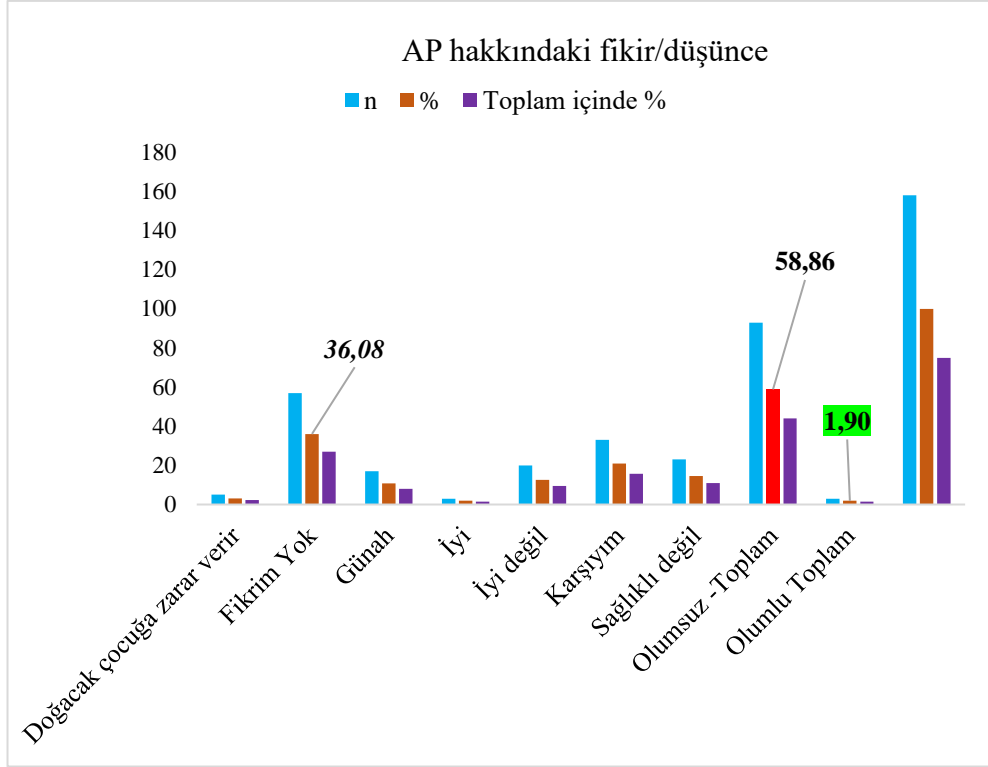
Şekil 9.43. AP hakkındaki bilgiyi eşiyle mi aldığı?

Anket katılımcılarının AP bilgisini nerden aldıkları sorgulandığında; 68'i akraba-komşu, 50'si dergi-gazete-kitap, 12'si diğer, 24'ü internet, 20'si sağlık personeli, 2'si sosyal medya-mesajlar ve 2'si ise radyo tv toplam 132 birey cevapladı. Çalışmamıza katılan denekleri aile planlaması bilgisini nereden alınabileceği sorulduğunda en yüksek oran % 47 (toplam içinde % 22,27) olup bilgiyi akraba komşu gazete dergi ve kitaplardan aldıklarını beyan etmişlerdir. Aynı sıralama değiştiğinde yani gazete dergi kitap internet ve sağlık personeli olarak yenilendiğinde katılımcıların % 32 si (toplam içinde% 15,17) bilgiyi bu yolla aldıkları öğrenilmiştir. Toplam içinde % 0,95 oranında sosyal medyadan, % 1,90 oranında internet ve diğer iletişim aygıtlarında, % 4,27 oranında sağlık personelinden ve % 0,47 oranında görsel ve işitsel iletişim kanalları olarak radyo televizyon internet aracılığı ile aldıkları tespit edilmiştir. Toplam katılımcılar içerisinde bu soruyu yanıtlayan bireylerin oranı % 47,39 olup 1/4'ten daha az bir yekün teşkil etmektedir. Sıralama bakımından komşu ve akrabalardan edinilen aile planlaması bilgileri en öndedir. Daha sonra gazete dergi ve kitaplardan aile planlamasının öğrenilmesi söz konusudur ki her iki durumda da edinilen bilginin sağlık derecesi şüphe götürür. Sağlık personelinden doğru aile planlaması bilgisi alanların oranı % 9 (toplam içinde % 4,27) oranında olup son derece küçük bir değerdir ($p<0,05$) (Şekil 9.44).



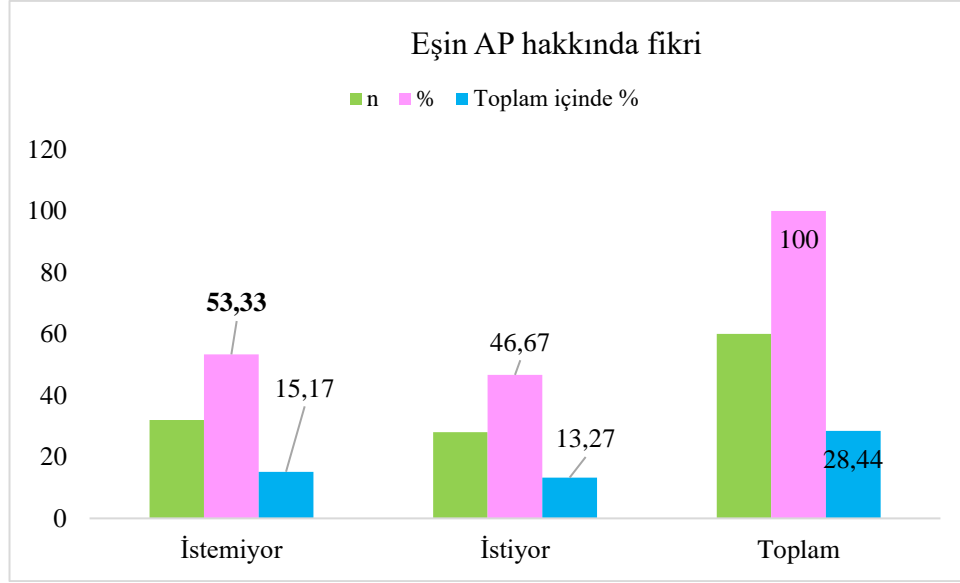
Şekil 9.44. AP bilgisini nerden aldıkları

Çalışmaya katılanlarının AP hakkında fikirleri sorulduğunda 5'i doğacak çocuklara zarar verdiği, 57'si fikri olmadığını, 17'si günah olduğunu, 3'ü iyi, 20'si iyi değil, 33'ü karşı oldukları ve 23'ü ise sağlıklı olmadığını düşünmektedir. Bu soruya toplam 158 birey cevap verdi. Aile planlaması hakkında fikirleri somali toplumun geçmişten bugüne kültürel bakışını resmeder durumdadır. Herhangi bir fikir beyan etmekten kaçınanların oranı % 36,08 (toplam içinde % 27,01)'dir. Aile planlamasını olumlu bulmayanların (karşı olan, sağlıksız olduğunu düşünen, iyi olmadığını söyleyen doğacak çocuğa zarar vereceğini veya haram ve günah olarak sayan) toplama % 62,03 olup toplam cevap verenlerin yarısından fazlasıdır. Bu oran bütün katılımcılar içerisinde yarıya yakınının (% 46,45) aile planlamasına ilişkin görüşlerinin olumsuz olduğu anlamına gelir. Toplumun kararsızlığı da işin içine dahil edildiğinde 2/3'lük bir kesimin aile planlamasından rahatsızlık duyduğu nettir. Dini kaygılardan dolayı karşı olanlar % 10,76 (toplam içinde % 8,06) gibi istatistiksel olarak değerli olmayan bir durumda ($p>0,005$) iken net bir şekilde iyi olmadığını (% 12,66), sağlıklı olmadığını (% 14,56) ve herhangi bir açıklamaya gerek olmadan direkt karşı olanların oranı ise % 20,89 (toplam içinde % 15,64) gibi oldukça yüksek bir düzeydedir (Şekil 9.45).



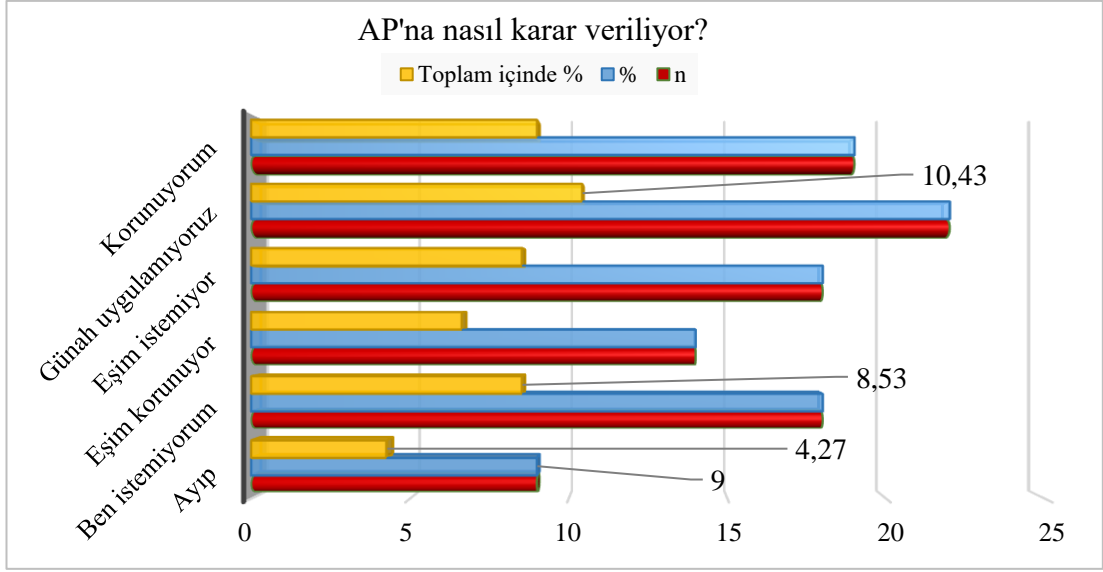
Şekil 9.45. AP hakkında fikir/düşünce

Ankete katılan bayanlar eşlerinin AP hakkındaki fikirleri sorulduğunda 32'si eşinin istemediğini, 28'i ise eşinin istediğini söyledi. Toplam 60 birey soruya cevap verdi. Eşlerin hemen yarıdan fazlası oransal olarak % 53,33 (toplam içinde % 15,17) aile planlaması hakkındaki fikirleri olumsuz ve istemedikleri yönündedir. Diğer % 46,67'lik kesimin (toplam içinde % 13,27) aile planlamasına bakışı normal ve talepkâr durumdadır. Ancak bu soruya cevap verme oranı 1/3 den (% 28,44) daha düşüktür (Şekil 9.46).



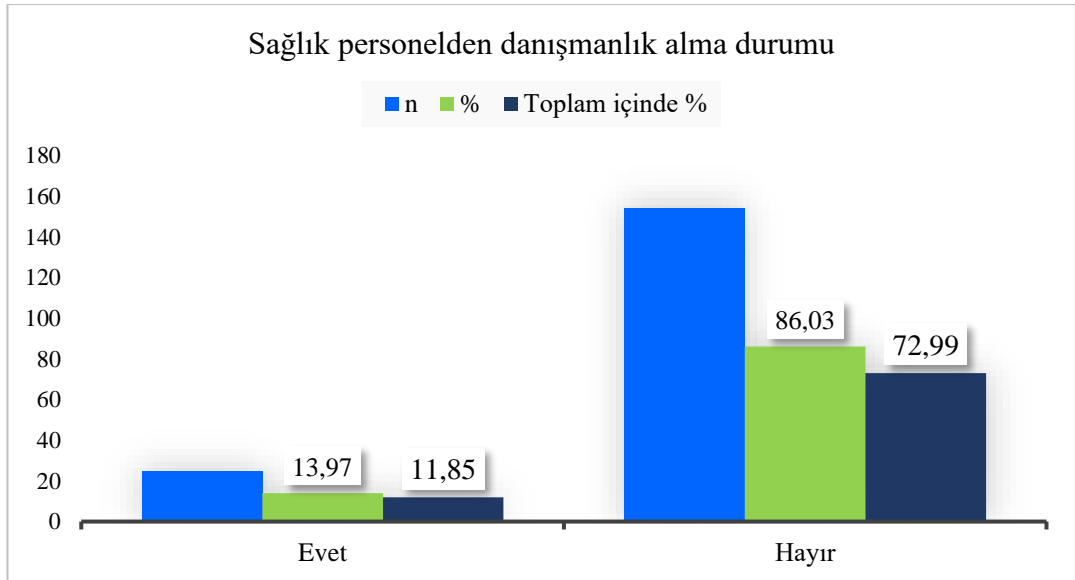
Şekil 9.46. Eşin AP hakkında fikri

Çalışmaya katılan bireylerin AP'a nasıl karar verdikleri sorulduğunda 100 birey cevap verdi. Onların 9'u ayıp, 18'i ben istemiyorum, 14'ü eşinin korunduğu, 18'i eşinin istemediği, 22'si günah olduğu için ve 19'u kendisinin korunduğu tespit edildi. Aile planlamasını % 9 oranında (toplam içinde % 4,27) ayıp sayarken, bayanın istemediği aile planlaması oranı % 18 (toplam içinde % 8,53), eşinin korunduğunu ifade edenlerin oranı % 14 (toplam içinde % 6,64), eşi istemediği için aile planlaması yapmayanların oranı % 18 (toplam içinde % 8,53) ve günah saydığı için aile planlaması uygulamayanların oranı % 22 (toplam içinde % 10,43) olarak ortaya çıkmıştır. Katılımcıların sadece % 19'u korunduğunu ifade etmektedir. korunanların oranı toplam içerisinde yalnızca % 9,00'dır. Deneklerin sadece 1/10 luk kesiminin bulunduğu görülmekte olup geriye kalanların tamam AP'yi kendisi veya eşinin istememesi ya da ayıp ve günah saymalarından dolayı herhangi bir korunma yöntemi tercih etmemektedirler (Şekil 9.47).



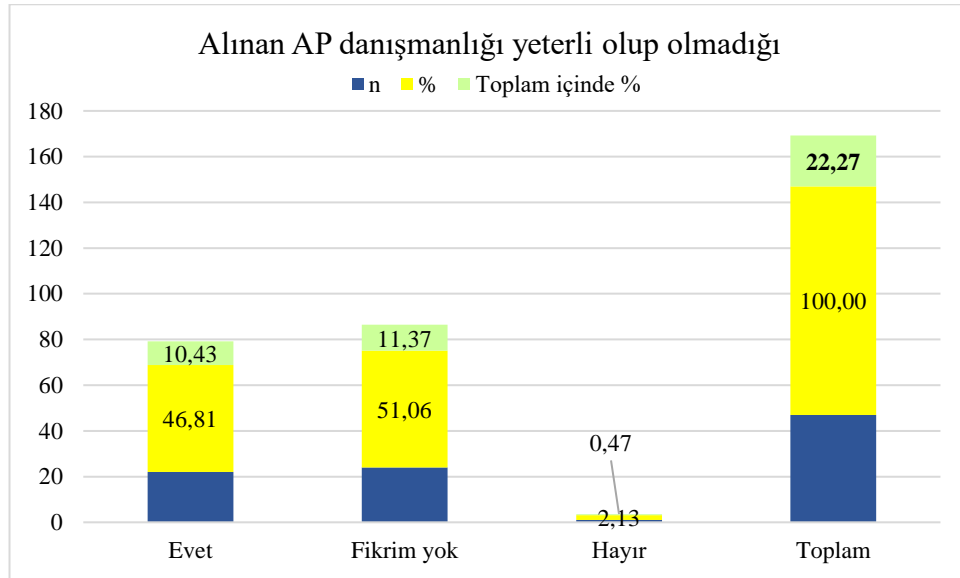
Şekil 9.47. AP'ya nasıl karar veriliyor?

Ankete katılanların sağlık personeli tarafından AP eğitimi alıp almadıkları sorgulandığında 179 bireyin 25'i evet geriye kalan 154'ü ise hayır olarak cevapladı. Sağlık personelinde aile planlaması eğitimi alanların oranı sadece % 13,97 (toplam içinde % 11,85) dir. Aile planlaması konusunda herhangi bir sağlık personelinde danışmanlık almayan katılımcıların oranı 5'te 4'ten fazladır (% 86,03 ve toplam içinde % 72,99). Bu durum veri olarak önemli ($p < 0,05$) görülmüştür (Şekil 9.48).



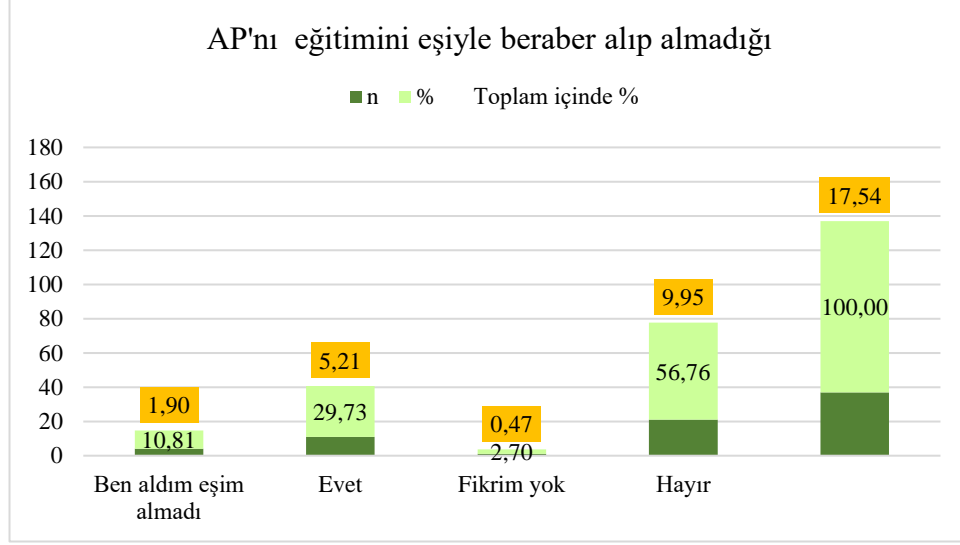
Şekil 9.48. Sağlık personelden danışmanlık alma durumu

Ankete katılanların aldıkları AP danışmanlığının yeterli bulup bulmadığını sorgulandığında 47 bireyin 22'si evet, 24'ü fikrim yok ve 1'i hayır olarak tespit edildi. Aile planlamasını bir danışmandan alanların oranı onda bir düzeyinde iken sadece bu küçük azınlığın almış olduğu danışmanlıktan memnun olup olmadıkları sorulduğunda yaklaşık yarısına yakını memnuniyetle belirtmiştir. Memnun olmayanların oranı sadece % 2,13 olup toplam içindeki değeri % 0,47 olup oransal olarak yüzde birin altındadır. Fikrini beyan etmemek ya da ayıp saydığı için düşüncelerini dökmek üzere bu konuyu konuşmak istemeyen ve fikrim yok diyenlerin oranı yarıdan biraz fazladır % 51,06 (toplam içinde % 11,43). Aldığı danışmanlıktan memnun olup olmadığını beyan edenlerin toplam içindeki oranı sadece % 22,27'dir (Şekil 9.49).



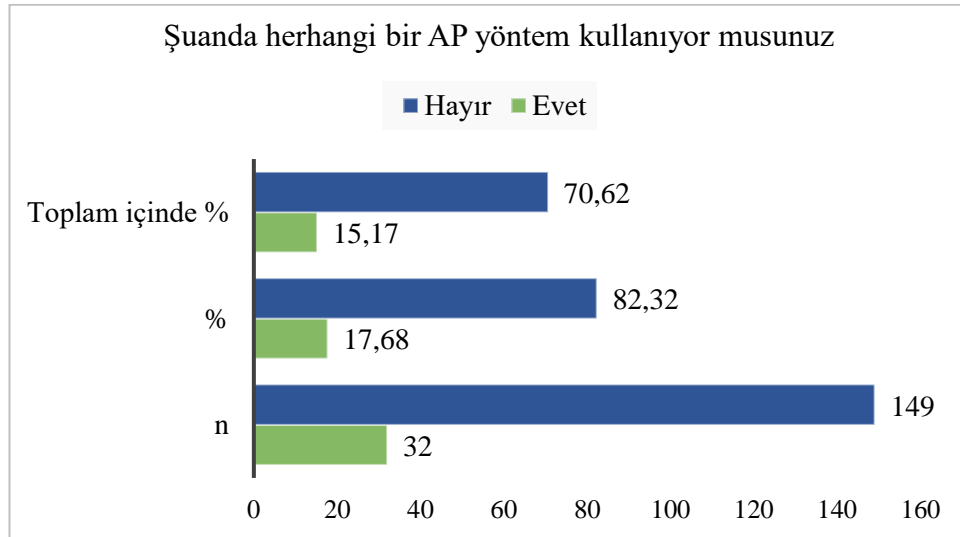
Şekil 9.49. Alınan AP danışmanlığı yeterli olup olmadığı

Çalışmaya katılanların aldıkları AP danışmanlığını eşiyile beraber alıp almadığı sorulduğunda 37 bireyin 4'ü ben aldım eşim almadı, 11'i evet, 1'i fikrim yok ve 21'i ise hayır cevabı verdi. Aile planlaması danışmanlık eğitimini eşiyile beraber alanların oranı aile planlamasının Sağlık Hizmetleri çalışanından alanların içinde 1/3 olup oranı % 29,73 ve toplam içinde % 5,21 düzeyindedir. Herhangi bir sağlık merkezinden veya sağlık çalışanlarından eşiyile beraber aile planlaması eğitimi almayanların oranı % 56,76 olup toplam içindeki oranları % 9,95 tir (Şekil 9.50).



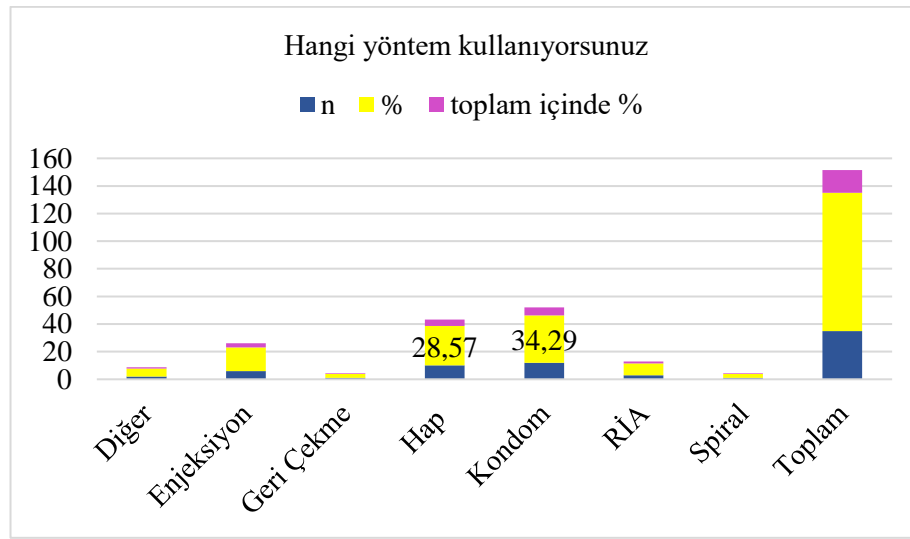
Şekil 9.50. AP'nın eğitimini eşiyile beraber alıp almadığı

Çalışmaya katılan bayanların şunda herhangi bir AP yöntemi kullanıp kullanmadıkları sorgulandığında 181 bireyin 32'si evet geriye kalan 149'u ise hayır olarak tespit edildi. İçinde bulunduğumuz zaman içerisinde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıp kullanmadıkları sorgulandığında sadece % 17,68'lik (toplam içinde % 15,17) bir kesimin halihazırda aile planlama yöntemlerinden birisini kullandığını görüyoruz. "Hayır şu anda kullanmıyorum" diyenler çok büyük bir çoğunlukta olup % 82,32 (toplam içinde % 70,62) oranında tespit edilmiştir. İçinde bulunduğumuz yani bu araştırmanın yapıldığı zaman içerisinde deneklerin neredeyse beşte dördü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır (Şekil 9.51).



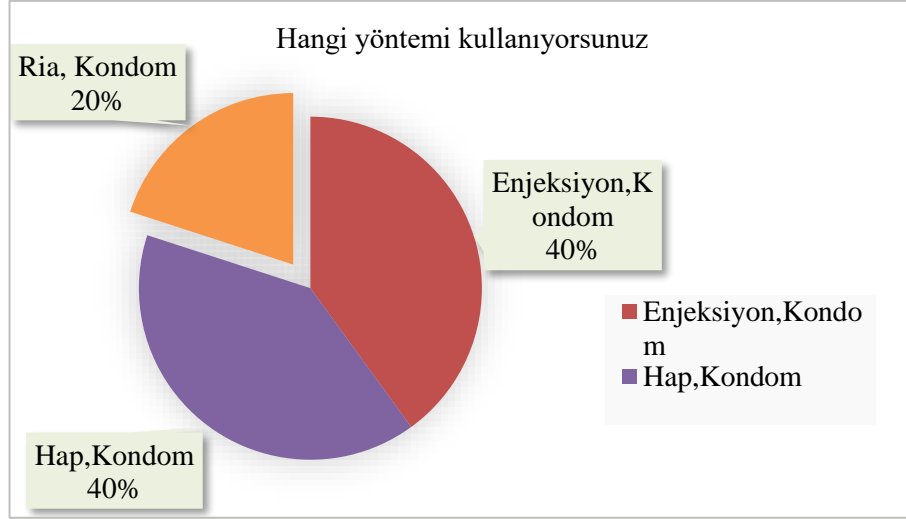
Şekil 9.51. Şunda herhangi bir AP yöntemi kullanıyor musunuz?

Çalışmaya katılan bayanların hangi yöntem kullandıkları sorgulandığında 40 bireyin 2'si diğer, 7'si enjeksiyon, 1'i geri çekme, 12'si hap, 13+4'ü kondom, 4'ü RİA ve 1'i ise spiral olarak tespit edildi. Katılımcılara hangi aile planlaması yöntemini kullandıkları sorulduğunda % 5,71 (toplam içinde % 0,95) oranında diğer, % 17,14 oranında (toplam içinde % 2,84) enjeksiyon, % 2,86 oranında (toplam içinde % 0,47) geri çekme, % 28,57 oranında (toplam içinde %4,74) hap, %34,29 oranında (toplam içinde % 5,69) kondom, % 8,57 oranında (toplam içinde % 1,42) RİA ve % 2,86 (toplam içinde % 0,47) oranında spiral kullandıkları görülmüştür (Şekil 9.52).



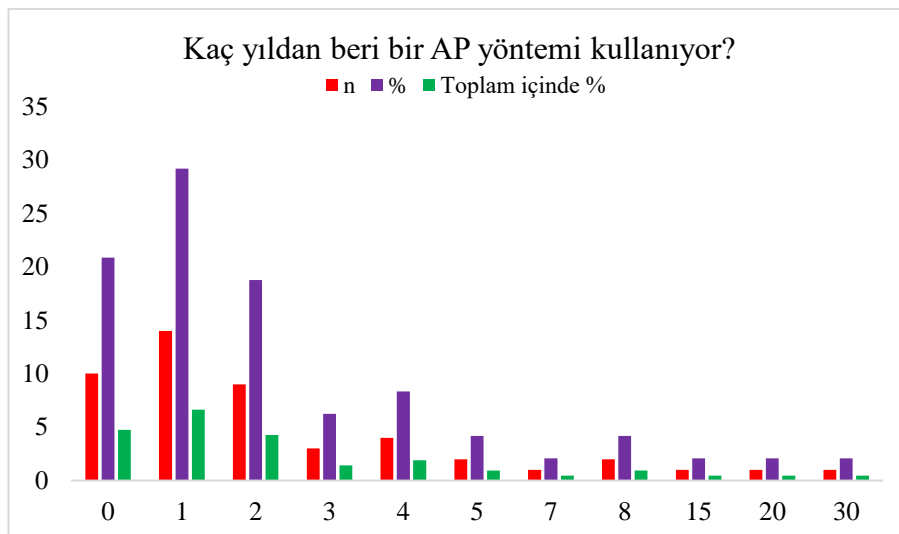
Şekil 9.52. Hangi yöntem kullanıyorsunuz?

Katılımcıların kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin tercih sıralaması sorulduğunda % 20 oranında RİA ve kondom, % 40 oranında enjeksiyon ile kondom, % 40 oranında hap -kondom kullandıklarını ifade etmişlerdir. Grafikten anlaşılacağı üzere toplam katılımcıların içinde sadece 35 kişi bu soruları yanıtlamıştır. Bu; toplam katılımcılar içindeki oranının sadece % 16,59'una tekabül etmektedir. Kullanılan aile planlaması yönteminin ifadesindeki güçlük % 85 dolaylarındadır. Bir başka ifade ile kullandığı aile planlaması yöntemini diğer bir bayan arkadaşına söyleyebilme cesareti toplam katılımcıların 1/5'inden daha azı tarafından gösterilmiştir (Şekil 9.53).



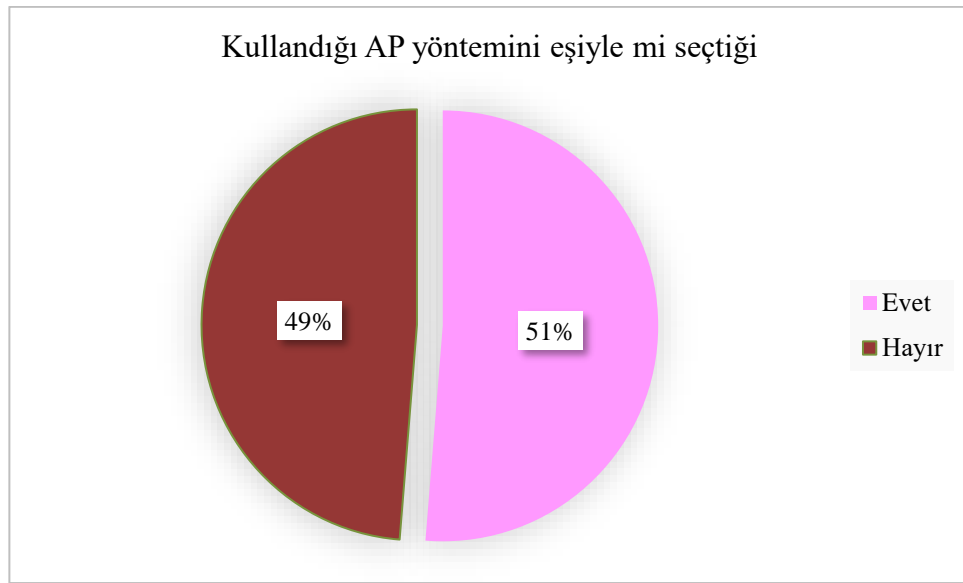
Şekil 9.53. Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

Ankete katılanların kaç yıl dan beri bir AP yöntemi kullandıkları sorgulandığında 48 birey cevap vermiş olup 10 birey 0, 14 birey 1, 9 birey 2, 3 birey 3, 4 birey 4, 2 birey 5, 1 birey 7, 2 birey 8, 1 birey 15, 1 birey 20, 1 birey 30 yıl ortalama AP kullanma yılı 3,2291 idi. Aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini bir yıldan beri kullananların oranı % 29,17 (toplam içinde % 6,64), 2 yıldan beri kullananların oranı % 18,75 (toplam içinde % 4,27), 3 yıldan beri kullananların oranı % 6,25 (toplam içinde % 1,42) ve 4 yıldan beri kullananların oranı % 8,33 (toplam içinde % 1,90)'tür. Aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini 5 ila 30 yıl arasında kullanıyor olanların oranı toplam içinde % 1'lik dilimin altındadır. Aile planlamasını kullandığını beyan edenlerin toplam içindeki oranları % 22,75 olup 1/5 dolaylarındadır (Şekil 9.54).



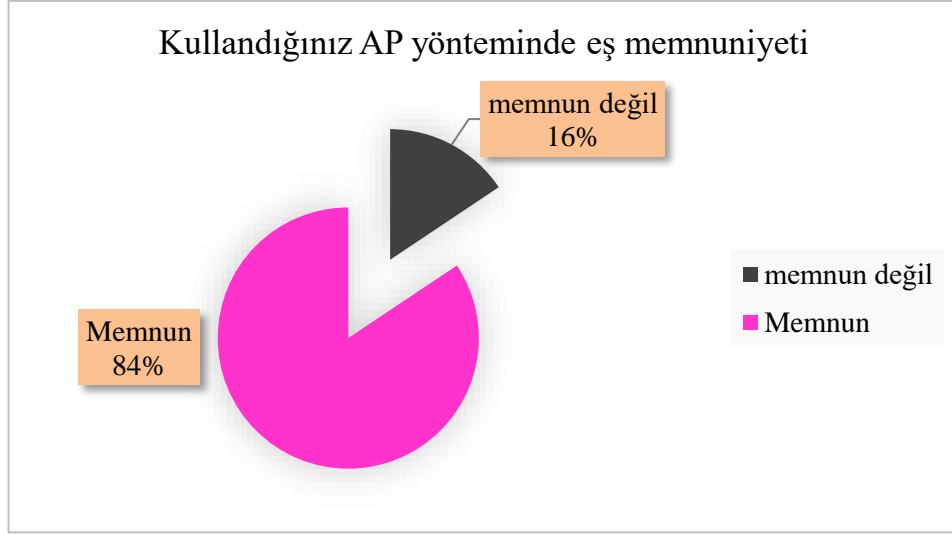
Şekil 9.54. Kaç yıldan beri bir AP yöntemi kullandığı

Çalışmaya katılan bayanların kullandıkları AP yönteminin eşiyle seçip seçmediği sorgulandığında 39 bireyin 20'si evet geriye kalan 19'u ise hayır cevabı verdi. Kullandıkları aile planlama yöntemlerinden herhangi birini eşiyle beraber mi seçtikleri yoksa kendi başına mı karar verdikleri sorusuna verilen cevabın oranı toplam içinde % 18,48'dir. Bu Total değer içerisinde eşiyle beraber seçmemiş olan ve kendi başına karar verenlerin oranı toplam içinde % 9,00 oranındadır. Geriye kalan toplam içindeki % 8,48'lik çok küçük bir grup eşiyle beraber karar verdiklerini beyan etmişlerdir (Şekil 9.55).



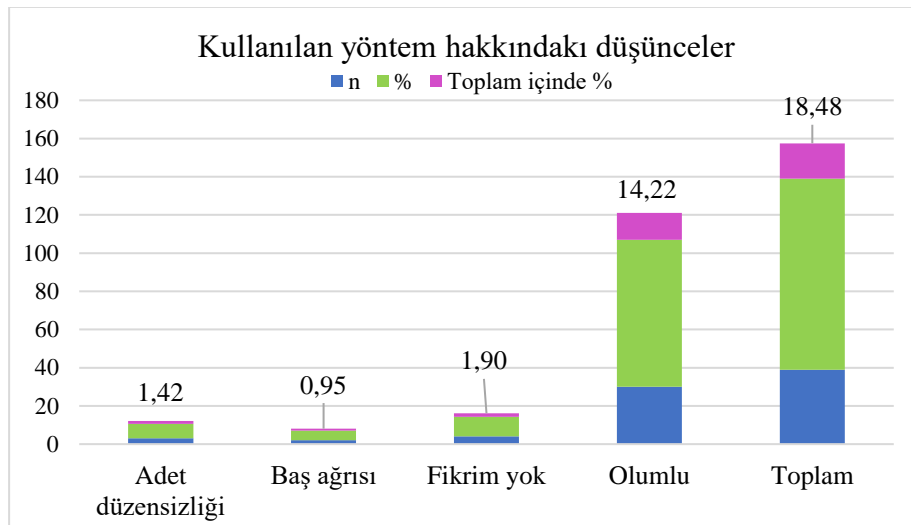
Şekil 9.55. Kullandığı AP yöntemini eşiyle mi seçtiği

Ankete katılan bayanların; eşi kullandığı AP yöntemden memnun olup olmadığı sorgulandığında 5'i memnun değil 27'si ise memnundu. Toplam 32 birey cevap verdi. Kullanılan Aile planlaması yönteminde eşinin memnuniyetinin olup olmadığı sorulduğunda toplam içinde cevaplayanların oranı % 15,64 'tür. Toplam içindeki memnuniyet oranı ise % 12,80 düzeyindedir. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanılıp da eşi tarafından benimsenmeyen ve memnuniyet verici olarak görülmeyenlerin oranı toplam içerisinde % 2,37'dir. Kullanılan herhangi bir aile planlaması yönteminden eş memnuniyet oranının toplam kullanıcı içerisinde yüksek olması aile planlaması bilgisi, eğitim düzeyi, gelir durumu ve sağlık hizmetlerini erişimiyle ilişkilidir (Şekil 9.56).



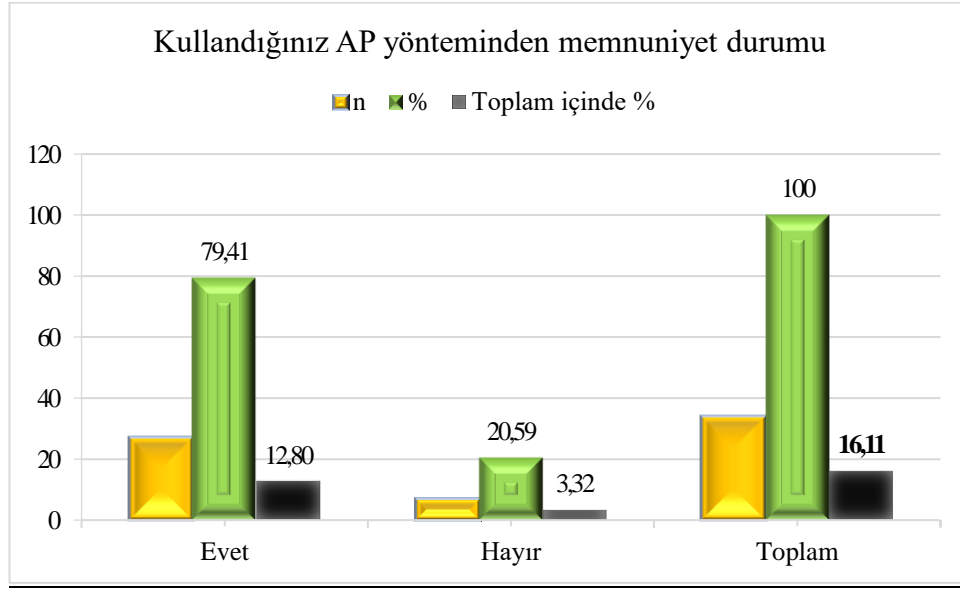
Şekil 9.56. Kullandığınız AP yönteminde eş memnuniyeti

Anket katılımcılarının kullandıkları AP yöntemi hakkındaki düşünceleri sorulduğunda 39 bireyin 3'ü adet düzensizliği, 2'si baş ağrısı, 4'ü fikrim yok ve 30'u ise olumlu cevap verdi. Kullanılan aile planlaması yöntemi hakkında olumlu ya da olumsuz fikirlerini beyan etmeleri talep edildiğinde toplam içinde % 18,48 'lik bir oranda fikir beyanı alındı. Toplam içinde alınan bu beyanın % 14,22'si herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanıyor ve memnuniyet belirtecek şekilde olumlu olarak değerlendirdi. Katılımcıların % 10,26'sı (toplam içinde % 1,90) fikir beyan etmekten kaçındı. Memnuniyetsizliğe neden olarak adet düzensizliği, baş ağrısı gösterildi. Adet düzensizliği kullanıcılar arasında % 7,69 (toplam içinde % 1,42) ve baş ağrısı da % 5,13 (toplam içinde % 0,95) oranında olduğu görüldü (Şekil 9.57).



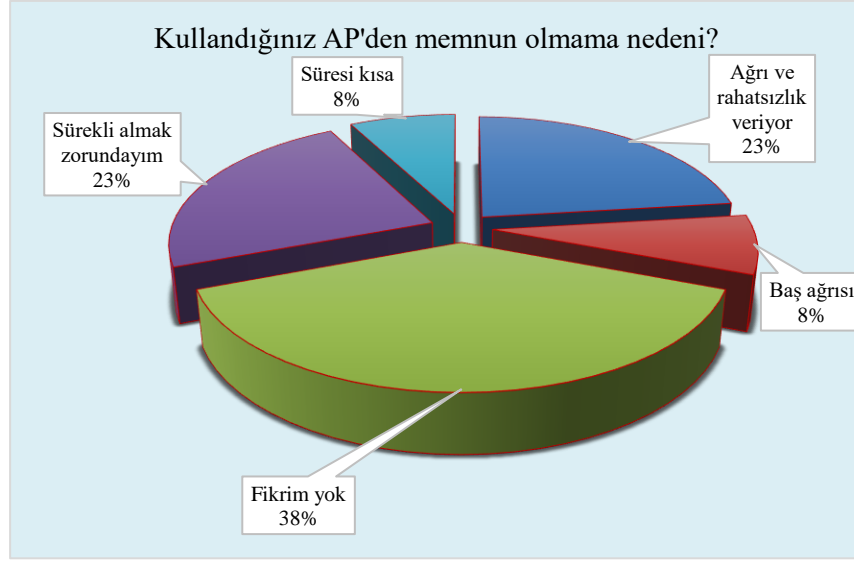
Şekil 9.57. Kullanılan yöntem hakkındaki düşünceler

Anket katılımcılarının kullandıkları AP yönteminden memnun olup olmadığı sorulduğunda 34 bireyin 27'si evet 7'si ise hayır cevabı verdi. Aile planlaması kullanan bireylerin bu planlamanın yönteminden memnun olup olmadıkları sorulduğunda toplam içinde % 16,11'lik bir oranda geri dönüş alınabilmektedir. Planlamadaki memnuniyetleri kendi içerisinde % 79,41 olsa da toplam içindeki yüzde oranı % 12,80'dir. Nedeni belli olmaksızın toplam içerisinde % 3,32'lik bir oranda memnuniyetsizlik söz konusudur (Şekil 9.58).



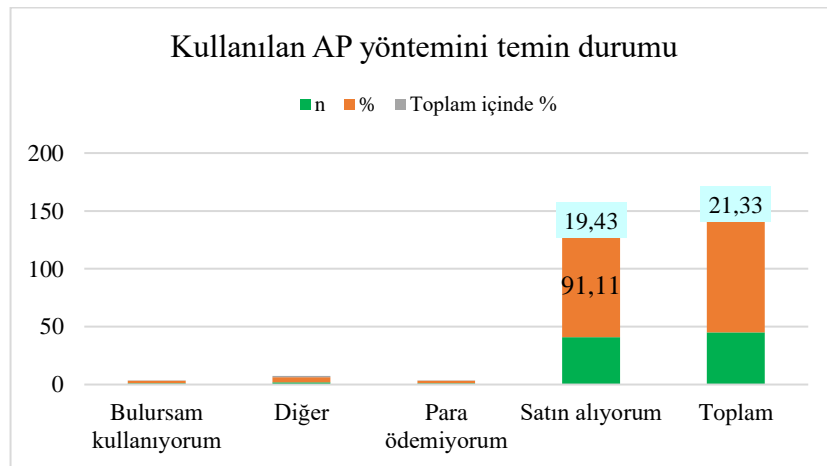
Şekil 9.58. Kullandığınız AP yönteminden memnuniyet durumu

Çalışmaya katılan bayanların kullandıkları AP yönteminden memnun değil ise nedeni sorgulandığında 13 bireyin 3'ü ağrı-rahatsızlık verdiği için, 1'i baş ağrısı, 5'i fikri yok, 3'ü sürekli almak zorunda oldukları için ve 1'i ise süresi kısa olduğu için memnun olmadıklarını bildirmişlerdir. Kullandıkları herhangi bir aile planlaması yönteminden ne derece memnun oldukları hususunda verilen cevapların oranı toplam katılımcıların yüzde ikisinden daha azdır. Ağrı ve rahatsızlık % 1,42, baş ağrısı % 0,47, sürekli alma zorunluluğu % 1,42, süresinin kısa olması % 0,47 oranında rahatsızlık durumlarını ifade etmişlerdir. Fikir beyan etmekten kaçınanların oranı cevaplayanlar içerisinde toplam % 2,37 'dir (Şekil 9.59).



Şekil 9.59. Kullandığınız AP'den memnun olmama nedeni?

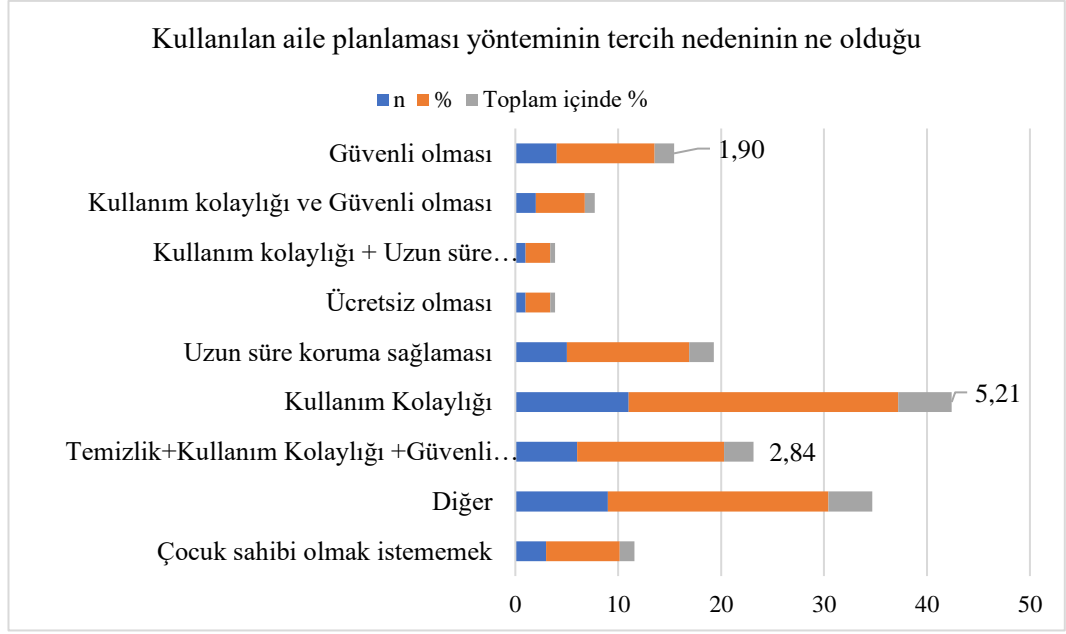
Çalışmaya katılanların kullandıkları AP yöntemini temin etme durumları sorgulandığında; 43 kişinin 1'i bulursam kullanıyorum, 1'i para ödemiyo, 41'inin ise satın aldıkları tespit edildi. Kullanılan aile planlaması yöntemini nasıl temin ettikleri sorulduğunda büyük çoğunluğu % 91,11 (toplam içinde % 19,43) para ödeyerek satın almak şeklinde temin ettiklerini ifade etmişlerdir ($p < 0,05$). Bunun dışında bulunduğu sürece kullananlar ile para ödmeden alanların oranı eşit olmak üzere % 2,22 (toplam içinde % 0,47) dir. Temin yöntemini belirtmediği halde bir şekilde temin ettiğini ifade edenlerin oranı % 4,44 (toplam içinde % 0,95)'tür (Şekil 9.60).



Şekil 9.60. Kullanılan AP yöntemini temin durumu

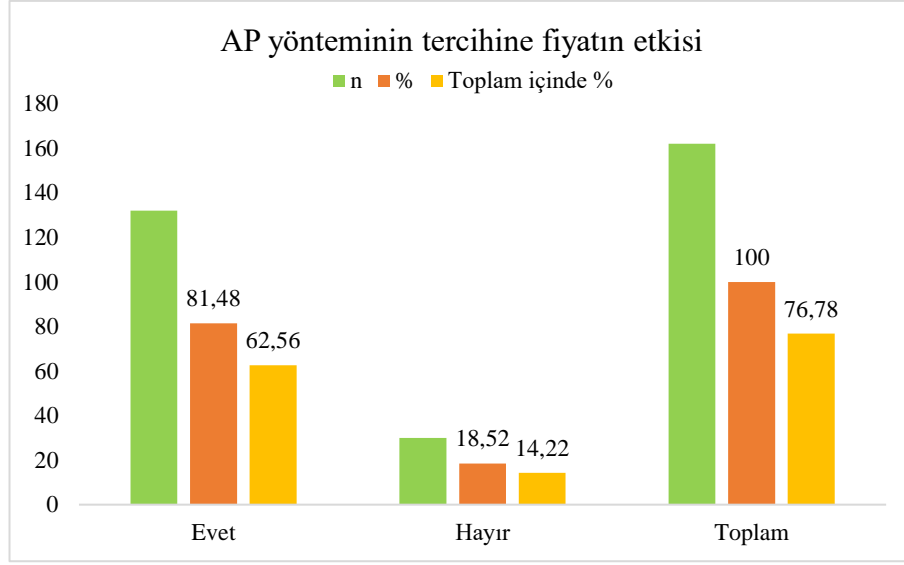
Çalışmaya katılan deneklerin kullandıkları AP'nın tercih etme nedenleri sorulduğunda 42 bireyin 3'ü çocuk sahip olmak istemedikleri, 9'u diğer, 4'ü güvenli olması, 11'i kullanma kolaylığı, 6'si temiz, kullanım kolaylığı ve güvenli olması, 5'i uzun süre kullanımı, 1'i ise ücretsiz olması idi. Kullanılan Aile planlaması yöntemini neden tercih ettikleri sorusu çoklu işaretlenebilir özelliğine sahip olduğu için çeşitli cevaplar alınmıştır.

Çocuk sahibi olmak istemediği için kullananların oranı % 7,14, çeşitli nedenlerden dolayı kullanmak istemeyenlerin oranı % 21,43, temizliği, kullanım kolaylığı ve güvenli olması gibi 3 nedenden dolayı tercih edenlerin oranı % 14,29, sadece kullanım kolaylığı olduğu için tercih edenlerin oranı % 26,19, uzun süre kullanımında koruma sağladığı için tercih edilme oranı % 11,90, sadece ücretsiz olduğu için tercih edenlerin oranı % 2,38, kullanım kolaylığı, uzun süre koruma sağladığı ve güvenliğinden dolayı tercih edenlerin oranı % 2,38, hem güvenli hem kullanım kolaylığı olduğu için tercih edenlerin oranı % 4,76, sadece güvenliğinden dolayı tercih nedeni olma oranı % 9,52 dir. Kullanılan aile planlaması yöntemini tercih nedenin ne olduğunu içtenlikle cevaplayanların oranı toplam içinde 1/8 den daha azdır (% 19,91). Dolayısıyla toplam içindeki oranlarda buna bağlı olarak oldukça düşüktür. Yukarıdaki aynı sıralama ile; % 1,42, % 4,27, % 2,84, % 5,21, % 2,37, % 0,47, % 0,47, % 0,95, % 1,90 oranlarındadır. Kullanım kolaylığı yöntemin tercih nedeni toplam içinde en yüksek oranın teşkil etmekte olup % 5,21 dir (Şekil 9.61).



Şekil 9.61. Kullanılan AP yönteminin tercih nedeninin ne olduğu

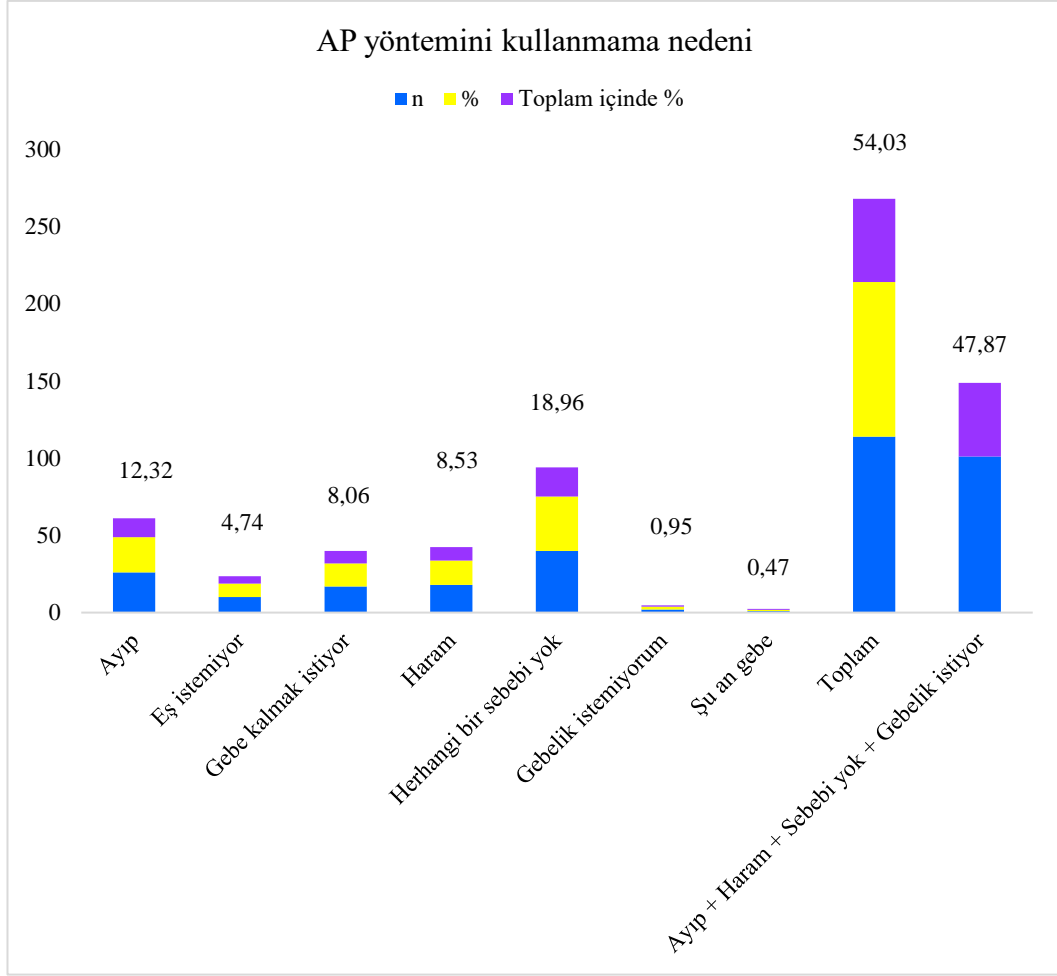
Çalışmaya katılanlarda AP yönteminin fiyatları tercihleri etkileyip etkilemediğini sorgulandığında 162 bireyin 132'si evet, geri kalan 30'u hayır olarak tespit edildi. Aile planlaması yönteminin maliyeti yöntemin tercihinde tehdit olup olmadığını araştırdık. Aile planlaması yönteminin maliyet tercihinde etkiler diyenlerin oranı % 81,48 (toplam içinde % 62,56) oranında olup katılımcıların oran olarak 4/5'inden fazlasını ihtiva etmektedir. Hayır, fiyat aile planlaması yöntemini tercihimde etkili bir faktör değildir diyenlerin oranı % 18,52 (toplam içinde % 14,22) düzeyindedir. Aile planlaması yönteminin tercih edilmesinde fiyat kriterini olumlu ya da olumsuz cevaplayanların oranı toplam içinde % 76,78 dir. Katılımcıların tamamının neredeyse 4/5'lik kesimi suali cevaplamıştır (Şekil 9.62).



Şekil 9.62. AP yönteminin tercihine fiyatın etkisi

Katılımcıların AP kullanmıyorlarsa nedeni sorulduğunda 114 bireyin 26'si ayıp olduğu için, 10'u eşi istemediği için, 2'si gebe kalmak istemedikleri, 17'si gebe kalmak istedikleri, 18'i haram olduğu için, 40'sı herhangi bir sebebi olmadığını ve 1'i ise gebe olduğu için kullanmadığı tespit edildi.

Aile planlaması yöntemini neden kullanmadıkları hususunu toplam içinde yarından biraz fazla % 54,03'lük bir oranda cevap verilmiştir. Ayıp sayanlar % 22,81 (toplam içinde % 12,32), eşi istemediği için kullanmadığını ifade edenler % 8,77 (toplam içinde % 4,74), gebe kalmak istediği için aile planlaması yöntemleri kullanmayanlar % 14,91 (toplam içinde % 8,06), haram olduğuna inandığı için kullanmayanlar % 15,79 (toplam içinde % 8,53), herhangi bir nedene bağlamadan sadece kullanmak istemeyenler % 35,09 (toplam içinde % 18,96), gebeliği istemediği için herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayanlar % 1,75 (toplam içinde % 0,95), içinde bulunduğumuz zaman içerisinde gebe olduğu için kullanmayanlar % 0,88 (toplam içinde % 0,47) şeklinde ifade edilmiştir. Herhangi bir nedeni olmadığını söyleyenler ile ayıp ya da haram saydığı için herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmayanlar büyük çoğunluğu teşkil etmektedir (% 47,87) (Şekil 9.63).



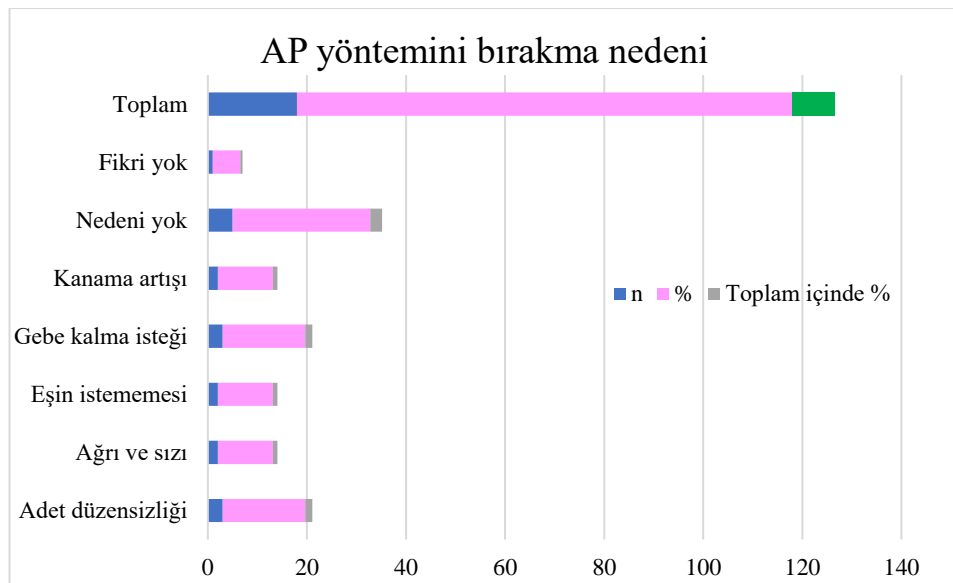
Şekil 9.63. AP yöntemini kullanmama nedeni

Katılımcıların kullanmayı bıraktıkları yöntem olup olmadığını sorgulandığında 163 bireyin 13'ü evet 150'si hayır olarak tespit edildi. Daha önce herhangi bir aile planlama yöntemini kullandığı halde sonradan bir şekilde bırakan olup olmadığı katılımcılara soruldu. Katılımcıların % 7,98'i (toplam içinde % 6,16) kullandıkları bir yöntemi bıraktıklarını ifade ettiler. Katılımcıların % 92,02'si (toplam içinde % 77,25) daha önce kullanmaya başladıkları ve halihazırda kullanmış oldukları yöntemle ilişkin herhangi bir bırakma yapmadıklarını bildirdiler. Aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini kullanmaya başlayanların içinde sadece 1/5'ten daha az katılımcı kullanmış olduğu yöntemi bırakmıştır. Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine sadakatleri üst düzeydedir (Şekil 9.64).



Şekil 9.64. Kullanmaya bıraktınız yöntem oldu mu?

Ankete katılan bireylerin kullanmaya bıraktıkları yöntem varsa nedeni sorgulandığında 18 bireyin 3'ü adet düzensizliği 2'si "ağrı ve sızı arttı", 2'si eşini istemiyor 1'i fikri yok, 3'ü gebe kalmak istiyor, 2'si kanama arttı ve 5'i nedeni yok idi. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı halde bırakanlara neden bıraktıklarına dair sorulduğunda nedeni olmadığını beyan edenler en yüksek düzeyde % 27,78 (toplam içinde % 2,37) bir orana sahiptir. Adet düzensizliği ve gebe kalma isteği için aile planlaması yöntemini bırakanların oranı her ikisi için de eşit olmak üzere % 16,67 (toplam içinde % 1,42) oranındadır. Ağrı ve sızı şikayeti, eşinin istememesi ve kanama artışı aynı oranlarda olup % 11,11 (toplam içinde % 0,95) oranlarındadır. Katılımcıların % 5,56'sı (toplam içinde % 0,47) fikir beyan etmekten kaçınmıştır (Şekil 9.65).



Şekil 9.65. AP yöntemini bırakma nedeni

BÖLÜM 10

TARTIŞMA

Bu çalışmanın esas amacı, Türkiye’de yaşayan 15-49 yaş arası Somalili kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma ve bu yöntemlere ilişkin plan ve tutumlarını ölçmektir. İzlenilmiş olan araştırma yöntemi ve yapılan işlemlerde veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan bir soru formu kullanıldı. Verilerin % 4,7393 (10 ad) mail yolu ile % 95,2607’si (201 ad) yüz yüze görüşme yöntemi ile 15 ilden toplandı.

Türkiye’de Somalili kadınların en kalabalık nüfus varlığı ile yaşadığı iller esas alındı. Bu iller Ankara, Adana, Antalya, Burdur, Bursa, Eskişehir İstanbul, Isparta, İzmir, İçel, Karabük, Konya, Kütahya, Samsun, Trabzon olarak tercih edildi. Bu illerdeki öğrenci, mukim veya en az bir aydan beri Türkiye’de bulunan Somali vatandaşı bayanlar ile görüşüldü.

Öncelikle bu çalışma için anket formunu cevaplayacak kadar zamanının olup olmadığı soruldu. Zaman ayırması halinde anketimizin konusu, içeriği, amacı ve hedefi sarıh şekilde izah edilerek cevaplamak isteyip istemediği soruldu. Olumlu cevap alındığında anket uygulanıldı. Olumsuz cevap alınanlara ise iyi temenniler dilendi ve ayrıldı. Araştırmamızda invaziv, cerrahi, bireye dokunan, stres yaratan, herhangi bir nedenle bireyi sınırlayan veya bedenine ilişkin hiçbir uygulama içermedi. Çalışma; sadece anket üzerinden sorulan soruları cevaplamak şeklinde yapıldı.

En az 200 kişiye ulaşma hedeflenen bu araştırmada 211 bireye ulaşıldı. Araştırmanın güç analizi yapıldı(Küçük Gürbüz, 2019). Güç analizi olarak Two-Sample T-Test Power Analysis kullanıldı (Ek.1. Power Analizi). % 99 istatistiki doğruluk ile belirlenen en az 174 denek ideal sınır olarak alındı. Grup örneklem büyüklüğü için

87'lik iki grup arasında 1,1'lik bir farkı tespiti için %99 doğruluk belirlendi. Tahmini grup standart sapmaları 1,9 ve 1,6 ile 2,2 olarak anlamlı kabul edildi. Çift taraflı iki örnekli t testi kullanılarak 0,05000 düzeyi referans olarak belirlendi. İstatistiki olarak toplam n=174 için % 99,99 doğruluk kabul edildi (Machin, Campbell, Tan, & Tan, 2011; Zar, 1999). Araştırma da n=211 olarak yapıldı.

Daha önce somalili öğrenciler tarafından somali'de yapılmış (Abdullahı, 2017) benzer çalışmalar ya da Somalili kadınlar üzerinde yapılmış farklı konular (Büşra M İsmail) işlenmiş olmakla beraber aile planlaması üzerinde yapılmış hiçbir çalışma mevcut değildir. Bu anlamda Türkiye'de yaşayan somalili kadınlar üzerinde coğrafyayı tarayan geniş kapsamlı aile planlaması ile ilk çalışmadır.

Maryan ve ark., Kampala'da somalili 317 birey üzerinde yapmış oldukları benzer bir çalışmada ortalama yaş 30,4 iken Türkiye'de bizim 211 birey üzerinde yapmış olduğumuz kapsamlı çalışmada yaş ortalaması 33,96 dir. Kenya'da yapılmış olan bu çalışma somalili mültecilerin komşu ülkeye ilticalarını içerdiği için yaş ortalaması düşük olmuştur. Oysa bizim yaptığımız çalışmada Türkiye'ye gelen bireyler eğitim, iş kurmak, ticaret yapmak ve benzeri ihtiyari olduğu için yaş ortalaması bu düzeyden daha yüksekti (Abdulahi, 2020).

Ahmed ve ark., üreme çağındaki 360 somalili kadınla yapmış oldukları bir çalışmada ortalama evlilik yaşı 18 yaş iken Türkiye'de gerçekleşen bizim çalışmamızda ortalama evlilik yaşı 18-23 yaş arasında idi. Ahmed'in yapmış olduğu çalışmada evlilik yaşının düşük (Ort: 18 yaş) olmasının nedeni erken yaşta evliliğin yaygın olmasıdır. Bizim yaptığımız çalışmada ise Türkiye'de yaşayan Somali'li kadınların bireysel olarak kendilerini geliştirmek, eğitmek ve kimisinin ise iş-ticaretle uğraşmalarından dolayı evlenme yaşı daha geç (Ort: 20,6) olarak tespit edildi (Ahmed et al., 2014).

Hamza'nın Somali'de, Somaliland'de yaşayan Somalili 385 birey üzerinde yapmış olduğu araştırmada ortalama evlilik yaşı 18-19 yaş aralığında tespit etmiştir. Bizim çalışmamızdaki ortalama evlenme yaşı (Ort:20,6) bu çalışmadan daha yüksektir (abdullahı, 2017).

SHDS'in 2020 yılında yaptığı çalışmada ortalama kadınların evlilik yaşı 20 yaş olarak tespit edilmiştir. Nedeni ise Somali'deki yaşam koşullarında erken evlilik rutin olarak uygulanmaktadır. 20-24 yaş arasındaki kadınların % 36'sı 18 yaşına geldiklerinde evlidir. 35 yaşına kadar evlenmeyen kadın hemen, hemen yoktur. SHDS'nin bu çalışması evlilik yaşı ortalaması bakımından bizim çalışmamızla birebir örtüşmektedir (SHDS, 2020).

Ahmed ve ark., üreme çağındaki somalili 360 kadın üzerinde yapmış oldukları çalışmada istenilen aile büyüklüğü sayısı üniversite eğitimi alan grup ve daha az eğitim alan grup için sırası ile 9,3 ve 10,5 çocuk olarak tespit edilmiştir. Bu araştırmada ise ortalama kardeş sayısı 5,13 olarak tespit edildi. Çalışmamızın ortalama çocuk sayısı Ahmed'in çalışmasından düşüktür. Bunun nedeni; Somali'de ortalama aile büyüklüğü Ahmed'in belirttiği gibi olsa da Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların nispeten gelir düzeyi daha iyi olan ve eğitim talepleri daha fazla olan kültür düzeyi gelişmiş ailelerden olması olasıdır (Ahmed et al., 2014).

Gele ve ark., 457 birey ile yapmış oldukları bir çalışmada(n=228) Oslo'da yaşayan Somalili bayanların ortalama doğurganlığı 4 iken Mogadişu'da yaşayanların (n=229) ortalama doğurganlığı 10,8 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda doğurganlık oranı Oslo'da yaşayan somalili bayanların doğurganlık oranından daha yüksekken (5,13) Mogadişu'daki ortalama doğurganlıktan daha düşüktür (Gele et al., 2019). Kadınların doğurganlık oranlarının refah seviyesi ve ülkelerin gelişmişlik oranı ile ters orantılı olduğu söylenebilir.

SHDS'ye göre, Somali'nin toplam doğurganlık hızı 6,9 çocuktur. Ayrıca, kadınların % 91'i 6 veya daha fazla çocuğu ideal aile büyüklüğü olarak görmektedir. Eğitimi olmayan kadınlar için toplam doğurganlık hızı 7,2 ile en yüksektir (SHDS, 2020). Bizim çalışmamızda SHDS'den farklı olarak doğurganlık hızı daha düşüktür (5,13). Türkiye'deki Somalili bayanların refah durumları, ekonomik girdileri ile Türkiye'nin sosyokültürel gelişmişlik oranlarına bağlı olarak değiştiği var sayılabilir. Bir diğer neden ise Somali toplumunda kadının doğurduğu çocuk sayısı ile statü kazanmasından dolayı doğurganlık düzeyi Türkiye'de yaşayan Somalili bayanlardan daha yüksektir.

Hamze'nin yaptığı çalışmada kadınların mesleki durumları sorgulanmıştır. Buna göre % 62'sinin ev hanımı olduğu, dolayısıyla kadınların yarısından fazlasının bir mesleği icra etmediğini göstermiştir (abdıllahı, 2017). Bizim yapmış olduğumuz araştırmada ise, kadınların nerdeyse çoğunun bir mesleği icra ettiği yalnızca % 36'sının ev hanımı olduğu tespit edildi. Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların artan bir taleple bireysel olarak iş sahibi olma eğiliminde oldukları kültürel olarak değişim yaşadıkça veya gelişmiş ülkelerde bulundukça çalışma zorunluluğu hissettikleri dolayısıyla çalışma eğiliminin ağır bastığı şeklinde değerlendirilmiştir. Bu, aynı zamanda somali'den gelişmiş ülkelere göç eden kadınların bireysel ekonomik özgürlüklerini elde etmek ve aileye katkı sağlamak amacıyla çalışma eğilimlerinin hızla arttığının bir göstergesidir.

Bir diğer çalışma ise Maryan ve ark., Kampaladaki somali kadınların yapmış oldukları çalışmada katılımcıların % 73'ü ev hanım olduğunu dikkat çekerken burdada mesleğe sahip olma oranı bizim çalışmamızdan daha düşüktür (Abdulahi, 2020). Kampaladaki bayanların mesleki durumlarının düşük olmasının nedeni orada mülteci olmaları ve bir çatışmadan kaçarak daha az gelişmiş bir ülkeye sığınmalarındır.

Hamze'nin araştırmasında kadınların AP bilgisi bakılmıştır. Kadınların % 60,4 ünün AP bilgisine sahip olduğu ancak %38,6'sının ise AP bilgisine sahip olmadığını tespit etmiştir (abdıllahı, 2017). Bizim çalışmamızda ise % 65,9 AP bilgisine sahip olduğu % 28,4'ü AP bilgisi sahip olmadığı tespit edildi. Hamze'nin yaptığı çalışmada AP bilgisi sahip bayanları bizim çalışmamızdan daha düşüktü. Nedeni ise Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların daha kolay AP bilgisi erişimleri ister aile hekimden ister hastaneden ama somalide yaşayan somalili bayanların bu bilgiye ulaşmaları biraz zordur. Sebebi ise kimi kadının kırsal alanda yaşamaları ve AP'na ulaşamaması kimilerinin de çatışmaya maruz kalmalarıdır.

Hamze'nin yaptığı araştırmada bayanların AP kullanmıyorsa kullanmama nedeni sorgulandığında çocuk sahibi olmak istediği için kullanmayan % 4,3 koca baskısından dolayı kullanmayan % 6,6 diğer belirtilen %36,3 yan etki korkusu % 31,0 dini inanç nedeni % 8,9 anne baskısı % 1,0 ve yanıt vermeyen % 10,9 olarak tespit edilmişken (abdıllahı, 2017) bizim yapmış olduğumuz araştırmada çocuk sahibi olmak için kullanmayanların oranı % 8,1 ayıp sayanlar % 12,8 eşinin istememesi % 4,7 gebe

kalmak istemeyen % 1, haram diyen % 8,5, hamile olan % 0,5 ve sebep belirtmeyen % 19 olarak tespit edildi. Hamze'nin araştırmasında koca baskısı (% 6,6) bizim araştırmanızdan daha yüksektir. Çocuk sahibi olmak için AP kullanmayanların oranı bizim araştırmanızdan düşüktür. Koca baskısı noktasında bizim araştırmanızın daha düşük olmasının nedeni ise kültürel farklılıklar ve buradaki bayanların daha çok kendilerini geliştirmek amacıyla eğitime ve işe odaklanmalarıdır.

Gele ve arkadaşlarının Norveç ve Somali'de yaşayan somalili bayanlar üzerinde yapmış oldukları araştırmada katılımcıların AP kullanmama nedenlerine bakıldığında Norveçtekilerin % 23,9 dine % 42,3 kocası hoşlanmadığı için % 30,6 çocuk sahibi olmak istediği için kullanmadıklarını belirtirken Somali'deki bayanlar % 76,1 dini nedenlere, % 57,7 kocası istemediği için % 69,4 ise gebe kalmak istediği için kullanmadığını tespit etmişlerdir (Gele et al., 2019). Bizim yapmış olduğumuz araştırmadaki koca baskısı, gebe kalma istemlerin ve dine bağlı nedenlerin oranı daha yüksekti. Nedeni ise kadınların orda fazla çocuk sahip olmaları kendi öz saygınlığı ve toplumdaki statüsünü belirlediği için bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur. Bir diğer sebep ise orada yaşayan bayanların koca sözü daha çok geçtiği veya kendi aralarında AP konusu açılmadığı içindir. Aile ortamı ataerkil yapı düzeni daha otoriter ve etkilidir denilebilir.

Hamzenin çalışmasında katılımcıların şuan herhangi bir AP kullanma durumları % 61,1 hayır ve % 38,0 evet olarak tespit edilmiştir (abdillahı, 2017). Bizim çalışmamız da ise % 15,2 oranında AP'nin herhangi bir yöntemi kullanılmakta ancak % 70,6 oranında herhangi bir AP yöntemi kullanılmamaktadır. Çalışmamızda katılan deneklerin büyük bir kesimi öğrenci veya eğitime dayalı bekar olduklarından ve 40 yaş üstü deneklerimizin mahremiyet duygularına bağlı olarak gizli tuttuklarından herhangi bir AP yöntemini kullanmıyor oldukları şeklinde yorumlamak gerekir. Mevcut çalışmada bekar şahıslar elenmiş olması en büyük neden olarak bizim çalışmamızdan farklılık gösterir. Aynı araştırmada kadınların medeni durumlarına bakıldığında % 3,0 boşanmış ve % 96,0 evli olarak tespit edilmiştir. Araştırmamızda ise % 27,0 bekar, % 10,9 dul, % 57,3 evli ve % 4,7 yanıt vermekten kaçınılmıştır. Hamze'nin araştırması evli bayanların bizim araştırmanızdan daha yüksek olmasının

nedeni Somali'de erken yaşta evliliğin daha yaygın olması ve araştırmamızdaki bayanların bir kısmının öğrenci olmasındandır.

Yapmış olduğumuz araştırmada aile tipi % 43,1 çekirdek aile iken % 50,2 geniş ailedir. Deneklerin % 6,6'sı yanıt vermemişlerdir. Somali'de aile yapısı genellikle geniş aile tipinde olup geniş aile modülü toplumun çoğunu oluşturmaktadır. Ancak Türkiye'de çekirdek aile ile geniş aile arasında makas daha fazla kapanmıştır. Bunun nedeni de katılımcıların bir kısmının eğitim amaçlı Türkiye'de bulunuyor olmaları ve eğitim düzeyi ortalamasının kendi ülkelerinden daha yüksek düzeyde olmasından dolayıdır.

Gelişmiş ülkelerde, örneğin Avrupa'da; Fransa 2000, Belçika 1998, İsviçre 1996 yılında tüm nüfusa %100 oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır. (İstanbulluoğlu vd., 2010). Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlar üzerinde yapmış olduğumuz çalışmada ise sosyal güvenceye sahip olanlar % 22,3 herhangi bir sağlık güvencesi olmayanların oranı ise % 73,5 dir. Somali'de sağlık sigorta yetersizliği yüksek düzeydedir. Afrika Kalkınma Bankası "*Somali ciddi bir temel ekonomik ve sosyal istatistik eksikliği ile karakterizedir*" demektedir (Plan, 2017). Somali'nin sosyal karışıklıklarından önce bile, verilerin genellikle güvenilmez olduğu da söylenmiştir (Powell et al.,2008). Türkiye'ye göç eden Somalili bireylerin ekonomik nedenler başta olmak üzere sosyal sağlık sigortaları çoğunlukla mevcut değildir. Araştırmamızda sosyal güvence oranı her ne kadar Somali ortalamasının üzerinde olsa da sadece deneklerin % 22,3'ü SG'ine sahip oldukları, % 73,5'inin sosyal güvencelerinin olmadığı görülmüştür. Sağlık güvencesi olan deneklerin bir kısmı sadece öğrenci sağlık güvencesine sahiptir. Obstetrik açıdan verimli bir aile planlaması hizmeti alabilmek için sağlık güvencesi kaçınılmaz temel bir şarttır. Sosyal güvencesi yoksa tedaviyi nasıl karşıladıklarına bakıldığında % 12,8 devlet yardımı ile % 73,9'u para ile ve % 1,9'u ise diğer açıklanmayan yöntemler ile sağlık garantisi olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların % 11,4'ü ise yanıt vermeyerek bir anlamda sağlık sigortalarının olmadığını ikrar eder niteliktedir.

Bayanların eşi ile akraba olup olmadığı sorgulandığında % 38,9 yanıtız % 20,9 eşi ile akraba olduğunu, % 40,3 eşi ile akraba olmadığını belirtmiştir. Son elli yıl içinde tüm dünyada akraba evliliklerinin yaygınlığında önemli bir azalma olmasına karşın, akraba

evlilikleri halen tüm etnik ve dini gruplarda oldukça değişen seviyelerde de olsa sık karşılaşılan toplumsal bir olgu olmaya devam etmektedir (Bittles, 1994; Bener and Mohammad, 2017). Akraba evlilikleri, özellikle bebek ölümlerine ve genetik hastalıklara olan olumsuz etkileri bakımından önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Türkiye’de son 50 yılda akraba evliliklerinin oranının, % 27 seviyesinden sadece % 11’lik bir azalma ile ancak % 24 seviyesine gerilemiş olması akraba evliliklerinin dirençli yapısına işaret etmektedir (Koç,2022). Çalışmamızdaki deneklerin eş akrabalık derecesi sorgulandığında; % 68,2 yanıtız bırakılmıştır. Bu durum, Somali kültür ve geleneklerinde aile içi bir mahremiyet parametresi olarak algılandığı için büyük bir kesimin bu soruyu cevaplamak istemediği anlaşılmaktadır. Fakat Belli bir oranda akrabalık düzeyleri olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin: % 1,4 aynı soyadı taşıdıkları % 9,0 kuzen % 10,4 uzaktan akraba oldukları % 10,0 yabancı % 0,9 yakın olmadıkları belirtilmiştir. Akrabalık düzeyi her ne kadar itiraf edilmese de akraba olmayanlar üzerinden değerlendirildiğinde akrabalık düzeyinin yüksek olduğu öngörülebilir.

Katılımcıların % 32,2’sinin kronik hastalığı mevcut, % 47,4’ünün kronik hastalığı yoktur. Kronik hastalıklar obsetrik sağlık ve ebeklik hizmetlerinin verimli yürütülebilmesi için önemli handikaplardır. Türkiye’de yaşayan Somalili kadınların neredeyse üçte birine yakın kesiminin herhangi bir kronik hastalığı mevcuttur. Katılımcıların % 20,4’ü ise cevap vermektan kaçınmıştır. Bunun anlamı; hastalığı özel bir durum olarak değerlendirdiği için cevap vermeyenlerin de oranının önemli ölçüde olmasıdır.

Aile planlaması yönteminin maliyeti yöntemin tercihine tehdit olup olmadığını araştırdık. Aile planlaması yönteminin maliyeti tercihi etkiler diyenlerin oranı % 81,48 oranında olup katılımcıların çoğunu kapsamaktadır. Hayır, fiyat Aile planlaması yöntemini tercihimde etkili bir faktör değildir diyenlerin oranı % 18,52 düzeyindedir. Buradanda anlaşıldığı kadarıyla kadınların yöntem tercihi fiyatı etkilemektedir. Nedeni ise bireylerin sosyo-ekonomik açısından düşük gelirli olmaları, bazı bireylerin kırsaldan gelmiş olmaları ve aynı zamanda sigortanın olmaması bir diğer nedendir.

Bayanların son doğum şekli sorulduğunda % 44,1 normal doğum yaptıklarını % 10,4 sezaryenle doğum yaptıklarını ve % 45,5'i de cevap vermekten kaçınmışlardır. Doğum olayı kadını gerek gebelik gerekse doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskle karşı karşıya bırakabilecek bir süreçtir. Bu süreçte karar verilmesi gereken önemli konulardan bir tanesi kadının doğum şeklidir. Vajinal doğum milyonlarca yıldır insanların kullandıkları tabii bir doğum yöntemidir (Sönmez ve sivaslıoğlu, 2019). Ancak baş-pelvis uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, mutilasyon, distosi, iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda vajinal doğum gerçekleşmemektedir. Bu durumlarda sezaryen doğum tercih edilmektedir (Park et al., 2005). Somali'de en çok tercih edilen doğum şekli normal doğum olsa da her 10 kadından biri sezaryen ile doğum yapmaktadır.

Kadınların son gebeliklerinin sonucuna bakıldığında % 10,4'ü düşük yapmıştır. Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların 10 doğumdan birini düşük yapmış olmaları; kronik hastalıkları, doğru Aile planlaması bilgisine sahip olmamaları, aile planlamasına ilişkin yeterli sağlık bilgisine ve uygulama alışkanlığı edinmemiş olmaları ile beslenme ve diğer nedenleri akla getirmektedir.

Katılımcı bayanların sağlık personelinden AP danışmanlığı alanlar % 11,8 almayanlar ise % 73,0'dır. Somali'de sadece 1/4 doğum öncesi bakım (DÖB) verilmektedir ve verilen bakımın kalitesi düşüktür (Consultant WHO/UNFPA, 2009). Kadınların % 90'dan fazlası evde doğum yapmakta, doğumların yarısından fazlasına geleneksel doğum yaptıran kadınlar tarafından yardım edilmektedir. Kadınların yalnızca küçük bir kısmı DÖB'in önemini ya da ne olduğunu bilmektedir (UNFPA, WHO, UNICEF, UKaid and the EC., 2010-2015). Somali'li kadınların DSB'nin önemi konusunda farkındalıkları düşüktür. Sadece % 10-12'si DSB almaktadır (öner ve hassan, 2020). Bildiğimiz gibi danışmanlığın önemli olduğu, kadınların en kolay ve en çok ihtiyacı olduğu zaman o dönemlerdir. Verilen aile planlaması eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde, benlik saygısı ve cinsel sağlığın aile planlaması üzerine etkisinin belirlenip uygun girişimlerin planlanması açısından bu alanda çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.

Bayanların aldıkları AP danışmanlığı yeterliliği % 10,4 oranında yeterli düzeydedir. % 11,4 fikrinin olmadığını ve % 77,7'si ise cevap vermekten kaçınmışlardır. Danışmanlıktan fayda görüp görmediğini sorgulamamızın nedeni eksiklikleri ele alıp tamamlamak ve nerelerde eksik yapıldığını tespit etmektir. Böylece danışmanlık eğitiminin artırılmasına altyapı hazırlamış olmaktır. Somali kültür ve geleneğinde aile planlaması gibi aile içi özel meselelerin konuşulması doğru görülmediği için deneklerin neredeyse 8/10'u herhangi bir görüş beyan etmekten kaçınmıştır. Kültürel olarak kapalı toplumlarda en korkulan durum ifade edilmemektir. İfade edilmediğinde ebelik Aile planlaması hizmetinin, yeterli obstetrik sağlık hizmetinin alınabilmesi mümkün değildir. Buna ilave olarak toplumun aile planlaması bilgisinin düzeyini ölçmek mümkün olmamaktadır.

Kadınların aldıkları AP danışmanlığı eşi ile alıp almadıklarına baktığımız zaman % 1,9 kendisi aldığı halde eşinin almadığını, % 5,2 eşi ile beraber aldıklarını ifade etmişlerdir. % 82,5 ise cevap vermekten kaçınmıştır. Bir diğer önemli konu ise eşlerin eğitime beraber alıp almadıkları kadınları ne kadar ilgilendiriyorsa erkeklerin de bu konu üzerinde önemli bir etkileri olmaktadır. Eşlerin hep birlikte bilinçlendirilmesi önemlidir (Vouking, 2014; Amos, 2019). Somalili kadınların eşleri ile arasında Aile planlaması konusunun konuşulması bile özel mahrem bir yere sahiptir. Bundan dolayı da Somali toplumunda olduğu gibi Türkiye'de yaşayan kadınların da Aile planlaması bilgilerini ifade etmekten kaçındıkları görülmektedir. Eşleriyle beraber aile planlaması hakkında bir ebeden bilgi alanların oranı 100 çiftten sadece 5 çifttir. Bu ise çok düşük bir orandır. Geleneksel ve kültürel bir künt olarak eğitilmiş olsalar bile bu konunun konuşulmuyordu ifade edilebilir.

Katılımcıların kullandıkları AP yöntemi eşi ile seçip seçmedikleri sorgulandığında % 9,0 eşi ile seçmedikleri belirtirken % 9,4 kullandığı yöntemin eşi ile beraber seçtikleri ve % 81,5 soruyu cevapsız bırakmıştır. İnsanın doğası gereği evlilikte kadın ve erkek arasındaki uyum eskiden beri önemli bir sorun olmakla birlikte, günümüzde uzmanların ilgilenmesi gereken bir durum haline gelmiştir. Çünkü aile, sadece iki kişinin bir araya gelmesiyle oluşan bir kurum değildir. Her şeyden önce bu iki kişinin birbirine uyması, ailenin sürekliliği için zorunludur (Sayın 1990). Aile planlaması yöntemini eşleriyle beraber tercih edenlerin oranı 100 eşten 9 çifttir. Gelişmiş ülkelerle

kıyaslandığında bu oran oldukça düşüktür. Yurt dışında ve Türkiye’de yapılan araştırmaların bulguları, uyumlu bir evliliğin birçok değişkenden etkilendiğini göstermektedir (Saridoğan vd, 2005).

Türkiye’de yaşayan Somalili kadınların kullandıkları Aile planlaması yönteminden memnuniyet oranı (% 12,8) çok düşüktür. Gerçekte bu çok düşük bir rakamdır. Kullandıkları halde memnun olmayanların (% 3,3) memnuniyetsizlik değerlendirmeleri farklıdır. Memnuniyet ya da memnuniyetsizliğin ifade edilmesini bile kültürel ve geleneksel değerler içerisinde çok büyük bir oranda (% 83,9) mahrem görmektedirler. Bu durum aile planlaması yöntemlerinin verimli ve etkili kullanılabilmesini zorlaştırır. Dolayısıyla kadın sağlığı, bundan dolayı da çocuk sağlığı bakımından sorunlar yaşanabilir. Aile planlaması yöntemlerinin kullanılması ve bu yöntemlerden memnuniyet oranı cinsel hayatın devamı açısından hayati bir öneme sahiptir. Cinsellik, cinsel doyumu ve iki insanın uyum içerisinde beraberliklerini içeren sosyal kurallar, değer yargıları ve tabularla belirlenmiş biyopsikososyal yönleri olan özel bir yaşantıdır (Guida et al., 2005). Bireylerin kullandıkları bu yöntemi memnun değil ise nedeninin araştırılması kadının nasıl bir olumsuz yan etki oluşturduğunu sorgulanması ona göre kadının yaşantısını düzeltilmesidir.

Çalışmaya katılan bayanların kullandıkları AP yönteminden memnun değil ise nedeni sorgulandığında fikri olmayanların oranı toplam katılımcıların yüzde ikisinden daha azdır. Ağrı ve rahatsızlık % 1,42, baş ağrısı % 0,47, sürekli alma zorunluluğu % 1,42, süresinin kısa olması % 0,47 oranında rahatsızlık durumlarını ifade etmişlerdir. Cinselliğin insanın bireysel varlığını devam ettirmek için yaşamsal bir işlevi olmasa da, yaşam kalitesini oluşturan öğeler arasındadır. Evlilik ilişkisinin sürdürülmesinde önemli bir yeri vardır. Cinsellik çok boyutlu, multidisipliner ve interaktif bir süreç olmasından dolayı pek çok faktörden etkilenmektedir (Guida et al., 2005; Gabalci and Terzioglu 2010). Türkiye’de yaşayan Somalili kadınların her ne kadar eğitim düzeyleri belli bir seviyenin üzerinde olsa da cinselliğin bir gereksinimi olarak aile planlamasının konuşulması iyi görülmemektedir. Evlilik ilişkisinin sürdürülmesi ve neslin devamında interaktif bir süreç olan cinselliğin rasyonel ve etik eğitiminin verilmesi ve sürdürülmesi zorunlu gibi görünmektedir.

Katılımcıların kullandıkları AP'dan eş memnuniyeti % 81,8'dir. Geri kalan yüzdeler ise cevap vermekten kaçınmışlardır. AP'nın memnun kalma durumu kadınlar için ne kadar önemliyse erkekler için de önemlidir. Çünkü her iki çifti ilgilendiren ve ortak karar verilmesi gereken bir konudur.

Çalışmaya katılan bayanların büyük çoğunluğu kullandıkları AP yöntemini (% 91,11) para ödeyerek satın almak şeklinde temin ettiklerini ifade etmişlerdir ($p<0,05$). Bunun dışında bulduğu sürece kullananlar ile para ödemedi alanların oranı eşit olmak üzere (% 2,22) düşüktür. Temin yöntemini belirtmediği halde bir şekilde temin ettiğini ifade edenlerin oranı % 4,44'dur. TNSA 2018 verilerine baktığımızda; % 52 gibi bir oranda modern yöntem kullananların kamu kurum ve kuruluşlarından tedarik ettikleri görülmektedir (TNSA 2018). Uluslararası ve ulusal araştırmalara bakıldığında modern yöntemlerin tedariki kamu kurum ve kuruluşlarından sağlandığı üzerine yaptığımız çalışmamızla benzerlik göstermiştir. Kadınların modern yöntem tedariklerinde bilinçli bir tutum sergilediklerini, kamu kurum ve modern yöntemlerin ücretsiz temini ülkenin refah düzeyinin artmakta olduğunu göstermiştir. Aile planlaması yönteminin maliyeti yöntemin tercihi tahdit olup olmadığını da araştırdık. Aile planlaması yönteminin maliyeti tercihi etkiler diyenler yüksek (% 62,56) oranındadır. Hayır, fiyat aile planlaması yöntemini tercihimde etkili bir faktör değildir diyenlerin oranı (% 14,22) daha azdır. Türkiye'de AP temin etme durumlarına bakıldığında çoğunun ücretsiz olarak kamu yada sağlık ocaklarından aldıkları görülmektedir. Fakat Somali'de ülkenin genel durumu, otorite boşluğu ve sağlık sunumu maliyeti dolayısıyla kullanım yaygınlığını etkilemektedir.

Çalışmaya katılanların daha önce herhangi bir aile planlama yöntemine kullandığı halde sonradan bir şekilde bırakan olup olmadığı katılımcılara soruldu. Katılımcıları az bir kısmı (% 7,98) kullandıkları bir yöntemi değişik nedenlerden dolayı bıraktıklarını ifade ettiler. Katılımcıların neredeyse tamamına yakını (% 92,02) daha önce kullanmaya başlayıpta bıraktıkları bir yöntem yoktur ($p<0,05$). Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı halde bırakanlara neden bıraktıklarına ilişkin soruya nedeni olmadığını beyan edenler en yüksek düzeydedir (% 27,78). Adet düzensizliği, gebe kalma isteği için aile planlaması yöntemini bırakanların oranı her ikisi için de eşit olmak üzere % 16,67 oranındadır. Ağrı ve sızı şikayeti, eşinin istememesi ve kanama

artışı aynı oranlarda olup % 11,11 oranlarında'dır. % 5,56 sı fikir beyan etmekten kaçınmıştır. 2018 TNSA verilerine göre kadınların yöntem bırakma nedenleri olarak; (% 38) gebe kalma isteği, (% 19) yöntemi başarılı kullanamama, (% 9) yan etki ve (% 7) daha da etkili yöntem kullanma isteme çıkmıştır (TNSA 2018).

Çalışmaya katılanlarının kaç yıldan beri bir AP yöntemi kullandıkları sorgulandığında Aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini bir yıldan beri kullananların oranı (% 29,17), iki yıldan beri kullananların oranı (% 18,75), üç yıldan beri kullananların oranı % 6,25 ve dördü yıldan beri kullananların oranı % 8,33'tür. Aile planlaması yöntemlerinden Herhangi birini 5 ila 30 yıl arasında kullanıyor olanların oranı toplam içinde % 1'lik dilimin altındadır.

BÖLÜM 11

SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de yaşayan 15-49 yaş arası Somalili kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma durumlarının ve AP yöntemleri kullanımına yönelik plan ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Çalışmamızda yaş ortalaması 34,02, eş yaş ortalaması 39,87, ortalama aile büyüklüğü fert sayısı 7,42 olarak gerçekleşmiştir. Bu sonuçlar somali nüfus verileri ve diğer gelişmiş ülkelere göç eden somalili göçmenlerin durumu ile paralellik arz etmektedir (Gele et al., 2019; Abdulahi et al., 2020).
- Ancak Somali çevresindeki ülkelere Somali'deki sosyopolitik karmaşadan dolayı göç eden ve göçmen kamplarında yaşayan somalili toplulukların durumlarından farklıdır (Agbemenu et al.,2019). Kadın erkek yaş farkı gelişmiş ülkeler dışında genellikle benzerdir.
- Türkiye'de yaşayan Somalili bireylerin ortalama gelir düzeyi 8192,90 TL (araştırmanın yapıldığı zaman dilimi=2022 Eylül) olarak görünüyor ise de; 50.000 TL üzerinde aylık geliri olan 7 aile (% 3,98 ve toplam içinde % 3,32'ye tekabül eden kısmı çıkarıldığında hane halkı ortalama geliri alt sınırı ortalaması 5500,66 TL olarak gerçekleşmiştir. Bu durum; Türkiye'de yaşayan Somalili bireylerin çalışma alanları, meslekleri ve mesleki en düşük- en yüksek kazanç oranı göz önüne alındığında 2022 yılı asgari ücretine (2023 yılı için 8.506,80 TL) yakın bir rakamı ifade etmektedir. Verilerimizin doğruluğunu kanıtlarcasına bu gelir düzeyi her ne kadar ailenin gelir düzeyi olarak ifade edilse de birey başına düşen kazanım miktarı bu rakamın altındadır. Dolayısıyla Somalili ailelerin yaşantıları Somali standartlarının çok üzerinde olsa da Türkiye'deki asgari ücretin düzeyinde veya altında kalmaktadır.

- Türkiye'de yaşayan Somalili bireylerin evlilik süreleri uzunluğu ortalama 13,39 yıldır. Bu da genellikle genç nüfusun Türkiye'de bulunduğu açık bir kanıttır.
- Hane içi yaşayan mevcut nüfus ortalaması 4,65 birey olup Türkiye dışında gelişmiş ülkelerde yaşayan somalili nüfusun aile içi birey ortalaması ile benzerdir (Gele et al., 2019).
- Katılımcıların evlilik yaşları (ort: 20,63) ile gebelik yaşları (ort:20,34) birbirlerine çok yakındır. Çalışmaya katılanların ilk çocuk talepleri aile ve kabile baskısına dayalı olup hemen istemelerine bağlı olarak şekillenmektedir. Dolayısıyla evlilik yaşı ile ilk gebelik yaşı arasında önemli bir bağ mevcut olup çok kısa bir süre vardır ($p<0,05$).
- Somali'li bayanların gelenek ve töreleri gereği ilk gebelik yaşı evlilikle beraber olduğundan bu dönemde aile planlaması yöntemlerinin etkin ve doğru kullanılması söz konusu değildir. Aile planlamasının ilk gebelik itibari ile yapılmaması demek aynı zamanda gebeliğin sağlığı, ebe hizmetlerinin etkin şekilde verilmesi, gebe'nin takibi ve bebeğin sağlığı ile sağlıklı doğmasını da içine alan anne-bebek sağlığını etkilemektedir. Evlilikle beraber gebelik düşünülmesi olağan olsa bile anne ve bebek sağlığı açısından bunun doğru planlanması ve ebelik hizmetlerinin etkin şekilde alınması ile gebelik sürecinin sorumlu ebe tarafından sağlıklı bir şekilde takibini güçleştirmektedir.
- Katılımcıların gebe kalma sayıları ile yapmış oldukları doğum arasında çok yakın bir ilişki mevcuttur ($p<0,05$). Ortalama 5,13 doğum yaparak ortalama 5,51 oranında gebe kalmışlardır. Aradaki fark istemeden yapılan abortların oranı ile (Ort: 1,15) uyumlu durumdadır.
- Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaşta olması gerektiği düşünceleri ortalama anne yaşının 19,36 (Std D: $\pm 3,175$) olması gerektiği yönündedir. Yine benzer şekilde sağlıklı bir gebelik için anne hangi yaştan sonra gebe kalmamalıdır diye sorulduğunda gösterilen ortalama yaş 42,29'dur (Std D: $\pm 4,686$). Somalili kadınlar 19 yaşını evlilik için olması gereken ideal ve zorunlu yaş olarak, 42 yaşını da bir gebeliğin artık olmaması gereken yaş olarak düşünmektedirler.

- Somalili bayanların çocuk sayısına göre saygınlığının arttığına kültürel ve kabilevi töresel olarak değerli kabul edilmesi doğum aralıklarını kısaltmaktadır. Türkiye'de yaşayan somalililerin de durumu farklı değildir. Erken yaş evliliği yaygın olduğu için 19 yaş ortalaması görünüyor olsa da çocuk yaşta evlilikler yaygın olup Türkiye'de yaşayanlar arasında da mevcuttur. Bu çalışmada bunlar da gösterilmiştir. Bir kadının doğum yapmaması gereken yaşın 42'den sonra olması kanaati yaygındır. Gerek çocuk sayısı, gerek evlilik yaşı gerekse gebe kalmama yaşı yeterli sağlık bilgisi alınmadığı, aile planlaması hizmetlerinin bilgilendirmesinin eksik olduğu anlamı taşımaktadır.
- İki gebelik arasındaki süre sorulduğunda genel yaygın kanat ortalama olarak 1,42 yaş olmalı şeklinde değerlendirilmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bu aralık açılmaktadır. Katılımcılar ortalama 3,23(STD.D: ±5,44) süresince aile planlaması yöntemi kullanmaktadırlar. Burada standart sapmanın yüksek olması kültür ve gelenek gereği aile planlaması kullanmayanlar ile kullanımını inanç ve töreye bağlayanlar etkili olmuştur. İki gebelik arasındaki süreç aile planlaması standartlarına uymamaktadır. Genel kanaat olarak belirtilen bir buçuk yaşın altındaki gebelik süresi gebeliğin sağlığı, aile planlaması hizmetlerinin verilmesi, ebelik sağlık sunumunun yeterli ve etkin şekilde yapılması için imkansız bir zaman dilimidir. Bu gebelik aralığında sağlıklı bir doğum ve sağlıklı bir aile planlaması sunumunun ebelik hizmetleri yapılması düşünülemez.
- Türkiye'de Yaşayan Somalili bayanların büyük çoğunluğu üniversite mezunudur (Ort: % 35,5). Azalan bir sıralama ile sırasıyla ilkokul (% 18), lise (% 13,7), ortaokul (% 11,8) okuma yazma bilmeyenler (% 10,9) ve lisansüstü eğitim görenler (% 10,0) şeklinde sıralanmaktadır. Eşlerinin eğitim durumları da sırasıyla üniversite mezunu (% 22,7) lise ve ortaokul mezunu (% 11,4), lisansüstü eğitim görmüş olanlar (% 3,3) biçiminde olup ilkokul mezunu (% 8,5) ortalamadadır. Türkiye'de yaşayan Somali'li bayanların eğitimlerinin eşlerine göre lisans düzeyinde daha iyi oldukları ilk, orta ve lise düzeyinde birbirlerine benzer veya yakın oldukları söylenebilir. Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların eğitim ortalamalarının lisans düzeyinde eşlerinden daha yüksek olması Somali toplumunun da kadınlar için eğitimin farkındalığını

anlamış oldukları şeklinde yorumlanabilir. Eğitim düzeyi yükseldikçe aile planlaması sunumunu doğru ve etkili şekilde alınması da kaçınılmaz olacaktır. Bir umut olarak bayanların eğitiminin önemsenmesi çok önemli bir parametre olarak değerlendirilebilir.

- Katılımcıların ortalama % 45,5'i bir iş yerinde çalışmakta olup yarısından fazlası (% 51,7) ev hanımı veya işsizdir. Ev hanımı olanların bu sayı içerisindeki oranı % 36 ile 1/3'ten daha yüksektir. Eşlerin çalışma oranı bayanlardan daha yüksek olup yarısından fazlası (% 55,0) fiili olarak çalışmaktadır. Çalışmayan eş oranı sadece % 1,4 tür. Erkeklerde çalışmayan birey sayısı çok az olmakla bayanların özellikle ev hanımı olarak tercihi ön plandadır. Bu da somali toplumunun genel aile yapılanması ile benzerdir.
- Eşlerin çalışma alanları genellikle gizli ve belirsiz tutulmuştur. Ticaret, işçilik, serbest meslek ve memuriyet ifade edilirken yarısına yakını (% 46) eşlerinin mesleklerine ilişkin bilgi vermekten kaçınmıştır. Eşlerin gününbirlik işlerde, geçici istihdam alanlarında veya benzer şekilde çalışıyor olmaları muhtemeldir. Eşleri çalışan ve belli bir gelirin üzerinde olan bayanların aile planlaması hizmetlerini daha rahat alabilme imkanları olacaktır. Ne var ki Türkiye'de yaşayan Somali'li bayanların da dörtte üçü ev hanımıdır. Bu husus kültür ve geleneğe bağlı olarak kadının çalışmasını sınırladığı gibi bireysel ekonomik özgürlüğünü, sağlık sunumundan ve aile planlaması hizmetlerinden yararlanma düzeyini de etkiler.
- Çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlası (% 50,2) geniş aileye sahip olup çekirdek aile oranı (% 43,1) nisbeten düşük düzeyindedir. Her ne kadar geniş aileye sahip birey sayısı fazla olsa da ortalama aile büyüklükleri ile orantılı değildir. Geniş ailelerin aile planlaması ve anne bebek sağlığı ebe hizmetlerinin alınması hususunda çekirdek aileden daha az imkana sahip olduğu bir gerçektir.
- Türkiye'de yaşayan Somali'li bayanları 3/4'ünün (% 73,5) herhangi bir sosyal güvenceleri mevcut olmayıp ($p < 0,05$) sosyal güvencesi olanların oranı ortalama (% 22,3) yaklaşık 1/5 düzeyindedir. Sosyal Güvencesi olmayanların 3/4 yakını (% 73,9) sağlık ve Tedavi masraflarını ücretli ($p < 0,05$) olarak yaptıkları, % 12,8'inin devlet yardımı ile sağlık güvencesi içerisinde oldukları görülmektedir. Sosyal güvencenin olmayışı gebe kalma, gebeliğin takibi,

planlanması, önlenmesi gibi sağlık hizmetlerini içeren aile planlaması hizmetlerinden yararlanamaması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla bu durum Türkiye'de yaşayan Somali'li bayanların aile planlamasını kullanmasını doğrudan etkilemektedir.

- Araştırmamıza konu olan Türkiye'deki Somalili bayanların yaklaşık üçte biri bekar olup lisans ve lisansüstü eğitim görmektedir. Bu bireylerin sadece eğitim noktasında sigortalılıkları söz konusu olup kapsamlı sağlık güvenceleri mevcut değildir. Aile planlaması veya gebelik takibi söz konusu olmadığından ebelik hizmet sunumu yönünden popülasyonun bu üçte birlik kısmının değerlendirme noktasında yorumlanması doğru görünmemektedir.
- Evli bayanların eşlerinin akrabalığı daha düşük düzeyde olup (% 20,9) akraba olmayan eşlerin oranı (% 40,3) daha yüksektir. Akraba olanlar içinde uzaktan akraba (% 10,4) ve kuzen (% 10) olanların oranı yüksektir. Kültürel ve geleneksel olarak içe kapanık ve akraba evliliği yüksek olan kabile yaşamı güçlü, bağları kuvvetli olan Somali gibi bir topluluğun evlilikte akrabalık düzeyinin bu oranlarda olması şaşırtıcıdır. Birleşmiş Milletler ve diğer sivil toplum kuruluşları tarafından yapılmış diğer çalışmaların aksine Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların akraba evliliği gelişmiş ülkeler gibi olmasa da kayda değer derecede düşüktür. Bu durum son dönemde ülke içinde geçmişten günümüze yapılmış sosyokültürel çalışmaların meyvesini vermeye başladığı şeklinde yorumlanabilir. Bununla beraber belli bir ekonomik düzeyin üzerinde oldukları için Türkiye'de eğitim alabilme fırsatını yakalamış olan bu bireylerin sosyo kültürel değişiminin bir ifadesi olarak düşünülmelidir (İslam, 2017; Anwar et al., 2020).
- Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların 1/3'ünün (% 32,2) bir kronik hastalığı mevcuttur. Kronik hastalığı olanların içinde en yüksek Oranı (% 11,8) gastrointestinal sistem sorunları oluşturmaktadır. Bu kronik hastalık gelir düzeyi düşük olan bireylerde daha yüksek frekansta görünmektedir. Bir kronik hastalığı mevcut olan bireyler arasında ikinci en yüksek oran % 6,2 ile diyabet hastalarıdır. Diyabeti en yakın düzeyde görülen kronik hastalık (% 5,2) hipertansiyon olup bir kısmında hipertansiyon diyabete eşlik etmektedir diğerlerinde ise hipertansiyon tiroid sorunları ile birlikte dir. Kronik obstetrik sorunlar dile getirilmemekte bunların ifşası ayıp ve günah sayılmaktadır.

Dolayısıyla kronik obstetrik sorunlara ilişkin verilere ulaşımımız mevcut değildir.

- Gebeliklerin planlanıp planlanmadığı hususunda cevap verme güçlüğü yaşanmaktadır. Toplam bireylerin yarısından az fazlası (% 53,1) gebelik planlanması hakkında konuşmayı tercih edebilmiştir. Bunların 1/3'ü (% 36,5) gebeliklerini herhangi bir şekilde planlamadıklarını, gebeliğin planlanan bir şey olamayacağı kanaati taşımaktadırlar. Bu popülasyonun 1/3'ünden fazlasının planlama yapmadığı gebelikte % 10,4 oranında son gebelikleri abort ile sonlanmıştır. Gebelik sürecinin abort ile sonuçlanması hangi trimesterde olduğu bilgisi mevcut değildir. Nüfusunun hemen tamamının (% 99,7) mutilasyona uğradığı Somali toplumunda abortların bir kısmının nedeninin kadın genital sünneti olabileceği rahatlıkla söylenebilir. Ancak bunun için yeterli veri mevcut değildir. Popülasyonun abort % oranına yakın bir oranda (% 10,4) sezaryen mevcuttur. Sezaryen nedeni bazı ülkelerde (Gure et al., 2016; Warsame, 2017; Chukwumalu et al.,2017) çalışılmış olmakla beraber ülkemizde buna ilişkin veri yoktur. Bu konu çalışma alanımızın da dışında olduğundan özgün olarak ele alınmamıştır.
- Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların aile planlaması hakkındaki bilgileri değişkendir. Herhangi bir aile planlaması yöntemini bilenlerin oranı yarısından fazla (% 65,9) olup neredeyse üçte biri (% 28,4) hiçbir aile planlaması yöntemini bilmediğini ifade etmektedir. Bu durum geleneksel tutumun getirmiş olduğu katı kurallar, eğitim eksikliği, sağlık sunumu yetersizliği, sağlık bilgi ağının mevcut olmaması, merkezi sağlık otoritesinin yeterli miktarda eğitimci personele sahip olmaması gibi Somali'ye özgün nedenlerle açıklanabilir. Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların en çok bildikleri aile planlaması yöntemi hap, kondom ve enjeksiyondur. Daha yüksek oranda (% 9) kontraseptif hap kullanımı, % 7,6 ile RİA ve % 5,2 oranında enjeksiyon-kondom (% 5,2) kullanımı söz konusudur. RİA ve enjeksiyon uzun süreli kontrasepsiyon sağlama bakımından rahat görüldüğü için kullanılmaktadır. İmplant, vazektomi, spiral, tüp ligasyon, gibi yöntemler neredeyse hiç bilinmemektedir.

- Eşlerinin aile planlaması hakkında bilgilerinin olup olmadığı hususu cevaplamaktan kaçınılan bir durum olmuştur. Eşlerinin aile planlaması hakkında bilgilerinin olduğunu net olarak ifade edenlerin oranı 1/5'den (% 19,8) daha düşüktür. Geleneksel ve kültürel kapalılık durumu bireylerin birçok konuda fikir beyan etmemeleri ya da susmalarını sağlamıştır. Bu hususta onlardan biridir. Aile planlaması bilgisini eşiyle beraber alanların oranı sadece % 8,1 dir. Katılımcıların yarısından daha fazlası aile planlaması bilgisini kendi başlarına almışlardır. Aile planlaması bilgisini genellikle akraba ve komşular üzerinden (% 22,3) ya da gazete dergi ve televizyondan (% 15,2) almışlardır. Geleneksel kültürleri içerisinde Somalili bireylerin mahrem kabul ettikleri hususta ne tür bir bilgiyi ne miktarda aldıkları belirsizdir. Akraba komşu ve yakınların doğru bilgilendirmiş olabilme ihtimali son derece düşük görünmektedir. Gazete, radyo, televizyon gibi duyuşal basın yayın organlarının sistematik doğru bilgi veremeyecekleri açık ve nettir. Dolayısıyla toplumsal olarak aile planlaması bilgisinin yetersiz, dağınık ve sağlıklı alınmadığı nettir. Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların tıp, hemşirelik, ebelik, fizyoterapi gibi sağlık bilimlerine ilişkin bölümlerinde okumuş ya da okuyan bireylerin sağlıklı cevaplamaları kümülatif popülasyon içerisinde yüksek oranda değildir.
- Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların aile planlaması hakkındaki düşünceleri mahremiyet dışında çok karışıktır. Katılımcıların mahrem saydığı düşüncelerini açığa vurmak istemediği alanların başında gelmektedir. Bundan dolayı da fikir beyan etmekten kaçınmak (% 27), sağlıklı olmadığını (% 10,9), iyi bir şey olmadığını ifade etmek, doğacak çocuğa zarar vereceğini düşünmek gibi farklı algıları mevcuttur. Aile planlamasının yapılabilir olduğunu ve iyi bir şey olduğunu beyan edenlerin oranı <% 1 dir. Aile planlamasına karşı olduklarını (% 15,6) ya da günah ve vebal saydıkları için (% 8,1) yapmadıkları müşahade edilmektedir. Bu çalışmadan elde ettiğimiz bu sonuçlar Somali geleneksel ve kültürel yapısından daha iyi olmakla beraber kapalı geleneksel kabuk eğitime rağmen kırılabilmiş değildir. Nedeni belirsiz olarak aile planlamasına karşı duranların oranı inanca dayalı günah sayanların oranından neredeyse iki kat daha fazladır. Bu durum Somalili bayanların aile planlamasına ilişkin düşünce ve yaklaşımlarının dini bir inanca bağlı olmaktan çok kültürel geleneksel bir yapılanması olduğunun açık kanıtıdır. Bunun yanı

sıra, eşlerinin aile planlaması talepleri % 13,3 ve karışıklıkları % 14,7'dir. Bu sonuç; Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların gerek kendi eğitimleri gerekse eşlerinin eğitim düzeyleri ile Türkiye'nin modern yapısı, iletişim imkanları ve aile planlamasına ilişkin sağlık alanında bilgilendirme yeteneği kapasitesinin son derece arttığına açık bir göstergesidir. Ancak buna rağmen yetersizdir.

- Aile planlaması uygulayan bayanların kendilerinin korunduğunu ifade edenlerin oranı (% 9) oldukça yüksek olup eşleri korunanlar ise < % 1 düzeyindedir. Günah olduğu için uygulamayanlar (% 10,4), ihtiyari olarak istemeyenler (% 8,5), eşi istemeyenler (% 8,5) çoğunluktadır. Anlaşılmaktadır ki, aile planlamasına karar vermektan daha ziyade aile planlamasının olup-olmaması noktasında kültürel ve geleneksel ciddi bir bariyer mevcuttur. Bu durum her ne kadar Somali'deki benzer verilerden daha iyi görünüyorsa da Türkiye gibi gelişmiş ülkelerin çok fazla gerisindedir. Belki de aile planlamasına ilişkin broşür, dergi veya dijital materyal gibi bilgilendirici sağlık sunumlarının Türkiye'ye ilk girişten itibaren verilmesi, yardımcı sağlık personeli özellikle ebeler tarafından gerekli bilgilendirmenin yapılması yarar sağlayabilir. Nitekim sağlık personelinin aile planlaması hakkında yardım alanların oranı (% 11,8) çok düşük, almayanların oranı (% 73) çok yüksektir ($p<0,05$). Aile planlaması eğitimini herhangi bir sağlık personelinden aldığı halde memnun olmayanların oranı <% 0,5 dir. Aile planlaması hakkında ebe, hemşire gibi yardımcı sağlık personeli tarafından bilgilendirilmiş olan kadınların eşleri ile beraber bu eğitimi aldıktan sonra memnuniyetleri yeterlidir. Gelenek ve kültüre bağlı olarak bu durum Somali toplumu için olağan kabul edilse de bu hizmetin de yararlı olduğu mutlaklıdır.
- Bu çalışmayı yaptığımız süreç boyunca herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayanlar (% 70,6) kullananların (% 15,2) dört katından daha fazla görünmektedir ($p<0,05$). Durum böyle olsa da bu veriler geleneksel kültür içerisinde aile planlaması yöntemini kullanma durumu, aile planlaması eğitimi ve AP eğitimini eşiyile beraber alma verileri ile örtüşmektedir.
- Herhangi bir aile planlaması yöntemini kullandığını beyan eden kadınlar arasında kullanılan yöntemin yaygınlığı bakımından en yaygın olanı kondom (% 5,2) ve günlük hap (% 3,3) alımıdır. Bu iki yöntemin dışında enjeksiyon (% 2,8) üçüncü bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Bunların dışında rahim içi

araç, geri çekme, spiral, gibi yöntemleri kullananlar çok düşük düzeyde olsa da mevcuttur. Süreç içerisinde hap, kondom, rahim içi araç, spiral, bir aylık enjeksiyon, 3 aylık periyodik enjeksiyonlar ile geri çekme gibi yöntemlerin karışık olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu durumun ana nedeni haplara ilişkin bilgi kirliliği, spiral ve rahim içi araçlara ilişkin uzun vadede sorun yaratacağı düşüncesi, günah olduğu inancı ve yöntemlerden fizyolojik olarak memnuniyetsizliklerin olması şeklinde sıralanabilir. Aile planlaması yöntemini kullanan bayanların eşleri ile beraber mi seçtikleri yoksa bağımsız olarak mı seçtikleri istatistiki oran olarak aynı düzeydedir (% 9). Kullanılan Aile planlaması yönteminden eşinin memnuniyetinin (% 11,8 ve popülasyon içinde % 99,5) yeterli olduğu tespit edilmiştir. Bu da; aile planlaması eğitiminin veya bilgilendirmesinin bayanın kendisine yahut eşiyile beraber yapılmasına bakılmaksızın sağlık personeli tarafından yapılan bilgilendirmenin son derece etkili ve memnuniyet verici olduğunu kanıtlar.

- Kullanılan yöntemin ne olduğuna bakılmaksızın yöntem hakkındaki düşünceleri tamamen olumludur. Fikir beyan etmeyenlerin oranı % 1 lik bir seviyenin üzerinde olsa da adet düzensizliği, baş ağrısı, her gün kullanma zorunluluğu, tesirinin kısa süreli oluşu ve benzeri fizyolojik rahatsızlıklardan yakınların oranı % 1'lik dilimin altındadır. Kıymetsiz derecede eleştiriler mevcut olsa da herhangi bir aile planlaması yönteminin kullanılmasındaki memnuniyet son derece (% 96,7) verimlidir.
- Türkiye'de yaşayan Somali'li vatandaşların orta alt gelir düzeyi grubunda yer almaları ve çoğunun sosyal güvencesinin bulunmayışından dolayı aile planlaması yöntemini kendi imkanları ile temin ettikleri, yüzde birlik dilimin altındaki bir kesim de para ödemededen edinmektedirler.
- Kullandıkları Aile planlaması yönteminin neden tercih ettiklerine dair tutumları sırasıyla, güvenli olması, kullanım kolaylığı, temizlenip kullanılabilirliğinin mümkün olması, uzun süre koruma sağlaması şeklindedir. Deneklerin çoğu aile planlaması yöntemini tercih nedenlerinin baş sırasına fiyat durumunu koymuştur.

- Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayan katılımcıların kullanmama nedenlerinin başında sebep bildirmemeleri gelmektedir. Herhangi bir nedene dayalı olmadan (% 15,2) kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Geleneksel yetiştirilme tarzlarına bağlı olarak ayıp (% 11,8) gördükleri için kullanmayanlar, kültürel inanışları gereği haram (% 8,5) saydıkları için kullanmayanlar, gebe kalmak istediği için (% 8,1) aile planlaması yöntemini tercih etmeyenler ile eşi istemediği için (% 4,7) herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmayanlar oluşturmaktadır. Herhangi bir sebebi olmadığı halde kullanmayanların en üst sıralamada bulunuyor olması aile planlaması yöntemleri hakkında detaylı beyanda bulunmak istememeleri ile değerlendirilebilir. Ayıp, haram ve eşinin istememesini gerekçe gösterenler de geleneksel kültür içerisinde almış oldukları kültürel mirasın bilimin bilgi ve birikimi içerisinde henüz erimedığının açık bir göstergesidir.
- Kullanılan aile planlaması yöntemlerinin tamamı için bırakılma oranı sadece küçük bir orandır (% 5,7). Büyük çoğunluğu (% 71,1'lik kesim) başlamış oldukları aile planlaması yöntemini halen sürdürüyor olduklarını beyan etmiş ve sürdürecekleri kanaatini uyandırmışlardır. Korunma yönteminin bırakılmasının temel nedeni olarak gebe kalma isteği ile adet düzensizliği gösterilmektedir. Bunun dışında eşinin istememesi kanamasının artması nedensiz olarak terketmek gibi bırakma sebepleri de daha düşük oranlarda sıralanmıştır.
- Bütün bu sonuçlar istatistikî veriler bağlamında değerlendirilecek olursa; Evlilik yaşı, ilk gebeliğın evlilikten kaç yıl sonra olması ($p=0,02$), planlama yapılarak edinilen çocuk miktarı ($p=0,03$), kaç düşük yaptığı ile ($p=0,041$) bağlantılı ve istatistikî olarak anlamlıdır. Yine, evlilik yaşı evde bulunan kişi sayısı ile de ilintili olup istatistikî olarak güçlü anlamlıdır ($p=0,007$).
- Evlilikten sonraki ilk gebelik; yapmış olduğu doğum sayısı ($p=0,008$), kardeş sayısı($p=0,045$) ve çocuk sayısı($p=0,041$) ile ilintilidir. İlk gebeliğın evlilikten hemen sonra olması iki gebelik arasındaki sürenin de çok anlamlı derecede ($p=0,015$) kısa olması eğilimini beraberinde getirmektedir.
- Türkiye'de yaşayan somalili kadınların ilk gebelik yaşları ile planlayarak yaptıkları çocuk sayısı arasında direkt anlamlı derecede ($p=0,048$) bir ilişki mevcuttur. İlk gebelik yaşı aile planlamasını kullanım süresi veya kaç yıldan

beri aile planlaması kullandığı arasında yüksek derecede ($p=0,004$) bir bağlantı vardır. Benzer şekilde ilk gebelik yaşı ile istemeden yapmış olduğu düşük (abort) sayısı arasında çok anlamlı ($p=0,015$) bir irtibat vardır.

- İlk gebelik durumunun evlilikten kaç yıl sonra olması ile kaç defa gebe kaldığı arasında istatistiksel olarak yüksek anlamlı ($p=0,016$) bir ilişki vardır. Bunun aksine kaç kez gebe kaldı ile planlayarak yaptığı çocuk miktarı, aile planlamasını kullanım süresi ve kardeş sayısı arasında bir anlamlılık söz konusu değildir.
- Planlayarak yapmış oldukları çocuk sayısı ile evlilik yaşı ($p=0,03$), ilk gebelik yaşı ($p=0,048$), iki gebelik arasında bulunması gereken süre hakkındaki tutum ($p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olsa da bu durum annenin en son gebe kalabileceği yaş, kadının yaşı, evlilik süresi ve eş yaşından bağımsızdır. Fakat planlayarak yapmış oldukları çocuk sayısı, ile gelir durumu arasında yüksek düzeyde istatistiksel anlamlılık ($p=0,004$) söz konusudur. Evlilikten sonra ilk gebelik için geçen süre ile yapmış olduğu doğum sayısı arasında sıkı bir bağlantı mevcuttur ($p=0,008$). Yaptığı doğum sayısı ile bir kadının kaç yaşından sonra gebe kalmaması tutumu istatistiksel olarak çok güçlü bulunmuştur ($p=0,001$). Yapmış olduğu doğum sayısı fazla olan kadınların 40 yaşından sonra da doğum yapabileceği düşüncesi hakimdir.
- Tam tersine yapmış olduğu doğum sayısı ile aile planlaması kullanımını arasında ilişki bulunmamıştır ($p=0,875 >0,05$). Bu durum aile planlaması ile planlayarak çocuk yapmadıkları ($p=0,57 >0,05$) için daha yüksek miktarda çocuk doğumu şeklinde karşımıza çıkmıştır. İlk gebelik ile doğum arasına süre koymayan ve planlayarak çocuk sahibi olmayan kadınların istenmeyen düşük oranın yüksek olması anlamına gelmektedir. Bunların aralarındaki istatistiki anlamlılık ($p=0,036$) bu savımızı teyit eder niteliktedir.
- Herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmanın evlenme yaşı, ilk gebelik ile evlilik arasındaki süreç, kaç gebeliğinin olduğu, kaç çocuğu AP kullanarak yaptıkları, yapmış oldukları doğum sayısı, yaşı, eş yaşı, kaç yıldır evli olduğu, gelir düzeyi ve çocuk sayısı ile ilişkili değildir. Tam tersine kullanılan aile planlaması yönteminin ilk gebelik yaşı ile güçlü bir ilişkisi ($p=0,004$) ve bir annenin sağlıklı bir gebelik için kaç yaşından sonra gebe kalmaması ($p=0,001$) bilinci ve iki gebelik arası süre ($p=0,009$) hakkındaki tutumu ile çok güçlü bir

ilişkisi mevcuttur. Dolayısıyla aile planlaması yöntemini belli bir süreden beri kullanan Somalili kadınların ilk gebelik yaşı farkındalığı ile kaç yaşından sonra gebe kalınmaması gereği noktasında farkındalık mevcuttur. Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların yaşı ile istemeden yaptığı düşük/ düşükler arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ($P=0,005$).

- İlk gebeliğin evlilikten kaç yıl sonra olması, planlayarak yapılan çocuk sayısı, aile planlaması kullanım süresi, abort sayısı eş yaşından bağımsız görünmektedir ($p>0,005$). Eş yaşının sağlıklı gebelik için anne yaşı ($p=0,001$) ve iki gebelik arasındaki süre ($p=0,009$) ile anlamlı bir bağlantısı mevcuttur.
- Evlilik ile iki gebelik arasındaki süre, kadının yaşı ($p=0,007$), kardeş sayısı hane halkı sayısı, sağlıklı bir gebelik için anne yaşı ($p= 0,003$), eş yaşı ($p=0,008$), iki gebelik arasında geçmesi gereken süre ($p=0,035$) hane halkı sayısı ($p=0,001$) kadının aile büyüklüğü ile yakından ilişkilidir. Bu durum kültürel ve geleneksel aile modelinin köken aldığı toplumsal sosyokültürel yapının bir yansımasıdır.
- Evlilik süresinin ilk gebelik, herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanım süresi, planlayarak yapmış oldukları çocuk sayısı ile herhangi bir ilişkisi görünmemektedir. Ancak, gelir düzeyi ($p=0,013$), yapmış olduğu düşük sayısı ($p=0,009$), sağlıklı bir gebelik için anne yaşı ($p=0,001$) ve iki gebelik arasındaki süre ($p=0,006$) ile anlamlı bir bağlantısı mevcuttur. Bu durum; aile planlaması yöntemlerinin kullanımında hane halkı geliri ile bilincin kültür ve geleneği alt ettiği şeklinde yorumlanabilir.
- Gelir düzeyi, eş yaşı ($p=0,02$), kaç tane çocuğun planlanarak yapıldığı ($p=0,004$), evlilik süresi ($p=0,013$), sağlıklı bir gebelik için hangi yaştan sonra gebe kalınmaması gerektiği ($p=0,033$) tutumu ile doğrudan ilintilidir. Dolayısıyla hane refah düzeyi; ailelerin obstetrik bilinci ve bu bilincin şekillendirdiği davranışlarını etkilemektedir.
- Hane halkı büyüklüğünün, sağlıklı bir gebelik için yaş sınırı ($p= 0,001$), iki gebelik arasındaki süre ($p=0,012$), kaç yaşında evlendiği ($p=0,007$), ilk gebelik yaşı ($p=0,031$), ve gebelikte yaş sınırı ($p=0,012$) arasında anlamlı bir bağlantısı mevcuttur.

- Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların çocuk sayısı ile evlilik-ilk gebelik arasındaki süre arasında istatistiki olarak yüksek düzeyde anlamlılık mevcuttur ($p=0,004$). Aynı şekilde çocuk sayısı sağlıklı bir annenin hangi yaştan sonra gebe kalmaması gerektiği hakkındaki tutumları ile de aralarında çok yüksek düzeyde anlamlılık ($p=0,001$) mevcuttur. Sosyo-kültürel geleneklere bağlı olarak evlilikten sonraki ilk gebeliğin, dolayısıyla ilk doğumun kadının sosyal statüsü için ne kadar gerekli olduğunu açıklar niteliktedir. Kadın dişil varlığı ile doğurgandır. Dolayısıyla sağlıklı bir gebelik için yaş sınırı neredeyse yok gibidir.
- Kadının evlilik yaşı ile istenmeden yapmış olduğu düşük/ler (abort) arasında önemli bir anlamlılık ($p=0,041$) mevcuttur. Benzer şekilde ilk gebelik yaşı ile istenmeyen düşük arasında da sıkı bir ilişki ($p=0,015$) mevcuttur. Kadının yaşı ($p=0,05$) ve yapmış olduğu doğum sayısı ($p=0,036$), istemeden yapmış olduğu düşük ile ilintilidir. Aynı şekilde evlilik süresi, çocuk sayısı, kadının yaşı, iki gebelik arası olması gereken süre algısı ile istemeden yapmış olduğu düşükler arasında istatistiki olarak sıkı bir bağlantı mevcut ($p=0,009$) iken düşük sayısı, eş yaşı, planlayarak yaptıkları çocuk sayısı ve gelir düzeyi arasında bağlantı mevcut değildir. Erken dönem ve çocuk yaşta evlilik yaygın olduğundan evlilik sonrasına ait ebe hemşire gibi sağlık personelinin doğru şekilde alınmış obstetrik bilgi mevcut olmaması bu durumun ana nedeni gibi görünmektedir.
- Sağlıklı bir gebelik için annenin olması gereken yaş; aile planlaması yöntemlerinden herhangi birini kullanım süresi, eşlerin kaç yıllık evli oldukları ve evde kaç kişinin yaşadığı ile doğrudan çok yüksek istatistiki değerde ($p=0,001$) ilintilidir. Bundan üç önemli anlam çıkarılabilir. Bunlar; eşin evlilik için olgunluk yaşı ve yeterli sağlık bilgisine sahip olması çok önemlidir. Evlilik üzerinden geçen yılların vermiş olduğu tecrübe evliliğin sürdürülmesi, çocukların ve ebeveynin sağlığı için büyük öneme sahiptir. Evlilik süresi boyunca aile planlaması yöntemlerini sağlık çalışanlarından doğru, doyurucu bir şekilde alarak bunları evlilik sürecine uygulayabilmesi şeklinde açıklanabilir.

- Sağlıklı bir gebelik için anne hangi yaştan sonra gebe kalmamalıdır sorusu hakkında Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların tutumları; yapılan doğum sayısı ($p=0,001$), mevcut çocuk sayısı ($p=0,001$) ile sıkı ilişkili ancak hane halkı geliri ($p=0,033$) ve istemeden yapılan düşükler ($p=0,039$) ile normal ilişkilendirmektedirler.
- Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlar iki gebelik arasındaki süreyi; ilk gebeliğin evlilikten kaç yıl sonra olduğu ($p=0,015$), kaç çocuğu planlayarak yaptıkları ($p=0,05$), aile planlamasını kullanım süreleri ($p=0,004$), eşlerinin yaşları ($p=0,009$), kendilerinin aile büyüklükleri ($p=0,035$), kaç yıldan beri evli oldukları ($p=0,006$), istemeden kaç düşük yaptıkları ($p=0,001$), ile ilişkilendirmektedirler. Kadınlar iki gebelik arasındaki süreyi istatistiki güçlülük bakımından yüksekte düşüğe doğru; istemeden yaptıkları düşüklerle, evlilik sürelerinin periyoduna ve eşlerinin yaşlarına bağlamaktadır.

11.1. ÇIKARIM VE ÖNERİLER

- Hane içinde fert sayısı geniş ailelerde 5,92 iken çekirdek ailelerde 2,93 tür. Geniş ailelerin ortalama evlilik süresi yıl olarak 16,90 iken çekirdek ailelerde ortalama 8,33 tür. Kardeş sayısı olarak geniş ailelerde 8,3 iken çekirdek ailelerde 6,38'dir. Ailesini geniş aile olarak tanımlayan Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların evlenme yaşları ortalaması 19,52 iken çekirdek ailelerde evlilik yaşı 22,45 tir. Geniş aileye sahip, kardeş sayısı fazla olan ve yaşadığı evde fert sayısı fazla olan ailelerde evlenme yaşı düşük olup çekirdek aile için bunun tam tersi doğrudur. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da aile tipinin evlilik yaşına tesiri vardır.
- Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlarda aile tipinin çekirdek veya geniş olması evlenme yaşını etkilemektedir. Geniş tip ailelerde evlilik yaşı düşmektedir ($p=0,002$). Bu tip aile modelinde kızların erken evliliği oransal olarak fazla, istatistiksel olarak kayda değerdir ($p<0,05$).
- Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların eş tercihlerinde kendilerine yakın eğitimi olan eşler tercih ettikleri tespit edilmiştir. Bayanların eşlerinin eğitim düzeyi ile çalışıyor olmaları (herhangi bir işte çalışmak) arasında sıkı bir ilişki mevcuttur ($p=0,003$). Eğitim düzeyi arttıkça herhangi bir işte çalışanları oranı

artmıştır. Eğitim, eşlerin herhangi bir işte/ meslekte çalışmalarında belirleyici bir kriter olmuştur ($p=0,001$). Tam tersine bunların eğitim düzeyleri ile iş/meslekleri arasında bir ilişki mevcut değildir. Bu durum evlenen kadınların çalışmak istemediği/ çalıştırılmadığı için ev hanımlığını tercih etmeleri şeklinde yorumlanabilir.

- Somalili kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça sosyal güvence oranı da artmıştır. Sosyal güvencenin artmış olması daha çok sağlık personeli ile muhatap olabilme imkanı verir. Bu da beraberinde sağlıkla ilgili diğer konular gibi aile planlaması hakkında da doğru bilgilendirilme gibi bir imkana kavuşturur. Bu anlamda daha çok ebe ve hemşire ile muhatap olması, üreme sağlığı ve aile planlaması hakkında daha fazla soruya muhatap olması daha büyük bilgi dağarcığına sahip olmasını sağlar. Üniversite altı eğitim düzeyinde özellikle ilk orta lise ve dengi okullardan mezun olanların eğitim düzeyleri gelirleri ile benzer orantılıdır. Eğitim düzeyi düştükçe sosyal güvenceden mahrumiyet aynı oranda artmaktadır.

| Case Processing Summary | | | | | | | |
|-------------------------|---------------|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | | Cases | | | | | |
| | | Valid | | Missing | | Total | |
| | | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| GeliriTL_12 | Eğitim_4 | | | | | | |
| | İlkokul | 32 | 84,2% | 6 | 15,8% | 38 | 100,0% |
| | Ortaokul | 24 | 96,0% | 1 | 4,0% | 25 | 100,0% |
| | Lise | 23 | 79,3% | 6 | 20,7% | 29 | 100,0% |
| | Üniversite | 57 | 76,0% | 18 | 24,0% | 75 | 100,0% |
| | Yüksek lisans | 13 | 61,9% | 8 | 38,1% | 21 | 100,0% |

| Percentiles | | | | | |
|--------------------------------|---------------|-------------|---------|----------|--|
| | | Percentiles | | | |
| | | 25 | Median | 75 | |
| Weighted Average(Definition 1) | Eğitim_4 | | | | |
| | GeliriTL_12 | | | | |
| | İlkokul | 3200,00 | 4000,00 | 6400,00 | |
| | Ortaokul | 3625,00 | 4900,00 | 7800,00 | |
| | Lise | 4000,00 | 8000,00 | 12800,00 | |
| | Üniversite | 4800,00 | 8000,00 | 16000,00 | |
| | Yüksek lisans | 5600,00 | 8000,00 | 10000,00 | |

| Tests of Normality | | | | | | | |
|--------------------|---------------|---------------------------------|----|------|--------------|----|------|
| | | Kolmogorov-Smirnov ^a | | | Shapiro-Wilk | | |
| | | Statistic | df | Sig. | Statistic | df | Sig. |
| GeliriTL_12 | Eğitim_4 | | | | | | |
| | İlkokul | ,218 | 32 | ,000 | ,738 | 32 | ,000 |
| | Ortaokul | ,173 | 24 | ,061 | ,871 | 24 | ,005 |
| | Lise | ,236 | 23 | ,002 | ,643 | 23 | ,000 |
| | Üniversite | ,190 | 57 | ,000 | ,820 | 57 | ,000 |
| | Yüksek lisans | ,330 | 13 | ,000 | ,642 | 13 | ,000 |

a. Lilliefors Significance Correction

| Crosstab | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|--------|------------|---------------|--------|--------|
| | | Eğitim_4 | | | | | Total | |
| | | İlkokul | Ortaokul | Lise | Üniversite | Yüksek lisans | | |
| SosyalgüvenceSG_15 | Count | | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 6 |
| | | % within SosyalgüvenceSG_15 | 16,7% | 33,3% | 16,7% | 33,3% | 0,0% | 100,0% |
| | | % within Eğitim_4 | 2,6% | 8,0% | 3,4% | 2,7% | 0,0% | 3,2% |
| | Var | Count | 1 | 1 | 4 | 34 | 7 | 47 |
| | | % within SosyalgüvenceSG_15 | 2,1% | 2,1% | 8,5% | 72,3% | 14,9% | 100,0% |
| | | % within Eğitim_4 | 2,6% | 4,0% | 13,8% | 45,3% | 33,3% | 25,0% |
| | Yok | Count | 36 | 22 | 24 | 39 | 14 | 135 |
| | | % within SosyalgüvenceSG_15 | 26,7% | 16,3% | 17,8% | 28,9% | 10,4% | 100,0% |
| | | % within Eğitim_4 | 94,7% | 88,0% | 82,8% | 52,0% | 66,7% | 71,8% |
| Total | Count | 38 | 25 | 29 | 75 | 21 | 188 | |
| | % within SosyalgüvenceSG_15 | 20,2% | 13,3% | 15,4% | 39,9% | 11,2% | 100,0% | |
| | % within Eğitim_4 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

| Correlations | | | | | | | | | |
|----------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------------|------------------|--------------------|------------------------|------------------|--------------------------|
| | | | Kaçyaşındaevlendi_17 | İlkgebelikevilliktenkaçıylsonra_22 | İlkgebelikyaşı21 | Kaçkezgebekaldı_26 | Kaççocukplanlayarak_28 | Kaçdoğumyaptı_25 | KaçyıldırAPkullanıyor_49 |
| Spearman's rho | Kaçyaşındaevlendi_17 | Correlation Coefficient | 1,000 | ,246* | ,893** | -,526** | ,336* | -,495** | ,276 |
| | | Sig. (2-tailed) | | ,020 | ,000 | ,000 | ,030 | ,000 | ,070 |
| | | N | 142 | 89 | 118 | 123 | 42 | 120 | 44 |
| | İlkgebelikevilliktenkaçıylsonra_22 | Correlation Coefficient | ,246* | 1,000 | ,345** | -,248* | ,136 | -,277** | ,179 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,020 | | ,001 | ,016 | ,414 | ,008 | ,296 |
| | | N | 89 | 93 | 93 | 93 | 38 | 91 | 36 |
| | İlkgebelikyaşı21 | Correlation Coefficient | ,893** | ,345** | 1,000 | -,544** | ,306* | -,546** | ,444** |
| | | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,001 | | ,000 | ,048 | ,000 | ,004 |
| | | N | 118 | 93 | 124 | 124 | 42 | 122 | 40 |
| | Kaçkezgebekaldı_26 | Correlation Coefficient | -,526** | -,248* | -,544** | 1,000 | -,047 | ,943** | ,046 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,016 | ,000 | | ,763 | ,000 | ,774 |
| | | N | 123 | 93 | 124 | 130 | 43 | 127 | 42 |
| | Kaççocukplanlayarak_28 | Correlation Coefficient | ,336* | ,136 | ,306* | -,047 | 1,000 | -,091 | ,199 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,030 | ,414 | ,048 | ,763 | | ,573 | ,374 |
| | | N | 42 | 38 | 42 | 43 | 43 | 41 | 22 |
| | Kaçdoğumyaptı_25 | Correlation Coefficient | -,495** | -,277** | -,546** | ,943** | -,091 | 1,000 | -,025 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,008 | ,000 | ,000 | ,573 | | ,875 |
| | | N | 120 | 91 | 122 | 127 | 41 | 127 | 41 |
| | KaçyıldırAPkullanıyor_49 | Correlation Coefficient | ,276 | ,179 | ,444** | ,046 | ,199 | -,025 | 1,000 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,070 | ,296 | ,004 | ,774 | ,374 | ,875 | |
| | | N | 44 | 36 | 40 | 42 | 22 | 41 | 48 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

11.3. TANIMLAR

Anne Ölümü

Bir kadının hamileyken veya hamileliğin süresine ve yerine bakılmaksızın hamileliğin sona ermesinden sonraki 42 gün içinde, tesadüfi veya tesadüfi sebeplerden değil, hamilelik veya yönetimi ile ilgili veya ağırlaştırıcı herhangi bir nedenden dolayı ölümü.

Anne Ölüm Oranı (MMR)

Kaza veya şiddete bağlı ölümler hariç olmak üzere, belirli bir yılda 100.000 canlı doğumda hamilelik veya çocuk doğurma komplikasyonları nedeniyle ölen kadın sayısı.

MM Hızı

Nüfusta doğurganlık çağındaki 1000 kadın başına belirli bir yılda hamilelik veya çocuk doğurma komplikasyonları nedeniyle ölen kadın sayısı.

Göçebe

Daimi ikametgahı olmayan, geçimini hayvancılıkla sağlayan ve hayvanları için otlak ve su bulmak için bir yerden başka bir yere taşınan kişi.

Firavun (Tip III ve IV)

Klitoris eksizyonlu veya eksizyonsuz, labia minora veya labia majora kesilerek, yerleştirilerek ve dikilerek kapatıcı bir mühür oluşturularak vajinal açıklığın daraltılmasını içeren bir kadın sünneti şeklidir.

Doğum Sonrası Bakım

Anneye ve yeni doğan bebeğine doğumdan hemen sonra ve yaşamın ilk altı haftasında verilen bakımdır.

Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı (PRMR)

Kaza veya şiddete bağlı ölümler de dahil olmak üzere, belirli bir yılda 100.000 canlı doğumda hamilelik veya çocuk doğurma komplikasyonları nedeniyle ölen kadın sayısı.

Kadınlarda Üreme Yaşı

Doğurganlık çağındaki kadınlar genellikle 15-49 yaş grubundadır.

Örnekleme

Onlardan istatistiksel çıkarımlar yapmak ve tüm popülasyonun özelliklerini tahmin etmek için popülasyonun belirli üyelerini veya bir alt kümesini seçme süreci.

Örnekleme Çerçevesi

Numune için birimlerin seçildiği liste. 'Liste', birimlerin gerçek bir listesi veya örneğin alanların örnekleneceği bir harita gibi popülasyonun başka bir tanımı olabilir.

Nitelikli Sağlık Personeli

Bir doktor/klinik görevlisi veya hemşire/ebe/hemşire gibi akredite bir sağlık uzmanı tarafından yardım edilen ve gerekli beceriler konusunda eğitim almış ve eğitilmiş bir çocuk doğumu. normal (komplike olmayan) gebelikleri, doğumları ve doğumdan hemen sonraki dönemi yönetir ve kadınlarda ve yenidoğanlarda komplikasyonların tanımlanması, yönetimi ve sevk edilmesinde.

Sünnet/Sünni (Tip I)

Klitoris ve/veya prepusun kısmen veya tamamen çıkarılmasını içeren bir kadın sünneti şekli.

Aşı

Kişinin bağışıklık sistemini, tıpkı hastalığa maruz kalındığında yapacağı gibi, antikor üretmesi için uyarır. Kişi aşı olduktan sonra hastalığa yakalanmadan o hastalığa karşı bağışıklık geliştirir.

Hane Halkı 1/5 Gelir Oranı

Varlıkların mülkiyetine ve kişinin hane halkının özelliklerine dayanan hane halkının zenginlik veya yoksulluk durumunun bir ölçüsü. Hanehalkı özellikleri, uzun vadeli serveti kapsadığından ve hem parasal hem de parasal olmayan zenginliği kapsadığından, birçok durumda yaşam standartlarının parasal gelirden daha iyi veya daha geçerli bir yansıması olarak kabul edilebilir. Bir beşte birlik, nüfusun beşte biri (%20) için bilgiyi temsil eder. Bir hane, beşinci beşte birlik en zengin haneyi temsil ettiği puana dayalı olarak beşte birlik olarak sınıflandırılır ve bunun tersi de geçerlidir.

Kronik hastalık:

Anemi

Kırmızı kan hücresi sayısının veya hemoglobinin normalden az olduğu tıbbi bir durum.

Artrit

Eklemlerde şişme, ağrı, sertlik ve hareket açıklığında azalmaya neden olan eklem hastalığı.

Tansiyon

Kalbin vücudun etrafında pompaladığı kanın atardamar duvarlarına yaptığı basınç. 140 veya daha fazla sistolik kan basıncı okuması, yüksek tansiyondur (hipertansiyon olarak da adlandırılır).

Kardiyovasküler (kalp) Hastalığı

Kalp krizi, göğüs ağrısı (anjina) veya felce yol açabilen daralmış veya tıkanmış kan damarlarını içeren durumları ifade eder. Kalbinizin kasını, kapakçıklarını veya ritmini etkileyenler gibi diğer kalp rahatsızlıkları da kalp hastalığı türleri olarak kabul edilir.

Katarakt

İris ve gözbebeğinin arkasında bulunan gözün doğal merceğinin bulanıklaşması. Katarakt, 40 yaş üstü kişilerde görme kaybının en sık nedenidir ve dünyadaki körlüğün başlıca nedenidir.

Yetişkin Ölüm Oranı

Belirtilen yıl için bu yaşlar arasında yaşa özel ölüm oranlarına tabi tutulursa, 15 yaşındaki bir kişinin 60. doğum gününe ulaşmadan ölme olasılığı.

Doğum Öncesi Bakım (ANC)

Hamilelik sırasında hem anne hem de bebek için en iyi sağlık koşullarını sağlamak amacıyla hamile kadınlara kalifiye sağlık uzmanları (doktorlar/klinik görevlileri veya hemşireler/ebeler/yardımcı ebeler dahil) tarafından sağlanan bakım.

Tamamlayıcı Gıdalar: Besin sağlamak için bebeğe verilen anne sütü veya bebek maması (sıvılar, yarı katılar ve katılar) dışındaki gıdalar.

Kaba Doğum Hızı (CBR)

1000 nüfus başına belirli bir yılda meydana gelen toplam doğum sayısı.

Konut: Sadece konut amaçlı kullanılan bir yapı.

Hanehalkı Listesi: Tüm hanehalkı üyelerinin ve her bir üyenin yaşı, cinsiyeti, hane reisi ile ilişkisi, eğitim ve okuryazarlık durumu gibi özelliklerinin listesini içerir.

Doğurganlık: Bir kadının gebe kalma yeteneğini ve hamileliği sonuna kadar taşıma yeteneğini yansıtır.

Doğurganlık: Belirli bir nüfus içinde çocuk doğurma sıklığı.

Genel Doğurganlık Hızı (GFR):15-49 yaş arası 1000 kadın başına düşen yıllık doğum sayısı.

Gini katsayısı: Bir ülkedeki bireyler veya haneler arasındaki gelir dağılımının tamamen eşit bir dağılımdan sapmasının ölçüsü. 0 değeri mutlak eşitliği, 100 mutlak eşitsizliği temsil eder.

Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi (IYCF): Sadece emzirmeye erken başlamayı (doğumdan sonraki bir saat içinde), yaşamın ilk altı ayı için sadece anne sütü ile beslemeyi, ardından beslenme açısından yeterli ve güvenli tamamlayıcı gıdaları içerirken, emzirme iki yaşına veya daha fazlasına kadar devam eder.

Orta (Tip II): Klitorisin ve labia minoranın kısmen veya tamamen çıkarılmasını içeren bir kadın sünneti şekli.

KHAT: Doğu Afrika ve Güney Arabistan'da yetişen bir çalıdan elde edilen uyarıcı bir ilaç. Tütün çiğnemek gibi, khat çalısının yaprakları çiğnenir ve kimyasallarını serbest bırakmak için yanakta tutulur. Cathinone ve cathin, khat'taki bir kişiyi sarhoş hissettiren uyarıcılardır.

Anne Ölümünün Yaşam Boyu Riski (LTR): Bir kadının doğurganlık yılları boyunca biriken gebelik sonucu hem gebe kalma olasılığı hem de ölme olasılığı dikkate alınarak, bir kadının üreme yaşamı boyunca gebelik veya doğumdan ölme riski. Mevcut anne ölüm ve doğurganlık oranları göz önüne alındığında, 15 yaşına kadar

hayatta kalan bir kadının üreme yaşamının bir noktasında anne nedenlerinden ölme riskini yansıtır.

Gebelikle İlişkili Ölüm Yaşam Boyu Riski (LTR): Bu gösterge LTR ile aynıdır, ancak bu göstergenin hesaplanması kaza ve şiddete bağlı ölümleri içerir.

Canlı Doğum: Süresi ne olursa olsun, bir gebe kalma ürününün annesinden tamamen çıkarılması. Böyle bir ayrılıktan sonra nefes alan veya başka herhangi bir yaşam belirtisi gösteren hamilelik - örn. Kalbin atması, göbek kordonunun nabızı veya istemli kasların kesin hareketi - göbek kordonunun kesilmiş veya plasentanın bağlı olup olmadığı.

Kronik Sırt ağrısı/Omurğa Sorunu: Sırt ağrısı veya omurğa ile ilgili bir problem hangi 3 ay veya daha fazla sürer. Kronik sırt ağrısı olan kişilerde sınırlı hareket açıklığı ve/veya dokunulduğunda hassasiyet olabilir. Omurilik sorunu olan kişiler ağrı ve uyuşukluk, karıncalanma veya güçsüzlük gibi başka semptomlar yaşarlar.

Kronik Baş Ağrısı: Bu, ayda 15 günden fazla dört saatten fazla süren baş ağrısıdır.

Şeker Hastalığı: Genellikle diabetes mellitus olarak anılan bu, ya insülin üretiminin yetersiz olması ya da vücut hücrelerinin insüline düzgün yanıt vermemesi ya da her ikisi nedeniyle kişinin yüksek kan şekere (kan şekeri) sahip olduğu bir grup metabolik hastalığı tanımlar.

Epilepsi

Beyindeki ani elektriksel aktivite dalgalanması nedeniyle ortaya çıkan, tekrarlayan, provoke edilmemiş nöbetlerle karakterize kronik bozukluk.

Enflamasyon/ülserler

Rektum ve kolonun astarında yaralar. Ülserler, iltihabın genellikle kolonu kaplayan hücreleri öldürdüğü, ardından kanayıp irin ürettiği yerde oluşur.

Böbrek Hastalıkları

Vücutun kanı temizleme, kandaki fazla suyu filtreleme ve kan basıncını kontrol etme yeteneğini etkiler.

Karaciğer Hastalığı

Karaciğer hastalığının belirtileri genellikle karın ve bacaklarda şişme, kolayca morarma, dışkı ve idrar renginizde değişiklik ve sarılık veya cilt ve gözlerin sararmasını içerir.

Akciğer Hastalığı

Akciğerleri, nefes almamızı sağlayan organları etkileyen rahatsızlıklar. En yaygın üç akciğer hastalığı astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve akciğer kanseridir. Astım, alevlenen kronik (uzun süreli) bir akciğer hastalığıdır. vee hava yollarını daraltır.

Astım, tekrarlayan hırıltılı solunum (nefes alırken ıslık sesi), göğüste sıkışma, nefes darlığı ve öksürüğe neden olur. Öksürük genellikle gece veya sabah erken saatlerde ortaya çıkar.

KOAH, kronik obstrüktif bronşit ve amfizemi ifade eder. Her iki hastalık da akciğerlere giren ve çıkan hava akışını sınırlar ve nefes almayı zorlaştırır. Akciğer kanseri, anormal (malign) akciğer hücrelerinin kontrolsüz olarak çoğaldığı ve büyüdüğü bir hastalıktır.

Ruhsal/Psikolojik Hastalık

Bir kişinin düşüncesini, hissini veya ruh halini etkileyen bir durum. Bu tür koşullar, birinin başkalarıyla ilişki kurma ve her gün işlev görme yeteneğini etkileyebilir.

Prostat Hiperplazisi Olarak da Bilinen Prostat Hipertrofisi

Prostatın hücresel elemanlarının proliferasyonu (büyümesi) ile karakterize histolojik tanı. Kronik mesane çıkım obstrüksiyonu (BOO) BPH'ye sekonder üriner retansiyona, renal yetmezlik, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, brüt hematüri ve mesane taşları.

Orak Hücre Anemisi/Talasemi

Kalıtsal kırmızı kan hücresi bozuklukları olan orak hücre hastalıkları (SCD) adı verilen bir grup hastalığa aittir. SCD'li kişilerin kırmızı kan hücrelerinde hemoglobin S veya orak hemoglobin adı verilen anormal hemoglobin bulunur. Orak hücre anemi, AKÖ'nün en yaygın ve şiddetli türüdür. Bu bozukluğun karakteristik özellikleri arasında düşük sayıda kırmızı kan hücresi (anemi), tekrarlayan enfeksiyonlar ve periyodik ağrı atakları bulunur.

Cilt Hastalığı

Cildi etkileyen bir durum veya hastalık. Kızarıklık, şişme, yanma ve kaşıntı gibi semptomlara neden olan cildinizi tahriş eden, tıkayan veya alevlendiren herhangi bir şeydir.

İnme

Beyninize giden kan akışı kesildiğinde veya azaldığında ortaya çıkar. Bu, beyninizi oksijen ve besinlerden yoksun bırakır ve bu da beyin hücrelerinizin ölmesine neden olabilir. İnme, beynin ne kadar süreyle kan akışından yoksun olduğuna ve hangi bölümün etkilendiğine bağlı olarak bazen geçici veya kalıcı sakatlıklara neden olabilir. Komplikasyonlar şunları içerebilir: felç veya kas hareketi kaybı; konuşma veya yutma zorluğu; hafıza kaybı veya düşünme güçlükleri; duygusal problemler; ağrı ve uyuşukluk; davranış ve öz bakım yeteneğindeki değişiklikler.

Tümör

Neoplazm olarak da bilinir, katı veya sıvı dolu olabilen anormal bir doku kütesidir. Tümörler iyi huylu (kansersiz değil), kötü huylu (kansersiz öncesi) veya kötü huylu (kansersiz) olabilir.

Brüt Katılım Oranı (GAR)

Yaşa bakılmaksızın, belirli bir eğitim düzeyine devam eden toplam öğrenci sayısı, belirli bir eğitim yılında o düzey için uygun resmi okul çağındaki nüfusun yüzdesi olarak ifade edilir.

Okur-yazarlık

Kişinin günlük yaşamı hakkında kısa ve basit bir ifadeyi anlayarak okuma ve yazma yeteneğidir.

Net Eğitilmiş Birey Seviye Oranı (NAR)

Belirli bir eğitim düzeyinde devam eden ve kayıtlı oldukları eğitim düzeyine uygun yaş aralığında olan toplam kişi sayısı. NAR, resmi okul çağındaki uygun nüfusun yüzdesi olarak ifade edilir. belirli bir okul yılında nüfusa karşılık gelen belirli bir seviye.

Engellilik Türleri

İşitme Engeli:

İşitme bozukluğu olarak da bilinen işitme kaybı, kısmen veya tamamen işitememe durumudur. İşitme kaybına genetik, yaşlanma, gürültüye maruz kalma, bazı enfeksiyonlar, doğum komplikasyonları, kulakta travma ve bazı ilaçlar veya toksinler neden olabilir.

Öğrenme Engeli:

Öğrenme güçlüğü nörolojik bir bozukluktur. Basit bir ifadeyle, öğrenme güçlüğü, bir kişinin beyninin "kablolu" olma biçimindeki bir farklılıktan kaynaklanır. Öğrenme güçlüğü çeken çocuklar, yaşlıları kadar ya da onlardan daha zekidir. Ancak, bir şeyleri kendi başlarına çözmeye bırakılırsa veya geleneksel yollarla öğretilirse, okuma, yazma, heceleme, akıl yürütme, hatırlama ve/veya bilgileri organize etmede zorluk yaşayabilirler.

Zihinsel Engel:

Akıl hastalığı veya psikiyatrik bozukluk olarak da adlandırılan bir akıl hastalığı, acıya veya yaşamda işlev görmede yetersizliğe neden olabilen davranışsal veya zihinsel bir kalıptır. Ruhsal bozukluğu olan kişilerde genellikle düşünce, duygu ve/veya davranışta önemli değişiklikler olur; sıkıntı ve/veya sosyal, iş veya aile etkinliklerinde işlev gören sorunlar.

Hareketlilik Engeli:

Hareketlilik bozukluğu, bir kişinin bir veya daha fazla ekstremitelerini kullanamaması veya eksikliğini ifade eder. Nesneleri yürümek, kavramak veya kaldırmak için güç. Hareket kabiliyetine yardımcı olması için tekerlekli sandalye, koltuk değneği veya yürüteç kullanımı kullanılabilir.

Kişisel Bakım Engeli:

Özbakım güçlüğü, altı ay veya daha uzun süren fiziksel, zihinsel veya duygusal durumu olan, giyinme, banyo yapma veya ev içinde dolaşma gibi faaliyetlerden herhangi birini yapmakta güçlük çeken bir kişiyi ifade eder.

Görüş Engeli:

Görme bozukluğu (görme bozukluğu, görme engeli), gözlük veya ilaç gibi olağan yollarla düzeltilemeyen sorunlara neden olan bir dereceye kadar görme yeteneğinin azalmasıdır. Görme bozukluğu, hastalık, travma veya doğuştan veya dejeneratif koşullar nedeniyle olabilir. Görme bozukluklarını tanımlamak için “kısmen gören”, “az gören”, “le-gally kör” ve “tamamen kör” gibi terimler kullanılmaktadır.

Konuşma Engeli:

Konuşma bozuklukları veya konuşma engelleri, 'normal' konuşmanın bozulduğu bir tür iletişim bozukluğudur. Bu, kekemelik, pelteklik vb. anlamına gelebilir. Konuşma bozukluğu nedeniyle konuşamayan kişi dilsiz kabul edilir.

KAYNAKLAR

Abathun, A. D., Sundby, J., & Gele, A. A. (2018). Pupil's perspectives on female genital cutting abandonment in Harari and Somali regions of Ethiopia. *BMC women's health*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0653-6>.

ABDILLAHI, H. A. A (2017) STUDY of Knowledge, Attitude & Practice On Family Planning among Women in Reproductive Age (15-49) at hospitals and clinic centers, in northern Somalia (Somaliland).

Abdulahi, M., Kakaire, O., & Namusoke, F. (2020). Determinants of modern contraceptive use among married Somali women living in Kampala; a cross sectional survey. *Reproductive Health*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00922-x>.

Abdulahi, M., Kakaire, O., & Namusoke, F. (2020). Determinants of modern contraceptive use among married Somali women living in Kampala; a cross sectional survey. *Reproductive Health*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00922-x>.

Abdulcadir, J., & Orlando, V. (2009). La promozione della salute delle donne con mutilazioni. *Io Uomo. Dicembre*.

Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M., & Irion, O. (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss medical weekly*, 141(0102), w13137-w13137. <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13137>.

AbouZahr, C. (2003). Global burden of maternal death and disability. *British medical bulletin*, 67(1), 1-11. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg015>.

Adams, M. R., Clarkson, T. B., Koritnik, D. R., & Nash, H. A. (1987). Contraceptive steroids and coronary artery atherosclerosis in cynomolgus macaques. *Fertility and sterility*, 47(6), 1010-1018. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)59238-3](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)59238-3).

Gebu, A. A., Areas, A. F., Gebrekidan, K. G., Tekle, W. G., & Hailu, Y. W. (2015). Assessment of factors affecting long acting of family planning utilization in Adigrat town, Tigray, north-East Ethiopia. *American J Health Res*, 3(4), 239-47. doi: 10.11648/j.ajhr.20150304.16.

Agbemenu, K., Auerbach, S., Murshid, N. S., Shelton, J., & Amutah-Onukagha, N. (2019). Reproductive health outcomes in African refugee women: a comparative study. *Journal of Women's Health*, 28(6), 785-793. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7314>.

Aggarwal, V. P., & Jkg, M. (1982). Epidemiology of induced abortion in Nairobi, Kenya. *Journal of obstetrics & gynaecology of Eastern and Central Africa*, 1(2), 54-57.

Ahinkorah, B. O. (2020). Individual and contextual factors associated with mistimed and unwanted pregnancies among adolescent girls and young women in selected high fertility countries in sub-Saharan Africa: a multilevel mixed effects analysis. *Plos one*, 15(10), e0241050. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241050>

Ahinkorah, B. O. (2021). Factors associated with female genital mutilation among women of reproductive age and girls aged 0–14 in Chad: a mixed-effects multilevel analysis of the 2014–2015 Chad demographic and health survey data. *BMC public health*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10293-y>.

Ahlburg, D. A. (1996). *Population growth and poverty* (pp. 219-258). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-03239-8_7.

Ahmed, A. A., Mohamed, A. A., Guled, I. A., Elamin, H. M., & Abou-Zeid, A. H. (2014). Knowledge translation in Africa for 21st century integrative biology: The “know-do gap” in family planning with contraceptive use among Somali women. *OmicS: a journal of integrative biology*, 18(11), 696-704. <https://doi.org/10.1089/omi.2014.0080>.

Åhrén, T., Lithell, H., Victor, A., Vessby, B., & Johansson, E. D. B. (1981). Comparison of the metabolic effects of two hormonal contraceptive methods: An oral formulation and a vaginal ring II. Serum lipoproteins and apolipoproteins. *Contraception*, 24(4), 451-468. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(81\)90009-3](https://doi.org/10.1016/0010-7824(81)90009-3).

Akinbode, S. O., Okuneye, P. A., & Onyeukwu, C. O. (2022). Inequality, population growth, and hunger in Sub-Saharan Africa. *SN Social Sciences*, 2(11), 250. <https://doi.org/10.1007/s43545-022-00554-x>.

Akinola, O. I., Fabamwo, A. O., Tayo, A. O., Rabi, K. A., Oshodi, Y. A., & Alokha, M. E. (2014). Caesarean section—an appraisal of some predictive factors in Lagos Nigeria. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-217>.

AKSAKAL, B. F. N., ÖZKAN, S., & AYCAN, S. (2001). Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'ndeki 15-49 yaş evli kadınların 1983-1999 yılları arasında etkin aile planlaması yöntemlerini kullanma düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 21(6), 445-448.

Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A. B., Gemmill, A., ... & Say, L. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The lancet*, 387(10017), 462-474. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7).

Althabe, F., Sosa, C., Belizán, J. M., Gibbons, L., Jacquerioz, F., & Bergel, E. (2006). Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*, *33*(4), 270-277. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00118.x>.

Alvarez-Sanchez, F., Brache, V., Jackanicz, T., & Faundes, A. (1992). Evaluation of four different contraceptive vaginal rings: Steroid serum levels, luteal activity, bleeding control and lipid profiles. *Contraception*, *46*(4), 387-398. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(92\)90101-X](https://doi.org/10.1016/0010-7824(92)90101-X).

Ameyaw, E. K., Budu, E., Sambah, F., Baatiema, L., Appiah, F., Seidu, A. A., & Ahinkorah, B. O. (2019). Prevalence and determinants of unintended pregnancy in sub-Saharan Africa: A multi-country analysis of demographic and health surveys. *PloS one*, *14*(8), e0220970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220970>.

Amos, M. (2019). Contraceptive method choice and spousal communication: Examining the effect of family planning method using an instrumental variable approach. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *22*, 100458. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.100458>.

Anwar, S., Taslem Mourosi, J., Arafat, Y., & Hosen, M. J. (2020). Genetic and reproductive consequences of consanguineous marriage in Bangladesh. *PLoS One*, *15*(11), e0241610. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241610>.

Apter, D., Cacciatore, B., Stenman, U. H., Alapiessa, U., & Assendorp, R. (1990). Clinical performance and endocrine profiles of contraceptive vaginal rings releasing 3-keto-desogestrel and ethinylestradiol. *Contraception*, *42*(3), 285-295. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(90\)90016-O](https://doi.org/10.1016/0010-7824(90)90016-O).

Archibong, E. I. (1991). Illegal induced abortion—a continuing problem in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *34*(3), 261-265. [https://doi.org/10.1016/0020-7292\(91\)90361-8](https://doi.org/10.1016/0020-7292(91)90361-8).

Arendt, E., Singh, N. S., & Campbell, O. M. (2018). Effect of maternal height on caesarean section and neonatal mortality rates in sub-Saharan Africa: an analysis of 34 national datasets. *PLoS One*, *13*(2), e0192167. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192167>

Asmamaw, D. B., Tafere, T. Z., & Negash, W. D. (2023). Prevalence of teenage pregnancy and its associated factors in high fertility sub-Saharan Africa countries: a multilevel analysis. *BMC Women's Health*, *23*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02169-7>

Atake, E. H., & Gnakou Ali, P. (2019). Women's empowerment and fertility preferences in high fertility countries in Sub-Saharan Africa. *BMC women's health*, *19*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0747-9>

Bakanlığı, T. M. E. (2011). Aile ve Tüketici Hizmetleri Aile Planlaması Yöntemleri 762SHD006. Ankara: MEB.

Balachandran, A. A., Duvalla, S., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2018). Are obstetric outcomes affected by female genital mutilation? *International urogynecology journal*, 29(3), 339-344. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3466-5>.

Ballagh, S. A., Mishell Jr, D. R., Jackanicz, T. M., Lacarra, M., & Eggena, P. (1994). Dose-finding study of a contraceptive ring releasing norethindrone acetate/ethinyl estradiol. *Contraception*, 50(6),535-549.[https://doi.org/10.1016/00107824\(94\)90012-4](https://doi.org/10.1016/00107824(94)90012-4).

Banks, E., Meirik, O., Farley, T., Akande, O., Bathija, H., & Ali, M. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet (London, England)*, 367(9525), 1835-1841. DOI: [10.1016/s0140-6736\(06\)68805-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68805-3).

Bauserman, M., Lokangaka, A., Thorsten, V., Tshefu, A., Goudar, S. S., Esamai, F., ... & Bose, C. L. (2015). Risk factors for maternal death and trends in maternal mortality in low-and middle-income countries: a prospective longitudinal cohort analysis. *Reproductive health*, 12(2), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-12-S2-S5>.

Becker, C. M., & Morrison, A. R. (1988). The determinants of urban population growth in Sub-Saharan Africa. *Economic Development and Cultural Change*, 36(2), 259-278. <https://doi.org/10.1086/451651>.

Bener, A., & Mohammad, R. R. (2017). Global distribution of consanguinity and their impact on complex diseases: Genetic disorders from an endogamous population. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 18(4), 315-320. DOI: [10.1016/j.ejmhg.2017.01.002](https://doi.org/10.1016/j.ejmhg.2017.01.002).

Berg, R. C., & Underland, V. (2013). The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology international*, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/496564>.

Berg, R. C., Denison, E. M. L., & Fretheim, A. (2010). *Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

Bittles, A. H. (1994). The role and significance of consanguinity as a demographic variable. *Population and development review*, 561-584. <https://doi.org/10.2307/2137601>.

Bongaarts, J. (2020). Trends in fertility and fertility preferences in sub-Saharan Africa: the roles of education and family planning programs. *Genus*, 76(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s41118-020-00098-z>

Brache, V., Alvarez-Sanchez, F., Faundes, A., Jackanicz, T., Mishell Jr, D. R., & Lähteenmäki, P. (2000). Progestin-only contraceptive rings. *Steroids*, 65(10-11), 687-691. [https://doi.org/10.1016/S0039-128X\(00\)00175-6](https://doi.org/10.1016/S0039-128X(00)00175-6).

Brache, V., Mishell, D. R., Lahteenmaki, P., Alvarez, F., Elomaa, K., Jackanicz, T., & Faundes, A. (2001). Ovarian function during use of vaginal rings delivering three different doses of Nestorone®. *Contraception*, 63(5), 257-261. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(01\)00199-8](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(01)00199-8).

Cairncross S., Hunt C., Boisson S., et al. (2010) *Water, Sanitation and Hygiene for the Prevention of Diarrhoea*. *International Journal of Epidemiology*.39: i193-i205. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq035>.

Centers for Disease Control and Prevention. *About Chronic Diseases*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>.

Choguya, N. Z. (2014). Traditional birth attendants and policy ambivalence in Zimbabwe. *Journal of Anthropology*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/750240>

Chukwumalu, K., Gallagher, M. C., Baunach, S., & Cannon, A. (2017). Uptake of postabortion care services and acceptance of postabortion contraception in Puntland, Somalia. *Reproductive health matters*, 25(51), 48-57. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1402670>.

Cleland, J. G., Ndugwa, R. P., & Zulu, E. M. (2011). Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation?. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), 137-143. doi:10.2471/BLT.10.077925

Consultant WHO/UNFPA “A Situation Analysis Of Reproductive Health In Somalia 2009”. https://www.unicef.org/somalia/health_11703.html.

Cottler-Casanova, S., Horowicz, M., Gieszl, S., Johnson-Agbakwu, C., & Abdulcadir, J. (2020). Coding female genital mutilation/cutting and its complications using the International Classification of Diseases: a commentary. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(6), 660-664. DOI: 10.1111/1471-0528.16086

Dahab, R., & Sakellariou, D. (2020). Barriers to accessing maternal care in low income countries in Africa: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4292. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124292>.

Adane, D. (2013). Risk of first contraception among Ethiopian women.

Dervişoğlu, A. A. (Ed.). (1990). *Kontraseptif yöntemler: uluslararası basım*. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı.

Doan, L. P., Nguyen, L. H., Do, H. N., Nguyen, T. T., Vu, G. T., Do, H. T., ... & Ho, C. S. (2023, January). Ensuring Population Health in the Era of Aging in Vietnam: Policy Review and Factors Associated with Intentions of Childbearing before the Age

of 30 among Youths. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 1, p. 102). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010102>.

Pegu, B., Gaur, B. P. S., Sharma, N., & Singh, A. S. (2014). Knowledge, attitude and practices of contraception among married women. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 3(2), 385-8. DOI: 10.5455/2320-1770.ijrcog20140620

Dziuk, P. J., & Cook, B. (1966). Passage of steroids through silicone rubber. *Endocrinology*, 78(1), 208-211. DOI: [10.1210/endo-78-1-208](https://doi.org/10.1210/endo-78-1-208)

El-Gibaly, O., Aziz, M., & Abou Hussein, S. (2019). Health care providers' and mothers' perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: a cross-sectional qualitative study. *BMC International Health and Human Rights*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0202-x>.

World Health Organization. (2008). *Eliminating female genital mutilation: an interagency statement-OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. World Health Organization.

European Institute for Gender Equality. (2013). *Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia: Report*. European Institute for Gender Equality.

Fanse, S., Bao, Q., Zou, Y., Wang, Y., & Burgess, D. J. (2021). Effect of crosslinking on the physicochemical properties of polydimethylsiloxane-based levonorgestrel intrauterine systems. *International Journal of Pharmaceutics*, 609, 121192. <https://doi.org/10.1016/j.ijpharm.2021.121192>.

Farage, M. A., Miller, K. W., Tzeghai, G. E., Azuka, C. E., Sobel, J. D., & Ledger, W. J. (2015). Female genital cutting: confronting cultural challenges and health complications across the lifespan. *Women's Health*, 11(1), 79-94.

Fauveau, V., Koenig, M. A., Chakraborty, J., & Chowdhury, A. I. (1988). Causes of maternal mortality in rural Bangladesh, 1976-85. *Bulletin of the World Health Organization*, 66(5), 643.

Federal Government of Somalia/UNFPA Somalia. Somalia Demographic Health Survey. 2020. <https://somalia.unfpa.org/en/publications/somali-health-and-demographic-survey-2020>.

Fisek, N. H. (1983). Dünyada ve Türkiye'de Nüfus Sorunu. *Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı*, 1-21.

Fraser, I. S., Lacarra, M., Mishell Jr, D. R., Alvarez, F., Brache, V., Lähteenmäki, P., ... & Nash, H. A. (2000). Vaginal epithelial surface appearances in women using vaginal rings for contraception. *Contraception*, 61(2), 131-138. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(00\)00081-0](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(00)00081-0).

Fraser, I. S., Weisberg, E., Brache, V., Alvarez, F., Massai, R., Mishell Jr, D. R., ... & Sivin, I. (2005). Serum Nestorone® and ethinyl estradiol levels, and ovulation

inhibition in women using three different dosage combinations of a Nestorone progestogen–ethinyl estradiol contraceptive vaginal ring on a bleeding-signalized regimen. *Contraception*, 72(1),40-45.
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.12.015>.

Fruzzetti, F., & Fidecicchi, T. (2020). Hormonal contraception and depression: updated evidence and implications in clinical practice. *Clinical drug investigation*, 40, 1097-1106. <https://doi.org/10.1007/s40261-020-00966-8>.

Gabalci, E., & Terzioglu, F. (2010). The effect of family planning methods used by women of reproductive age on their sexual life. *Sexuality and Disability*, 28, 275-285.
<https://doi.org/10.1007/s11195-010-9161-9>.

Gebremariam, K., Assefa, D., & Weldegebreal, F. (2016). Prevalence and associated factors of female genital cutting among young adult females in Jigjiga district, eastern Ethiopia: a cross-sectional mixed study. *International journal of women's health*, 357-365.

Gele, A. A., Musse, F. K., & Qureshi, S. (2019). Unmet needs for contraception: A comparative study among Somali immigrant women in Oslo and their original population in Mogadishu, Somalia. *PloS one*, 14(8), e0220783.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220783>.

Gele, A. A., Musse, F. K., Shrestha, M., & Qureshi, S. (2020). Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo: A qualitative study. *PLoS One*, 15(3), e0229916. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229916>.

Gele, A., Shrestha, M., Khalif, F., & Qureshi, S. (2021). Barriers and Facilitators to Modern Contraception Among Married Women in Conflict Affected Town of Mogadishu, Somalia. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-551043/v1>

Girum, T., & Wasie, A. (2017). Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries. *Maternal health, neonatology and perinatology*, 3, 1-6. <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0059-8>.

Goldberg, H., Stupp, P., Okoroh, E., Besera, G., Goodman, D., & Danel, I. (2016). Female genital mutilation/cutting in the United States: updated estimates of women and girls at risk, 2012. *Public Health Reports*, 131(2), 340-347.

Gonie, A., Wudneh, A., Nigatu, D., & Dendir, Z. (2018). Determinants of family planning use among married women in bale eco-region, Southeast Ethiopia: a community based study. *BMC women's health*, 18(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12905-018-0539-7>.

Graham, J. D., & Clarke, C. L. (1997). Physiological action of progesterone in target tissues. *Endocrine reviews*, 18(4), 502-519. <https://doi.org/10.1210/edrv.18.4.0308>.

GREENBLATT, R. B. (1954). The physiologic effectiveness of progesterone vaginal suppositories. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 14(12), 1564-1567. <https://doi.org/10.1210/jcem-14-12-1564>.

GSMA (2019). *The State of Mobile Internet Connectivity*. 2019.

Guida M, Sardo ADS, Bramante S, Sparice S, Acunzo G, Tommaselli GA, et al. Effects of two types of hormonal contraception- oral versus intavaginal- on the sexual life of women and their partners. *Human Reproduction*. 2005;20(4):1100-1106. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/deh686>.

Gure, F., Dahir, M. K., Yusuf, M., & Foster, A. M. (2016). Emergency contraception in post-conflict Somalia: An assessment of awareness and perceptions of need. *Studies in family planning*, 47(1), 69-81. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2016.00047.x>

Hamal, M., Dieleman, M., De Brouwere, V., & de Cock Buning, T. (2020). Social determinants of maternal health: a scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service use in India. *Public Health Reviews*, 41(1), 1-24. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00125-6>

Harrison, M. S., & Goldenberg, R. L. (2016). Cesarean section in sub-Saharan Africa. *Maternal health, neonatology and perinatology*, 2(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40748-016-0033-x>.

Hedayat, K. M., & Pirzadeh, R. (2001). Issues in Islamic biomedical ethics: a primer for the pediatrician. *Pediatrics*, 108(4), 965-971. <https://doi.org/10.1542/peds.108.4.965>.

<https://fragilestatesindex.org/country-data/>

<https://somalia.un.org/en/45668-un-somalia-country-results-report-2019>

<https://sominvest.gov.so/the-somali-health-and-demographic-survey-2020/>

Hükümeti-UNICEF, T. C. (1991). Türkiye’de anne ve çocukların durum analizi. *Ankara, UNICEF*, 169-170

ICF International. 2015. *Demographic and Health Survey Sampling and Household Listing Manual*. The DHS Program, Rockville, Maryland, U.S.A.: ICF International.

IPPF Glossary (2011)<http://www.ippf.org/en/Resources/Glossary.htm?g=T> (2011 May 6th) Google Scholar

Ivanova, O., Rai, M., & Kemigisha, E. (2018). A systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee, migrant and displaced girls and young women in Africa. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1583. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081583>.

İsmet, K. O. Ç. Türkiye’de akraba evliliklerinin yaygınlığının değişimi ve dirençli grupların belirlenmesi: 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’ndan evlilik kuşaklarına göre analizler. *Turkish Journal of Public Health*, 20(3), 423-438. <https://doi.org/10.20518/tjph.1114922>.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.

Jewson, M., Purohit, P., & Lumsden, M. A. (2020). Progesterone and abnormal uterine bleeding/menstrual disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 69, 62-73. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.05.004>.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2014). *Somali HIV and AIDS Response*.

Kalid Ali, M., Hussein Abdullahi, L., & Mohamed Omar, A. (2018). Community Health and Social Accountability in Somalia Programme (CHASP). *Save the children*.

Kamruzzaman, M., & Hakim, M. A. (2015). Family planning practice among married women attending primary health care centers in Bangladesh. *International Journal of Bioinformatics and Biomedical Engineering*, 1(3), 251-255.

Kaplan, A., Forbes, M., Bonhoure, I., Utzet, M., Martín, M., Manneh, M., & Ceesay, H. (2013). Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International journal of women's health*, 323-331.

Kayombo, E. J. (2013). Impact of training traditional birth attendants on maternal mortality and morbidity in Sub-Saharan African countries. *Tanzania journal of health research*, 15(2). DOI: [10.4314/thrb.v15i2.7](https://doi.org/10.4314/thrb.v15i2.7).

Kei, R. M., Ndwiga, T., & Okong’o, S. (2015). The use of modern contraceptives among women of child bearing age attending MCH/FP clinic at Uasin Gishu Sub-county Hospital, Uasin-Gishu county, Kenya. doi: 10.11648/j.sjph.20150304.17

Kirkman, R. J., Bounds, W., Colliver, D., Jackson, R., & Barden, E. (1992). Practical experience in the UK with an oestrogen/progestogen contraceptive vaginal ring. *Br J Fam Plann*, 18, 12-15.

Kocagil, C. (1999). Aile planlaması yöntemi kullanan 15-49 yaş grubu evli kadınların bir yıl boyunca izlenmesi.

Kocagil, C. (1999). Aile planlaması yöntemi kullanan 15-49 yaş grubu evli kadınların bir yıl boyunca izlenmesi.

Küçük Gürbüz, T. (2019). Dokuz Eylül Üniversitesi 10 No’lu Gaziemir Eğitim ASM’de Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumlarının Doğurganlık Düzeyleri İle İlişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir*.

Kwast, B. E., RoCHAT, R. W., & Kidane-Mariam, W. (1986). Maternal mortality in Addis Ababa, Ethiopia. *Studies in family planning*, 17(6), 288-301. <https://doi.org/10.2307/1966906>.

Leke, R. J. (1989). Commentary on unwanted pregnancy and abortion complications in Cameroun. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 30, 33-35. [https://doi.org/10.1016/0020-7292\(89\)90101-X](https://doi.org/10.1016/0020-7292(89)90101-X).

Lopez, L. M., Grimes, D. A., Gallo, M. F., Stockton, L. L., & Schulz, K. F. (2013). Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003552.pub3>.

Lynn komey. (july, 2016)., attitude and perceptions of contraceptive use among second cycle institutions in the adentan municipality. school of public health college of health sciences university of ghana, 1-88page.

Machin, D., Campbell, M. J., Tan, S. B., & Tan, S. H. (2011). *Sample size tables for clinical studies*: John Wiley & Sons.

Makumi, E. M. (2021). *Incidence of Postpartum Hemorrhage Among Women With Hypertensive Disorders in Pregnancy at Kenyatta National Hospital in 2019: a Prospective Cohort Study* (Doctoral dissertation, UON).

Massai, R., Díaz, S., Jackanicz, T., & Croxatto, H. B. (2000). Vaginal rings for contraception in lactating women. *Steroids*, 65(10-11), 703-707. [https://doi.org/10.1016/S0039-128X\(00\)00125-2](https://doi.org/10.1016/S0039-128X(00)00125-2).

Massai, R., Miranda, P., Valdes, P., Lavín, P., Zepeda, A., Casado, M. E., ... & Díaz, S. (1999). Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*, 60(1), 9-14. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(99\)00057-8](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(99)00057-8).

Mazharul Islam, M. (2017). Consanguineous marriage in Oman: understanding the community awareness about congenital effects of and attitude towards consanguineous marriage. *Annals of human biology*, 44(3), 273-286. <https://doi.org/10.1080/03014460.2016.1224385>.

McCauley, A. P., Robey, B., Blanc, A. K., & Geller, J. S. (1994). Opportunities for women through reproductive choice. *Population Reports*, 22(1), 1-40.

Mishell Jr, D. R., Moore, D. E., Roy, S., Brenner, P. F., & Page, M. A. (1978). Clinical performance and endocrine profiles with contraceptive vaginal rings containing a combination of estradiol and norgestrel. *American journal of obstetrics and gynecology*, 130(1), 55-62. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(78\)90438-6](https://doi.org/10.1016/0002-9378(78)90438-6).

Mishell Jr, D. R., & Lumkin, M. E. (1970). Contraceptive effect of varying dosages of progestogen in silastic vaginal rings. *Fertility and sterility*, 21(2), 99-103. DOI: [10.1016/s0015-0282\(16\)37333-2](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(16)37333-2).

Mohamed, A. A. & Mohamud, S. S. Determinants of Economic Growth in Somalia: ARDL Model.

Moreau, C., Karp, C., Wood, S., Williams, K., Olaolorun, F. M., Akilimali, P., ... & Anglewicz, P. (2023). Trends in fertility intentions and contraceptive practices in the context of COVID-19 in sub-Saharan Africa: insights from four national and regional population-based cohorts. *BMJ open*, *13*(1), e062385. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062385>.

Morrison, J., & Malik, S. M. M. R. (2023). Population health trends and disease profile in Somalia 1990–2019, and projection to 2030: will the country achieve sustainable development goals 2 and 3?. *BMC Public Health*, *23*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14960-6>.

Nagy, B., Szekeres-Barthó, J., Kovács, G. L., Sulyok, E., Farkas, B., Várnagy, Á., ... & Bódis, J. (2021). Key to life: physiological role and clinical implications of progesterone. *International Journal of Molecular Sciences*, *22*(20), 11039. <https://doi.org/10.3390/ijms22011039>.

Negash, W. D., Eshetu, H. B., & Asmamaw, D. B. (2023). Intention to use contraceptives and its correlates among reproductive age women in selected high fertility sub-saharan Africa countries: a multilevel mixed effects analysis. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15187-9>.

Ngunyulu, R. N., Mulaudzi, F. M., & Peu, M. D. (2020). Traditional birth attendants' experiences during the provision of post-natal care in Mopani District, Limpopo province of South Africa. *Health SA Gesondheid*, *25*. DOI: [10.4102/hsag.v25i0.1468](https://doi.org/10.4102/hsag.v25i0.1468).

Obalase Stephen Babatunde 1 * and Joseph Uchenna Evelyn. (september 15 2017). Knowledge, Attitude and Acceptance of Modern Family Planning Method Among Women Attending Post–Natal Clinic in Ayeka Basic Health Centre in Okitipupa Local Government Area, Ondo State, Nigeria. Ondo State Primary Health Management Board Agency, Nigeria, 1- 8page.

Odejide, T. O. (1986). Offering an alternative to illegal abortion in Nigeria. *New era nursing image international: NENI*, *2*(2), 39-42.

of Research, W. S. P., Bank, W., & IUD Research Group. (1995). The TCU 380A IUD and the frameless IUD “the FlexiGard”: Interim three-year data from an international multicenter trial. *Contraception*, *52*(2), 77-83. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(95\)00140-9](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(95)00140-9).

Okewole, I. A., Faiola, S., Fakounde, A., Yoong, W., Phillip, H., & Amer, S. (2011). The relationship of ethnicity, maternal height and shoe size, and method of delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *31*(7), 608-611. <https://doi.org/10.3109/01443615.2011.590907>.

Oljira, T., Assefa, N., & Dessie, Y. (2016). Female genital mutilation among mothers and daughters in Harar, eastern Ethiopia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 135(3), 304-309. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.017>.

OMAR, A. A., & ABDİRİSAK, D. (2022). Knowledge and practice of family planning methods among the married women of reproductive age group attending SOS hospital in Mogadishu Somalia. *Turkish Journal of Health Science and Life*, 5(2), 62-68. <https://doi.org/10.56150/tjhsl.883663>.

Organization, W. H. (2011). An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM): Progress report: World Health Organization.

Oshora, B., Nguse, T., Fekete-Farkas, M., & Zeman, Z. (2021). Economic growth, investment, population growth and unemployment in Ethiopia. In *SHS Web of Conferences* (Vol. 90, p. 01013). EDP Sciences. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20219001013>.

Park, C. S., Yeoum, S. G., & Choi, E. S. (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing & health sciences*, 7(1), 3-8. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2005.00206.x>.

Phiri, M., Kasonde, M. E., Moyo, N., Sikaluzwe, M., & Simona, S. (2023). A multilevel analysis of trends and predictors associated with teenage pregnancy in Zambia (2001–2018). *Reproductive Health*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01567-2>.

Piyal, B. (1994). Aile planlaması çalışmaları ve topluma dayalı dağıtım.

Plan, E. S. S. (2017). Federal government of Somalia ministry of education, culture and higher education. *Somalia, Mogadishu: Ministry of Education*, 1-179.

Powell, B., Ford, R., & Nowrasteh, A. (2008). Somalia after state collapse: Chaos or improvement?. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 67(3-4), 657-670. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2008.04.008>.

Rehberi, D. Ö. B. Y. (2000). TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. *Ankara-2009*. ss, 9, 41.

Robinet, L., Jeffredo, A., & Clesse, C. (2023). Factors Influencing Contraceptive Choice During the Postpartum Period: A Qualitative Systematic Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13471>.

Roldán, E., Grajeda, L. M., & Pérez, W. (2020). Maternal height associated with cesarean section. A cross-sectional study using the 2014–2015 national maternal-child health survey in Guatemala. *International journal for equity in health*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01182-8>.

Roumen, F. J. M. E., Apter, D., Mulders, T. M. T., & Dieben, T. O. M. (2001). Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing

etonogestrel and ethinyl oestradiol. *Human Reproduction*, 16(3), 469-475. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.3.469>.

Rouzi, A. A. (2010). Epidermal clitoral inclusion cysts: not a rare complication of female genital mutilation. *Human reproduction*, 25(7), 1672-1674. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq126>.

Roy, S., Krauss, R. M., Mishell Jr, D. R., Casagrande, J., & Pike, M. C. (1981). The effect on lipids and lipoproteins of a contraceptive vaginal ring containing levonorgestrel and estradiol. *Contraception*, 24(4), 429-449. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(81\)90008-1](https://doi.org/10.1016/0010-7824(81)90008-1).

Royer, P. A., Olson, L. M., Jackson, B., Weber, L. S., Gawron, L., Sanders, J. N., & Turok, D. K. (2020). "In Africa, there was no family planning. Every year you just give birth": Family planning knowledge, attitudes, and practices among Somali and Congolese refugee women after resettlement to the United States. *Qualitative health research*, 30(3), 391. doi: [10.1177/1049732319861381](https://doi.org/10.1177/1049732319861381)

Royston, E., Armstrong, S., & World Health Organization. (1989). *Preventing maternal deaths*. World Health Organization.

Salisbury, P., Hall, L., Kulkus, S., Paw, M. K., Tun, N. W., Min, A. M., ... & McGready, R. (2016). Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women on the Thailand-Myanmar border—a mixed methods study. *Reproductive health*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0212-2>.

Sardoğan, M. E., & Karahan, T. F. (2005). Evli bireylere yönelik bir İnsan İlişkileri Beceri Eğitimi Programı'nın evli bireylerin evlilik uyum düzeylerine etkisi.

Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–e333. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X [Crossref], [Web of Science ®], [Google Scholar]

Sayın Ö. Ailenin Toplumdaki Yeri. Aile Sosyolojisi. Ege Ün. Basımevi. İzmir 1990.

Schultz, C., Larrea, N., Celada, M., & Heinrichs, G. (2018). A qualitative assessment of community attitudes and barriers to family planning use in the Trifinio region of southwest Guatemala. *Maternal and Child Health Journal*, 22, 461-466. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2479-0>.

Seva, O. N. E. R., & HASSAN, S. A. Somali'de Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 10(1), 7-13.

Shakirat, G. O., Alshibshoubi, M. A., Delia, E., Hamayon, A., & Rutkofsky, I. H. (2020). An overview of female genital mutilation in Africa: are the women beneficiaries or victims?. *Cureus*, 12(9). DOI: 10.7759/cureus.10250

Sharma, V., Mohan, U., Das, V., & Awasthi, S. (2012). Socio demographic determinants and knowledge, attitude, practice: Survey of family planning. *Journal of family medicine and primary care*, 1(1), 43. doi: [10.4103/2249-4863.94451](https://doi.org/10.4103/2249-4863.94451)

Singh, S., & Maddow-Zimet, I. (2016). Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(9), 1489-1498. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13627>.

Sivin, I., Mishell Jr, D. R., Alvarez, F., Brache, V., Elomaa, K., Lähteenmäki, P., ... & Jackanicz, T. M. (2005). Contraceptive vaginal rings releasing Nestorone® and ethinylestradiol: a 1-year dose-finding trial. *Contraception*, 71(2), 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.08.010>.

Sivin I, Mishell Jr D, Victor A, et al. A multicenter study of levonorgestrel-estradiol contraceptive vaginal rings. I. Use effectiveness. An international comparative trial. *Contraception* 1981;24:341–58.

Mishell Jr, D. R., Victor, A., Diaz, S., Alvarez-Sanchez, F., Nielsen, N. C., Akinla, O., ... & Nash, H. A. (1981). A multicenter study of levonorgestrel—Estradiol contraceptive vaginal rings III—Menstrual patterns: An international comparative trial. *Contraception*, 24(4), 377-392. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(81\)90005-6](https://doi.org/10.1016/0010-7824(81)90005-6).

Sivin, I., Díaz, S., Croxatto, H. B., Miranda, P., Shaaban, M., Sayed, E. H., ... & Jackanicz, T. (1997). Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception*, 55(4), 225-232. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(97\)00008-5](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(97)00008-5).

Smith, L. J. (2016). Training Traditional Birth Attendants in Sub-Saharan Africa.

Somali Community Health Strategy' Health Services at the doorstep of Somali Communities. MOH. Mogadishu-Somalia, 2015.

Sönmez, C. I., & SIVASLIOĞLU, A. A. (2019). Gebe kadınların doğum şekli tercihi ve bunları etkileyen faktörler. *Konuralp Medical Journal*, 11(3), 369-376. <https://doi.org/10.18521/ktd.629706>.

Stillman, M., Kibira, S. P., Shiferaw, S., Makumbi, F., Seme, A., Sully, E. A., ... & Giorgio, M. (2023). Postabortion and safe abortion care coverage, capacity, and caseloads during the global gag rule policy period in Ethiopia and Uganda. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-09017-8>.

Süren, C. (2002). Samsun kent merkezinde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma durumu ve etkileyen faktörler.

Tiwari, S. (2012). *Factors influencing unmet needs for family planning among currently married women in Nepal* (Master's thesis, Universitetet i Tromsø).

Taraborrelli, S. (2015). Physiology, production and action of progesterone. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 94, 8-16. <https://doi.org/10.1111/aogs.12771>

Teixeira, A. L., & Lisboa, M. (2016). Estimating the prevalence of female genital mutilation in Portugal. *Public Health*, 139, 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.05.002>.

TESSEMA, H. F. (2022). *The Effect of population growth on the economic growth of 43 Sub-Saharan African countries* (Doctoral dissertation, KDI School).

The Federal Government of Somalia (FGS) 2020.

Toivonen, J., Lähteenmäki, P., & Luukkainen, T. (1978). Pituitary and gonadal function during the use of norgestrel-estradiol vaginal rings. *Contraception*, 18(3), 201-211. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(78\)80014-6](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(78)80014-6).

Tolassa, Y. (2004). The role of men in family planning in a rural community of western Ethiopia. *A Doctoral Dissertation in Addis Ababa University*.

Türkiye İstatistik Yıllığı 1993, DİE Yayını, Ankara, Mayıs 1994

Türkiye'de Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Çalışmaları, Sağlık Bakanlığı, AÇS-AP Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, Mayıs 1991

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor

Uneke, C. J., & Ogbonna, A. (2009). Malaria and HIV co-infection in pregnancy in sub-Saharan Africa: impact of treatment using antimalarial and antiretroviral agents. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(8), 761-767. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.06.017>.

UNFPA, WHO, UNICEF, UKaid and the EC. Reproductive Health National Strategy & Action Plan 2010-2015, Somalia. https://www.unicef.org/somalia/health_11684.html.

UNFPA, WHO, UNICEF, UKaid and the EC. Reproductive Health National Strategy & Action Plan 2010-2015, Somalia. https://www.unicef.org/somalia/health_11684.html.

UNICEF “Situation Analysis of Children in Somalia 2016”. https://www.unicef.org/somalia/resources_18507.html.

UNICEF and WHO. (2012). *Progress on Drinking Water and Sanitation 2012 Update*. Retrieved from: <https://www.unicef.org/media/files/JMPReport2012.pdf> (Accessed April 2020).

UNICEF ulusların gelişmesi. 1996.

United Nations (UN) Department of Economic and Social Affairs. (2019). *World Population Prospects 2019*.

United Nations Children's Fund, & Gupta, G. R. (2013). Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. *Reproductive Health Matters*, 184-190.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2013). *UNESCO Institute for Statistics*.

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2015). Integrated Action Plan for Sustainable Return and Reintegration of Somali Refugees from Kenya to Somalia. Retrieved June 2017 from <http://unhcr.org/561e54069.pdf>

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2017a). Refugees and Asylum-seekers Statistical Report with UNHCR Somalia. Retrieved August 2017 from <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/58695>

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2017b). UNHCR Population Statistics. Retrieved June 2017 from <http://popstats.unhcr.org/en/overview>

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2017c). Global Focus: Somalia. Retrieved June 2017 from <http://reporting.unhcr.org/node/2550>

United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2017d). Somalia Repatriation Update May 1-31 2017. Retrieved June 2017 from <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/57557>

United Nations Population Fund (UNFPA). (2014). *The Population Estimation Survey, 2014*. Nairobi: The United Nations Office of Nairobi Printers. Publishing Services Section/DCS.

Unuigbo, J. A., Orhue, A. A. E., & Feyi-Waboso, P. A. (1988). Outcome of cesarean section in twin pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 26(3), 393-397. [https://doi.org/10.1016/0020-7292\(88\)90335-9](https://doi.org/10.1016/0020-7292(88)90335-9).

Vivian Brache Luis José Payán, Current status of contraceptive vaginal rings. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2012.08.037>

Vouking, M. Z., Evina, C. D., & Tadenfok, C. N. (2014). Male involvement in family planning decision making in sub-Saharan Africa-what the evidence suggests. *Pan African Medical Journal*, 19(1). DOI: [10.11604/pamj.2014.19.349.5090](https://doi.org/10.11604/pamj.2014.19.349.5090).

Warsame, H. H. Assessing Neonatal Mortality rates and its determinants in two health facilities in Bosaso, Puntland State of Somalia.

Weisberg, E., Brache, V., Alvarez, F., Massai, R., Mishell Jr, D. R., Apter, D., ... & Fraser, I. S. (2005). Clinical performance and menstrual bleeding patterns with three dosage combinations of a Nestorone® progestogen/ethinyl estradiol contraceptive

vaginal ring used on a bleeding-signaled regimen. *Contraception*, 72(1), 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2004.12.014>.

Weisberg, E., Fraser, I. S., Lacarra, M., Mishell Jr, D. R., Alvarez, F., Brache, V., & Nash, H. A. (1999). Efficacy, bleeding patterns, and side effects of a 1-year contraceptive vaginal ring. *Contraception*, 59(5), 311-318. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(99\)00035-9](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(99)00035-9)

WHO. Maternal mortality fact sheet. 2016. [Google Scholar]

Widholm, O., & Vartiainen, E. (1974, January). The absorption of conjugated oestrogen and sodium oestrone sulphate from the vagina. In *Annales chirurgiae et gynaecologiae Fenniae* (Vol. 63, No. 3, pp. 186-190).

World Bank (2017). Gender Equality, Poverty Reduction, and Inclusive Growth: 2016-2023 Gender Strategy - 2017 Update to the Board (English). Washington, D.C. : World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/207481489888852225/Gender-Equality-Poverty-Reduction-and-Inclusive-Growth-2016-2023-Gender-Strategy-2017-Update-to-the-Board>.

World Health Organization. (1998). *Female genital mutilation: an overview*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. World Health Organization.

World Health Organization. Maternal Health. Available online: <https://www.who.int/maternal-health/en>.

WRC, U. (2011). Refocusing Family Planning in Refugee Settings: Findings and Recommendations from a Multi-Country Baseline Study. *UNHCR. November*, 3-5.

Wuest, S., Raio, L., Wyssmueller, D., Mueller, M. D., Stadlmayr, W., Surbek, D. V., & Kuhn, A. (2009). Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(9), 1204-1209. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02215.x>

EK AÇIKLAMALAR A.

POWER ANALIZI

Two-Sample T-Test Power Analysis

Numeric Results for Two-Sample T-Test

Null Hypothesis: Mean1=Mean2. Alternative Hypothesis: Mean1≠Mean2

The standard deviations were assumed to be unknown and unequal.

| Power | Allocation | | | Alpha | Beta | Mean1 | Mean2 |
|---------|------------|-----------|-------|---------|---------|-------|-------|
| | N1 S1 | N2 S2 | Ratio | | | | |
| 0,99001 | 87 1,9 | 87 1,6 | 1,000 | 0,05000 | 0,00999 | 3,4 | 2,2 |
| 0,95057 | 62 1,9 | 62 1,6 | 1,000 | 0,05000 | 0,04943 | 3,4 | 2,2 |
| 0,90470 | 51 1,9 | 51 1,6 | 1,000 | 0,05000 | 0,09530 | 3,4 | 2,2 |
| 0,85803 | 44 1,9 | 44 1,6 | 1,000 | 0,05000 | 0,14197 | 3,4 | 2,2 |
| 0,80296 | 38 1,9 | 38 1,6 | 1,000 | 0,05000 | 0,19704 | 3,4 | 2,2 |

References

Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., and Pinol, A. 1997. Sample Size Tables for Clinical Studies, 2nd. Edition. Blackwell Science. Malden, MA.

Zar, Jerrold H. 1984. Biostatistical Analysis (Second Edition). Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey.

Report Definitions

Power is the probability of rejecting a false null hypothesis. Power should be close to one.

N1 and N2 are the number of items sampled from each population. To conserve resources, they should be small.

Alpha is the probability of rejecting a true null hypothesis. It should be small.

Beta is the probability of accepting a false null hypothesis. It should be small.

Mean1 is the mean of populations 1 and 2 under the null hypothesis of equality.

Mean2 is the mean of population 2 under the alternative hypothesis. The mean of population 1 is unchanged.

S1 and S2 are the population standard deviations. They represent the variability in the populations.

Summary Statements

Group sample sizes of 87 and 87 achieve 99% power to detect a difference of 1,1 between the null hypothesis that both group means are 3,4 and the alternative hypothesis that the mean of group 2 is 2,2 with estimated group standard deviations of 1,9 and 1,6 and with a significance level (alpha) of 0,05000 using a two-sided two-sample t-test.

EK AÇIKLAMALAR B.

FORMLAR

EK 1. Veri Toplama Formu

Türkiye’de yaşayan 15-49 yaş arası Somalili kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma ve bu yöntemlere ilişkin plan ve tutumları

Değerli Katılımcı, Bu anket Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi hazırlamak için planlanan bu çalışmada, Türkiye’de yaşayan 15-49 yaş arası Somalili kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma ve bu yöntemlere ilişkin plan ve tutumları değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Elde edilen bilgiler sadece bu çalışmada kullanılacak ve bilgiler gizli tutulacaktır. Hiçbir katılımcının kişisel bilgileri (ad-soyadı, mobil telefonu, ev-iş adresi gibi) kayıt edilmeyecek ve saklanmayacaktır. Bu çalışmaya katılmak veya katılmamak tamamen özgür iradenize bağlıdır. Katıldığınız takdirde, anketimizde yer alan tüm sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katılarınız için teşekkür ederiz.

Karabük Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Saida Abukar AWEİS

A. KADINLARIN VE EŞLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1. Kaç yaşındasınız?

.....

2. Eşiniz kaç yaşında?

.....

3. Kaç kardeşiniz?

.....

4. Eğitim durumunuz nedir?

1. İlkokul mezunu 2. Ortaokul mezunu 3. Lise mezunu 4. Üniversite
5. Lisansüstü

5. Medeni durumunuz?

1. Evli 2. Bekâr 3. Boşanmış

6. Kaç yıldır evlisiniz?

.....

7. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1. İlkokul mezunu 2. Ortaokul mezunu 3. Lise mezunu 4. Üniversite
5. Lisansüstü eğitim

8. Çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

9. Mesleğiniz nedir?

1. Memur 2. İşçi 3. Serbest Meslek 4. Ev Hanımı 5. Ticaret 6. Diğer

10. Eşiniz çalışıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

11. Eşinizin mesleği nedir?

1. Memur 2. İşçi 3. Serbest Meslek 4. Ev Hanımı 5. Ticaret 6. Diğer

12. Evinizin gelir durumu hangisine uyar?

.....

13. Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek 2. Geniş

14. İkametgâhınızda (eviniz) kaç kişi yaşıyorsunuz?

.....

15. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Var 2. Yok

16. Sosyal güvenceniz yoksa tedavi hizmetlerini nasıl alıyorsunuz?

1. Para ile 2. Devlet yardımı ile 3. Vakıf, dernek, komşu yardımı 4. Diğer

B. KADINLARIN OBESTETRİK ÖYKÜSÜ

17. Kaç yaşında evlendiniz?

.....

18. Eşiniz ile akrabalık durumu var mı?

1. Var 2. Yok

19. Eşinizle akrabalık dereceniz nedir?

1. Kuzen (amca, dayı, teyze, hala) 2. Uzaktan akraba 3. Aynı soyadı taşıyoruz
4. Yakın değiliz 5. Yabancı

20. Kaç tane çocuğunuz var?

.....

21. İlk gebelik yaşıınız kaç?

.....

22. İlk gebeliğiniz evlilikten kaç yıl sonra oldu?

.....

23. Kronik hastalığınız var mı?

1. Var 2. Yok

24. Kronik hastalığınız varsa hangisine uyar?

1. Gastrit gibi mide bağırsak hastalığı 2. Astım ve akciğer hastalığı
3. Diyabet 4. Kalp rahatsızlığı 5. Hipertansiyon
6. Kronik hastalık 7. İmmun hastalıkları

25. Kaç tane doğum yaptınız?

.....

26. Kaç kez gebe kaldınız?

.....

27. Gebeliklerinizi planlayarak mı yaptınız?

1. Evet 2. Hayır

28. Kaç çocuğunuzu planlayarak yaptınız?

.....

29. İstemeyerek kaç tane düşüğünüz var?

.....

30. Kaç tane istemediğiniz gebelik olduğu için çocuğunuzu aldıldınız?

.....

31. Son gebeliğinizin sonucu nedir?

1. Düşük 2. Canlı doğum 3. Gebeyim henüz doğurmadım

32. Son doğum şekliniz nedir?

1. Normal doğum 2. Sezaryen

33. Sağlıklı bir gebelik için sizce annenin hangi yaşta olması gerekir?

.....

34. Sağlıklı bir gebelik için annenin hangi yaştan sonra gebe kalmaması gerekir?

.....

35. Anne ve çocuk sağlığı açısından iki gebelik arasında en az kaç yıl olmalıdır?

.....

C. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

36. Herhangi bir aile planlaması yöntemi biliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

37. Hangi yöntemleri biliyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Yöntemler

- 1.Hap 2. Kondom 3. RİA 4. Enjeksiyonlar 5. Tüp Ligasyon 6. Vazektomi
7.Takvim Yöntemi 8. Geri Çekme 9. Diğer (Lütfen yazınız)

38. Eşinizin aile planlaması hakkında bilgisi var mı?

1. Evet var 2. Hayır bilmiyor 3. Fikrim yok

39. Aile planlaması ile ilgili bilgiyi eşiniz ile beraber mi aldığınız?

1. Evet 2. Hayır

40. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgiyi nereden aldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Gazete-Dergi-Kitap 2. Radyo- Televizyon 3. Akraba-Komşu
4. Sağlık personeli 5. İnternet 6. Sosyal medya mesajlar 7. Diğer

41. Aile planlaması hakkında ne düşünüyorsunuz?

1. Karşıyım
2. Fikrim yok
3. İyi değil
4. Sağlıklı değil
5. Günah
6. Sonra doğacak çocuklara zarar verir

42. Eşiniz aile planlaması hakkındaki fikri nedir?

1. İstiyor
2. İstemiyor

43. Aile planlamasına nasıl karar veriyorsunuz?

1. Eşim istemiyor
2. Ben istemiyorum
3. Ben korunuyorum
4. Eşim korunuyor
5. Günah olduğu için uygulamıyoruz
6. Ayıp olduğu için uygulamıyoruz
7. Eşim istemiyor

44. Herhangi bir sağlık personelinden (ebe, hemşire, doktor) aile planlaması yöntemlerine yönelik danışmanlık ile ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

45. Sağlık personelinden aldığınız aile planlaması danışmanlığını yeterli buldunuz mu?

1. Evet
2. Hayır
3. Fikrim yok

46. Aldığınız aile planlaması danışmanlığını eşiniz ile beraber mi aldınız?

1. Evet
2. Hayır
3. Ben aldım eşim almadı
4. Eşim aldı ben almadım

47. Şu anda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

48. Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

1. Hap
2. Kondom
3. RİA
4. Enjeksiyonlar
5. Tüp ligasyon (kadının tüplerini bağlatması)
6. Vazektomi (Erkeğin kanallarını bağlatması)
7. Takvim yöntemi
8. Geri çekme
9. Diğer

49. Kaç yıldır aile planlaması kullanıyorsunuz?

.....

50. Kullandığınız aile planlaması yöntemi eşinizle beraber mi seçtiniz?

1. Evet 2. Hayır

51. Kullandığınız aile planlaması yönteminden eşiniz memnun mu?

1. Memnun 2. Memnun değil

52. Kullandığınız yöntem hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? (Bu soru yöntem kullananlar içindir)

1. Düzensiz adet 2. Hormon düzensizliği
3. Baş ağrısı 4. Olumlu 5. Fikrim yok

53. Kullandığınız yöntemden memnun musunuz?

1. Evet 2. Hayır

54. Kullandığınız yöntemlerden memnun değilseniz nedeni aşağıdakilerin hangisine uyar?

1. Ağrı veriyor veya rahatsız ediyor 2. Süresi kısa
3. Sürekli almak zorundayım 4. Bir sonraki gebeliği zarar verir
5. Fikrim yok

55. Kullanılan aile planlaması yöntemini temin etme durumunuz nedir?

1. Satın alıyorum 2. Para ödemiyorum
3. Arkadaşımdan / yakınımda alıyorum
4. Bulursam kullanıyorum 5. Diğer

56. Kullanılan aile planlaması yöntemini tercih nedeniniz nedir?

1. Kullanım kolaylığı 2. Eşimin çocuk sahibi olmayı istememesi
3. Ben çocuk sahibi olmayı istemiyorum 4. Ücretsiz olması
5. Temiz olması 6. Uzun süreli koruma sağlaması
7. Güvenli olması 8. Diğer

57. Aile planlaması yöntemlerinin fiyatları tercihlerinizi etkiler mi?

1. Evet 2. Hayır

58. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmıyorsanız nedeni nedir?

1. Gebe kalmak istiyorum 2. Tedavisiz gebe kalamıyorum
3. Eşim istemiyor 4. Herhangi bir sebebi yok 5. Şu an gebeyim
6. Haram 7. Ayıp 8. Çevremden utanıyorum


59. Kullanmayı bıraktığınız yöntem/ yöntemler oldu mu?

- 1.Evet 2. Hayır

60. Neden korunma yöntemini bıraktınız?

1. Eşim istemiyor 2. Gebe kalmak istiyorum
3. Hastalık geçirdim 4. Kanamam arttı
5. Âdetim düzensizleşti 6. Ağrı ve sızılarım arttı
7. Nedeni yok 7. Fikrim yok

Ek 2. BGOF Formu

| KARABÜK ÜNİVERSİTESİ | | |
|--|-------------------------------------|--|
|  | | |
| GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | |
| LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ! | | |
| Sayın | | |
| <p>Sizi "Türkiye'de yaşayan 15-49 yaş arası Somalili kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma ve bu yöntemlere ilişkin plan ve tutumları" başlıklı araştırmaya katılmaya davet ediyoruz. Araştırma, Karabük merkezli 15 ilde gerçekleştirilecektir. Araştırmada Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya, Eskişehir, Trabzon, Samsun, Isparta, Adana, Mersin, Bursa, Konya, Kütahya ve Burdur illerinde yaşayan Somalili bayanlar dahil edilecektir. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatli okumak için lütfen zaman ayırınız. Eğer anlamadığımız, sizin için açık olmayan konular var ise ya da daha fazla bilgi isterseniz aşağıdaki e-mail adresinden ya da telefon numarasından bana ve danışman hocama ulaşabilir ve istediğinizi sorabilirsiniz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz veya çalışmacılar tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir. İsminiz hiçbir şekilde çalışmada yer almayacağı gibi hiçbir bilginiz bu çalışma dışındaki hiç kimse ile paylaşılmayacaktır.</p> <p>Araştırmaya katılmak tamamen <u>gönüllülük esasına</u> dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan <u>çıkma hakkına da</u> sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Cevap vermek istemediğiniz veya rahatsız olduğunuz soruları cevaplandırmama hakkına sahipsiniz. Bütün sorulara özgürce sadece kendi fikriniz ile cevap verebilirsiniz.</p> | | |
| ARAŞTIRMACININ | | |
| Adı Soyadı | Dr. Öğretim Üyesi. Namık BİLİCİ | |
| Unvanı | Danışman Öğretim Üyesi | |
| Adı Soyadı | Saida Abukar SAIDA AWEIS | |
| Unvanı | Yüksek Lisans Öğrencisi-Ebe | |

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU


| | |
|--|---|
| <p>ARAŞTIRMANIN AMACI <i>(Çalışmanın araştırma amaçlı olduğu mutlaka belirtilmeli, gönüllünün anlayabileceği sade bir dil kullanılmalı ve kısaltılmış ifadeler açıklanmalıdır).</i></p> | <p>Çalışmanın amacı, Türkiye’de yaşayan 15-49 yaş arası Somalili kadınların aile planlaması (AP) yöntemleri kullanma durumlarının ve AP yöntemleri kullanımına yönelik plan ve tutumlarının değerlendirilmesidir.</p> <p>Bu amaçla tek tek yüz yüze ulaşılabilen en az 200 kadına ulaşılarak anket mülakatı yapılacaktır.</p> |
| <p>İZLENECEK OLAN TEDAVİ, YÖNTEM VE YAPILACAK İŞLEMLER: <i>(İzlenecek olan yöntem ve yapılacak bütün işlemler -invaziv olsun veya olmasın- açık ve anlaşılır bir şekilde belirtilmeli, kan, idrar gibi hasta materyallerinin kullanıldığı çalışmalarda, bu örneklerin</i></p> | <p>İzlenecek olan araştırma yöntemi ve yapılacak işlemlerde veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan bir soru formu kullanılacaktır. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanacaktır. Türkiye’de Somalili kadınların en kalabalık nüfus varlığı ile yaşadığı iller esas alınacaktır. Bu iller Ankara, Adana, Antalya, Burdur, Bursa, Eskişehir İstanbul, Isparta, İzmir, İçel, Karabük, Konya, Kütahya, Samsun, Trabzon olarak tercih edilmiştir. Bu illerdeki öğrenci, mukim veya en az bir aydan beri Türkiye’de bulunan Somali vatandaşı bayanlar ile görüşülecektir. Öncelikle bu çalışma için anket formunu cevaplayacak kadar zamanının olup olmadığı sorulacaktır. Zaman ayırması halinde anketimizin konusu, içeriği, amacı ve hedefi sarih şekilde izah edilerek cevaplamak isteyip istemediği sorulacaktır. Olumlu cevap alınır ise anket uygulanacak, alınmaz ise iyi temenniler ile ayrılacaktır. Araştırmamızda <i>invaziv</i>, cerrahi, bireye dokunan, stres yaratan, herhangi bir nedenle bireyi sınırlayan veya bedenine ilişkin hiçbir uygulama içermemektedir. Çalışma; sadece anket üzerinden sorulan soruları cevaplamak şeklinde yapılacaktır.</p> |



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

| | |
|--|---|
| <p><i>İyuma sıklığı ve miktarları, alımına şekli, bu işlemlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuzluklar veya riskler mutlaka yazılmalıdır).</i></p> | |
| ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI YER(LER) | Çalışma Türkiye sınırları içerisinde yapılacaktır. 1. Ankara 2. Adana 3. Antalya 4. Bursa 5. Burdur 6. Eskişehir 7. Isparta 8. İçel 9. İstanbul 10. İzmir 11. Karabük 12. Konya 13. Kütahya 14. Samsun 15. Trabzon |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN ARAŞTIRICILAR | 1. Dr. Öğr. Üyesi. Namık BİLİCİ 2. Saida Abukar AWEİS |
| ARAŞTIRMANIN SÜRESİ | Çalışmada veri toplama aşaması 01.02.2022 ile 31.03.2022 tarihleri arasında Türkiye’ de yaşayan Somalili 15-49 yaş arası kadınları ile yüzde görüşmek suretiyle yapılacaktır. |
| KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI | Toplam: en az 200 katılımcı beklenmektedir. |
| SİZE GETİREBİLECEĞİ OLASI FAYDALAR <i>(Gönüllülerin çalışmaya katılmasını teşvik edecek veya yönlendirecek ifadelerden kaçınılmalıdır)</i> | <p>Somali’den Türkiye’yi göç etmiş olan ailelerin aile planlanması hakkındaki bilgilerinin düzeyi ölçülmüş olacaktır. Gebeliği ilişkin bilgi ve tutumları değerlendirilecektir. Çocuk sahibi olma veya düşük (abartıs) durumlarına ilişkin durumları ve bilgi düzeyleri öğrenilecektir. Somali’de erken evlilik ve yüksek doğurganlık durumundan dolayı aile planlamasına ilişkin düşünceleri ortaya çıkarılacaktır. Somali’de yüksek olan anne ve bebek ölümlerinin aile planlamasına ne şekilde yansıdığı ilişkilendirilecektir.</p> <p>Çalışmanın gelecekte aile planlaması konusunda yapılacak araştırmalara temel oluşturmasının ve Somali’deki üreme sağlığı konusundaki çalışmalarına katkı sağlamasının yanı sıra, uzun erimde kadın sağlığının geliştirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Çalışmadan elde edilecek veriler, toplumdaki aile planlaması hizmetlerine erişim ile ilgili engellerin ve hizmetlerde üstesinden gelinmesi gereken zayıflıkların belirlenmesine yardımcı olarak genel bir yönelim sağlaması</p> |

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

| | |
|---|---|
|  | <p>mümkündür. Türkiye’de değişik amaçlarla bulunan Somalili bayanların aile planlamasına bakış açılarının süreç içinde değişimi ve bilgiye entegrasyonları noktasında kelebek etkisi yapabileceği ön görülmektedir.</p> |
| <p>SİZE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR: <i>(Gönüllünün başına gelebilecek, makul olarak öngörülebilir her türlü risk ve rahatsızlık (örneğin ağrı, enfeksiyon, riski, tedavideki olası başarısızlık vb.) açıkça belirtilmelidir.</i></p> | <p>Anket uygulamasında bireyler tamamen özgür ve istedikleri herhangi bir soruda bırakabilme özgürlüğüne sahip olacaklardır. Ankete teşrif eden hiçbir bayanın özel hiçbir verisi alınmayacağından herhangi bir hukuki veya idari sorun da oluşmayacaktır. Bundan dolayı; Araştırmanın bize getirebileceği hiçbir risk veya rahatsızlık bulunmamaktadır. Sadece bireyler çalışma anketine katılmak istemeyebilirler bu konuda da özgürdürler.</p> |

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

| | |
|--|---|
| KATILMA VE ÇIKMA | |
| <p>Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.</p> | |
| MASRAFLAR <i>(Bu bölümde çalışma masraflarının hangi kaynaktan karşılanacağı, gönüllüye verilecek tazminat veya tedavi, ulaşım, yemek vb masraflara ilişkin ödemeler belirtilmelidir.)</i> | <p>Çalışma invaziv herhangi bir uygulama içermediğinden ve sorumluluk yüklenmediğinde gönüllüye hiçbir masraf, ek yük, mali giderinin olması söz konusu değildir.</p> |



Ben, [gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

1. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.
2. Gerek duyulursa kişisel bilgileri mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
3. Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

GONULLUNUN

Bu bölüm gönüllü tarafından kendi el yazısı ile doldurulup imzalanacaktır.

| | | |
|---|----------------|------|
| ADI-SOYADI | | İMZA |
| ADRESİ | | A |
| TELEFON | | |
| E-POSTA | | |
| TARİH (gün/ay/yıl) | ----/----/---- | |
| VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİSİNİN (Kendi el yazısı ile) | | |
| ADI-SOYADI | | İMZA |
| | | A |

Ek 3. Etik Formu

Tarih ve Sayı: 15.12.2021 - E.88244



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
✦

Sayı : E-77192459-050.99-88244
Konu : 2021/778 Nolu Karar

15.12.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "Türkiye'De Yaşayan 15-49 Yaş Arası Somalili Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Ve Bu Yöntemlere İlişkin Plan Ve Tutumları" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Saida Abukar AWEİS İlköğretim eğitimini Mogadişu'da, lise eğitimini Trabzon'da tamamladı. 2015 yılında Ondokuz Mayıs Üniveristesi Ebelik bölümüne başladı ve 2019 yılında mezun oldu. Şuan Ankara Medicana İnternational Hastanesinde çalışmaktadır.