

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Sağlık Kurumlarında Aile Planlaması
Hizmetlerinin Kalitesi; Jijiga, Doğu Etiyopya**

ASMA ABDI IBRAHİM

**HALK SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR 2019

TEZ KODU: DEU. HSI. MSc-2015970093

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Sağlık Kurumlarında Aile Planlaması
Hizmetlerinin Kalitesi; Jijiga, Doğu Etiyopya**

**HALK SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ASMA ABDI IBRAHİM

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Gül ERGÖR

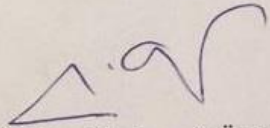
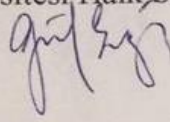
TEZ KODU: DEU. HSI. MSc-201597009

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans programı öğrencisi Asma Abdi Ibrahim ‘Sağlık kurumlarında
Aile planlaması hizmetlerinin kalitesi; Jijiga, Doğu Etiyopya’ konulu
Yüksek Lisans tezini 21/06/2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Prof. Dr. Gül ERGÖR

BAŞKAN

(Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı)



Prof. Dr. Türkan GÜNAY

ÜYE

(Dokuz Eylül Üniversitesi Halk
Sağlığı Anabilim Dalı)



Prof. Dr. Beyhan ÖZYURT

ÜYE

(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp
Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Bülent KILIÇ

YEDEK ÜYE

(Dokuz Eylül Üniversitesi Halk
Sağlığı Anabilim Dalı)

Prof. Dr. Erhan ESER

YEDEK ÜYE

(Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp
Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı)

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iii
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
ABBREVIATION	viii
TEŞEKKÜR	x
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. Giriş ve Amaç	3
1.1 Problemin Tanımı ve önemi	3
1.2 Araştırma amacı	5
1.3 Araştırmanın soruları	5
2. Genel Bilgiler	7
2.1 Ülkeye Genel Bakış	7
2.1.1 Doğurganlık Oranı	7
2.1.2 Kadın Başına İstenen Çocuk	8
2.2 Etiyopya'da aile planlaması hizmetleri	8
2.3 Aile planlamasında danışmanlık	9
2.4 STK'ların rolü	10
2.5 Kullanıcının Aile Planlaması Hizmeti Memnuniyeti	10
2.6 Aile Planlamasının Kalitesi	11
3. Gereç ve Yöntem	14
3.1 Araştırmanın Tipi	14
3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	14
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.4 Çalışma Materyali	16
3.5 Araştırmanın Değişkenleri	16

3.5.1	Bağımlı değişkenler	16
3.5.2	Bağımsız değişkenler	16
3.6	Veri toplama araçları.....	18
3.6.1	Quick Investigation of Quality (QIQ) nedir?	18
3.7	Araştırma Planı ve Takvimi.....	19
3.8	Verilerin analizi	20
3.9	Araştırmanın sınırlılıkları	20
3.10	Etik Kurul Onayı.....	20
4.	Bulgular	21
4.1	Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	21
4.2	Aile Planlaması Yöntemleri Bilgisi	23
4.3	Katılımcıların Üreme Özellikleri	26
4.4	Aile Planlaması Kullanımı	28
4.5	Katılımcının İmplant, Enjeksiyon veya Hap Kullanımı.....	30
4.6	Kontraseptif Yöntem Değiştirme	32
4.7	Katılımcıların Aile Planlaması Bilme Durumu Ve Memnuniyeti Düzeyi	33
4.8	Son Altı Ayda, Aile Planlaması Kullanımını Etkileyen Etkenler.....	36
4.9	İmplant Kullanımını Etkileyen Etkenler	37
4.10	AP Hizmeti Sağlamak İçin Sağlık Kurumlarının Hazırlığı.....	38
4.11	Sağlık Kurumlarında Ekipmanın Mevcut Durumu.....	39
4.12	Hizmet Kalitesi	40
5.	Tartışma.....	41
5.1	Aile Planlaması Bilme.....	42
5.2	Aile Planlaması Kullanımı	42
5.3	Katılımcıların Aile Planlaması Hizmetinden Memnuniyeti	43
6.	Sonuç ve Öneriler	45
6.1	Sonuç.....	45
6.2	Öneriler.....	45
	Referans.....	45
	EKLER-1	50
	EKLER -2.....	62

EKLER-3.....	65
--------------	----



TABLO DİZİNİ

Tablo		Sayfa No
Tablo 1	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	22
Tablo 2	Katılımcıların aile planlaması bilgileri	25
Tablo 3	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre üreme özellikleri	27
Tablo 4	Katılımcıların son altı ayda kullandığı aile planlaması yöntemleri	29
Tablo 5	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre son altı ayda kullandığı aile planlaması yöntemi	31
Tablo 6	Katılımcılar son altı ayda değiştirdiği kontraseptif yöntemleri	32
Tablo 7	Katılımcıların yaş, etnik kökeni ve dinlerine göre aile planlaması bilgi ve aile planlaması hizmetinden memnuniyeti	34
Tablo 8	Katılımcıların eğitim, çalışma ve medeni durumlarına göre aile planlaması bilgisi ve aile planlaması hizmetinden memnuniyeti	36
Tablo 9	Katılımcılarda AP kullanıcı ya da kullanıcı olmama durumunu belirleyen etkenler.	37
Tablo 10	Katılımcıların enjeksiyon / hap ya da İmplant kullanıcı olmasını etkileyen etkenler	38
Tablo 11	Sağlık kurumlarında sağlanan aile planlaması yöntemleri türleri.	39

ŞEKİL DİZİNİ

ŞEKİL		Sayfa No
ŞEKİL 1	Etiyopya, doğum kontrol prevalansı oranı 2000-2016	4
ŞEKİL 2	Etiyopyada evli kadınların kontraseptif kullanımı 2014	5
ŞEKİL 3	Etiyopya'nın üç katmanlı sağlık sisteminin yapısı	9
ŞEKİL 4	Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi Şeması	15

KISALTMALAR

ABDUKA	Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı
AÇS	Anne ve Çocuk Sağlığı
AÖÖ	Anne Ölüm Oranı
AP	Aile Planlaması
BBSB	Birinci Basamak Sağlık Birimi
BGP	Bağışıklama için Genişletilmiş Program
KK	Kadın Kondomu
BÖH	Bebek Ölüm Hızı
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EARD	Etiyopya Aile Rehberliği Derneği
EDSA	Etiyopya Demografik Ve Sağlık Araştırması
EGH	Ertesi Gün Hapı
EK	Erkek Kondomu
HK	Hizmet Kalitesi
İA	İşbirliği Ajansları
KS	Kadın Sterilizasyon
LAM (LAY)	Laktasyonel Amenore Yöntemi

RİA	Rahim İçi Araç
SB	Sağlık Bakanlığı
SBSB	Somali Bölgesel Sağlık Bürosu
SE	Sağlık Evi
SO	Sağlık Ocakları
SoB	Somali Bölgesi
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket

ABBREVIATION

ANC	Antenatal Care
CAs	Cooperating Agencies
CPR	Contraceptive Prevalence Rate
EDHS	Ethiopia Demographic and Heath Survey
EPI	Expended Program for Immunization
FC	Female Condom
FGAE	Family Guidance Association of Ethiopia
FP	Family Planning
FS	Female Sterilization
GDP	Growth Domestic Product
HCs	Health Centers
HF	Health Facility
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPs	Health Posts
IMR	Infant Mortality Rate
IOM	Institute Of Medicine
IUD	Intra Uterine Device
LAM	Lactational Amenorrhea Method

LE	Life Expectancy
MC	Male Condom
MCH	Maternal and Child Health
MMR	Maternal Mortality Rate
MoH	Ministry of Health
PHCU	Primary Health Care Unit
PMTCT	Prevention of Mother to Child Transmission
QIQ	Quick Investigation of Quality
QoC	Quality of Care
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SR	Somali Region
SRHB	Somali Regional Health Bureau
STIs	Sexually Transmitted Infections
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup bana yardımcı olan ve tezim çalışma sürecinin her aşamasında bana destek veren tez danışmanım Prof. Dr. Gül ERGÖR teşekkürlerimi sunuyorum.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tüm hocalarına teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak, çalışma süresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan değerli babam Abdi IBRAHİM'a teşekkür ediyorum.

Sağlık Kurumlarında Aile Planlaması Hizmetlerinin Kalitesi; Jijiga, Doğu Etiyopya

Asma Abdi İbrahim, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Jijiga kentinde halk sağlığı kurumlarında sağlanan aile planlaması hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek ve aile planlaması yöntemlerinin kullanımı ve bununla ilişkili faktörlerin kullanımını belirlemektir.

Yöntem: Bu çalışma 2018 yılında, 26 Nisan'dan 5 Temmuz arasında Jijiga şehrinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma evreni, kamu sağlık kurumlarına aile planlaması hizmeti için gelen tüm doğurgan çağıdaki 15-49 yaş grubundaki kadınlardı ve toplam 322 katılımcı ile görüşülmüştür. Kullanıcıların aile planlaması bilgisi, kullanımı, hizmetten memnuniyet ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için T-testi ki-kare, Anova ve lojistik regresyon kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcılar ortalama dört yöntemi biliyordu; en çok bilenen yöntemler hap ve enjeksiyon yöntemleridir. Katılımcıların% 81.7'si son altı ayda aile planlaması kullanmış ve katılımcıların okuryazarlığı ve çalışma durumu AP kullanımı ile pozitif ilişkili bulunmaktadır. Evli olmak, aile planlaması kullanmama riskini 2,9 kat artırdığını göstermektedir (OR = 2,96, GA = 1,32 - 6,60). Daha fazla çocuğa sahip olmak katılımcıların aile planlamasını kullanmamasını arttırmaktadır. Yaşları büyük olan katılımcılar aldıkları hizmetten genç olanlardan daha memnundular, evli katılımcılar da evlenmemiş olanlardan daha memnundular.

Sonuç: Her ne kadar, kullanıcılar aldıkları hizmetten memnun kalsalar da, hizmet kalitesinin iyileştirilmesine ihtiyaç vardır ve AP hizmetlerinin kalitesini artırmak için, kullanıcıya mevcut aile planlaması yöntemleri, yöntemin yan etkileri, danışma sürecinde kendileri için en iyi seçenekler hakkında bilgi verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Aile planlaması, hizmet kalitesi, kullanıcı memnuniyeti

Quality of Family Planning Services in Jijiga Health Facilities; Jijiga, Eastern Ethiopia

Asma Abdi Ibrahim, Dokuz Eylul University Health Science Institute

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to assess the quality of family planning services provided in public health facilities in Jijiga city and to determine the use of family planning methods and factors associated.

Method: Reproductive age group between 15-49 years who were seeking family planning service were included in the study, and total of 322 participants were interviewed. To assess the association between the knowledge, utilization and satisfaction of clients to their background characteristics; T-test, chi-square, Anova, and logistic regression was used.

Results: An average of four methods were known by the participants, mostly cited methods were Pills and Injectable. 81.7% of the participants used family planning for the last six months, Literacy and work status of the participants is positively associated with the utilization of the FP. Women with 1-4 living children are more likely to use FP than women with more than five children. Older clients were more satisfied with the service they received than younger ones, as well as married clients were more satisfied than unmarried clients.

Conclusion: Even though clients were satisfied with the service that they were receiving there is a need for an improvement of the quality of the service; client's awareness of family planning should be raised, different broadcasting should be used to educate mothers about spacing children and the use of family planning.

Keywords: Family planning, Quality of care, client satisfaction, Jijiga city, Ethiopia

1. Giriş ve Amaç

1.1 Problemin Tanımı ve önemi

Aile planlaması bireylerin ve çiftlerin, ne zaman ve kaç çocuğa sahip olmak istediklerine gönüllü ve sorumlu karar vermenin temel haklarını anlamalarına yardımcı olur. Aile planlaması yöntemlerinin kullanımının arttırılması yalnızca sağlıkla ilgili sonuçları iyileştirmedir. Aynı zamanda anne ölümlerini ve bebek ölümlerini azaltmış ve özellikle genç kızlar ve kadınlar için yüksek okullaşma ve ekonomik sonuçları iyileştirmiştir.⁽¹⁾

Aile planlaması dünyanın hemen her bölgesinde üreme çağındaki kadınlar (15-49 yaş) tarafından kullanılmaktadır. 2017 yılında, dünya çapında erkek arkadaşı olan veya evli kadınların % 63'ü aile planlaması yöntemlerini kullanıyordu. Avrupa, Latin Amerika, Karayipler ve Kuzey Amerika'da aile planlaması kullanımı % 70'in üzerinde olmasına rağmen, Afrika'da % 36 ile daha düşüktü.⁽¹⁾

Modern kontraseptif, 2017'de en çok tercih edilen aile planlaması yöntemi olup, bu yöntem, % 58'i evli ve evlenmemiş üreme çağındaki çiftler tarafından tercih edilmiştir. Ancak, dünyadaki her 10 evli veya bekâr kadında, birden fazla kişinin aile planlaması ihtiyacı karşılamazken, Afrika'da beş kadından birinin aile planlaması ihtiyacı karşılanmamaktadır.⁽¹⁾

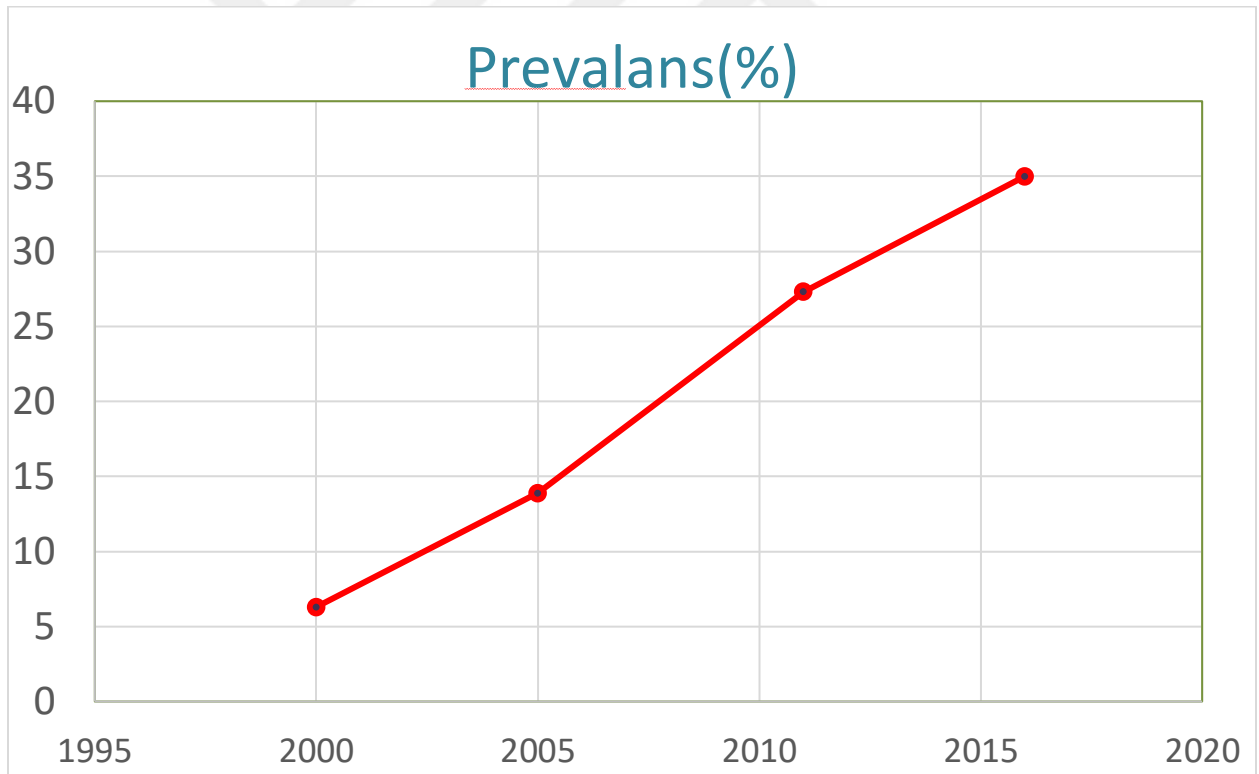
Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, gebeliğe bağlı ölümlerin yaklaşık üçte biri, yeni doğan ölümlerinin % 44'ü aile planlaması yoluyla önlenmektedir. Bu, hamilelikler arasındaki boşluğun en az 2 yıl olması gibi iyi bir hamilelik planlamasının bir sonucudur.⁽²⁾

Yapılan çalışmalar, aile planlaması hizmetlerinin kalitesinin aile planlaması hizmetlerinin kullanımı üzerinde etkili olduğunu bildirmiştir. Rathavuth Hong Kong'da, Livia Montana ve Vinod Mishra'nın Mısır'da 2005 yılında RIA kullanımının belirleyicisi olarak aile planlaması hizmetleri kalitesi üzerine yaptığı araştırmalar, hizmet kalitesinin klinik kontraseptif yöntemlerin kullanılmasının önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir, 1997'de, kırsal Bangladeş'teki doğum kontrol hapları üzerine hizmet kalitesinin etkisi üzerine bir çalışma olan Koenig MA' et al, da benzer sonuçlar bildirilmiştir.^(3, 4)

Araştırmalar, aile planlaması kalitesinin iyileştirilmesinin, sadece gelişmekte olan ülkelerde hizmet kullanımının arttırılmasında değil, aynı zamanda yeni aile planlaması kullanıcılarının da

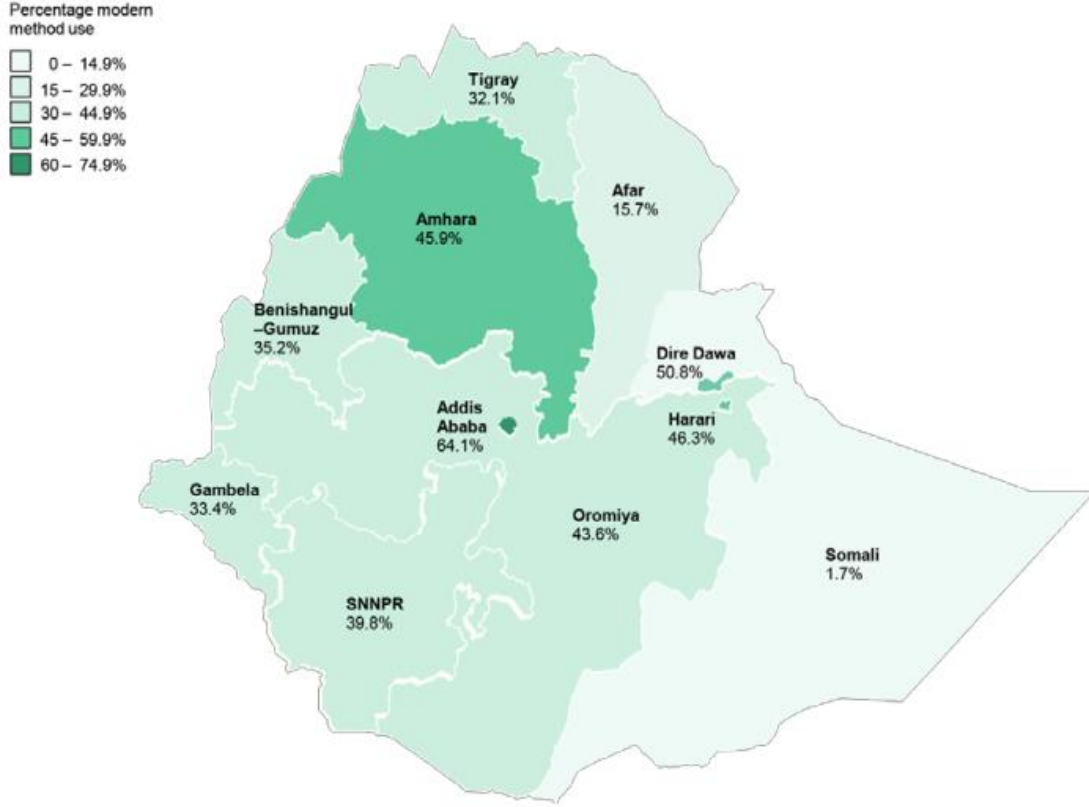
çekilmesinde ve mevcut kullanıcıları korumanın önemli olduğunu belirtti. Hizmetlerle etkileşimin sürmesini sağlamak, gelişmekte olan ülkelerde karar vericilerin bilgilendirilmesi, aile planlaması hizmetlerinde hizmetin kalitesini belirleyen faktörlerin mevcut kanıtlarla Afrika dâhil olmak üzere, aile planlaması kullanıcıları ve sağlık hizmeti sunanlar açısından belirlenmesi, en verimli ve etkili kabul edilebilir önlemlerin tasarımını ve uygulamasını değiştirmek için esastır. ⁽⁵⁾

Öte yandan, Etiyopya, 2000'den beri doğum kontrol prevalansı oranında muazzam bir büyüme gerçekleştirmiştir. Modern AP yöntemlerinin kullanımı 2000 yılında% 6,3'den büyük ölçüde arttı ve o zamandan beri artmaktadır. % 13.9 (2005),% 27.3 (2011), 2016'da% 35'e kadar yükselmiştir (EDHS 2016). Kontraseptif yöntemlerden enjeksiyon % 23 ile, evli kadınlar arasında en yaygın kullanılan yöntem, cinsel olarak aktif olanlar arasında ise,% 35'dir. Bunu takiben implant yöntemi % 8'i evli ve% 11'i evli olmayan ve cinsel olarak aktif kadınlar tarafından kullanılmaktadır. ^(6, 7)



Şekil 1: Etiyopya, doğum kontrol prevalansı 2000-2016

Etiyopya'da aile planlamasına erişimde ve kalitedeki belirgin iyileşmeye rağmen, henüz Somali bölgesinde kontraseptif prevalansı% 1.7'dir. ⁽⁷⁾



Şekil: 2 evli kadınlar arasında kontraseptif kullanımı 2014; Kaynak: cost implementation plan for family planning in Ethiopia 2015/16-2020

1.2 Araştırma amacı

Jijiga kentinde kamu sağlığı kurumları tarafından sağlanan aile planlaması hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek.

1.3 Araştırmanın soruları

Aile planlaması yöntemlerinin ve ilgili faktörlerin kullanımını nasıldır?

Aile Planlaması hizmetlerinde kullanıcıların memnuniyetini nasıldır?

Kullanıcıların Aile Planlaması konusundaki bilgilerini ne düzeydedir?

AP hizmetlerinde sağlık kurumunun hazırlık durumu nasıldır?



2. Genel Bilgiler

2.1 Ülkeye Genel Bakış

Etiyopya, Afrika kıtasında en kalabalık ikinci ülkedir. Afrika Boynuzu'nda bulunmaktadır. Etiyopya'nın batısındaki Sudan ve Güney Sudan, kuzeyde Cibuti ve Eritre, doğuda Somali ve güneyde Kenya ile sınır bulunmaktadır. Dünya Bankası 2017, ülkeyi, nüfusunun çoğunluğu kırsal kesimde yaşayan, yaklaşık% 70'ini tarımsal sektörde istihdam eden ve 200,6 milyar dolar GDP'ye sahip tarımsal bir ekonomi olarak sınıflandırmaktadır. ⁽⁸⁾

Etiyopya nüfusu 1988 yılında 35,5 milyon iken Etiyopya Demografik ve Sağlık Araştırması, 2016'ya göre yaklaşık 100 milyona ulaşmıştır (EDHS, 2016). Ülkenin nüfusu, 80'den fazla farklı Etnik grupla oldukça çeşitlidir. nüfusun çoğunluğunu, Oromo % 34.4, Amhara% 27.0, Somali% 6.22, Tigrayan% 6.08 ve diğer önde gelen etnik gruplar; Sidama% 4.0,% 2.52 Gurage, Welayta% 2.27,% 1.73 Afar, Hadiya% 1.72,% 1.49 Gamo ve% 12.6dır. ⁽⁸⁾

Etiyopya'nın sağlık profil, 64 yıllık bir yaşam beklentisi olduğunu göstermektedir (2018 tahmin), GDP'ye oranla sağlık harcaması% 4,9'dur. EDHS, 2016 bulguları beş yaş altı ölüm hızı 1.000'de 67 ölüm, bebek ölüm oranının 1.000 canlı doğumda 48 ölümdür ve Gebelikle ilgili ölüm oranının 2016'da 100.000 canlı doğumda 412 anne ölümü olduğunu göstermektedir. ^(4, 6)

Etiyopya'nın sağlık sistemi üç aşamalı bir sistem içine çerçevelenmiştir; birinci, ikinci ve üçüncü derece hizmet düzeyi bulunmaktadır. Birinci basamak, birincil hastanelerden, sağlık ocağı ve sağlık evlerinden oluşur. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmeti birimi (PHCU), kendisine bağlı beş Health Post (HP) ve sevk sağlık merkezini (HC) kapsar ve aile planlaması hizmetleri, sağlık sisteminin tüm seviyelerinde sağlanır. ⁽⁹⁾

2.1.1 Doğurganlık Oranı

Etiyopya'da toplam doğurganlık hızı kadın başına 4.6 çocuktur. 15-19 yaş grubundaki yaşa özel doğurganlık hızı, 1.000 kadında 80 doğumdur. Doğurganlık 25-29 yaşları arasında (1.000 kadın başına 214 doğum) doruğa ulaşır ve bundan sonra 45-49 yaş grubundaki 1.000 kadında 22 doğum gerçekleşir. Yaşa özel doğurganlık oranları, kentsel alanlarda, tüm yaş gruplarındaki kadınlardaki kırsal alanlardan daha düşüktür. Ortalama olarak, kırsal kesimdeki kadınların kentsel kadınlara göre 2.9 daha fazla çocukları vardır (2.3 ile 5.2 çocuk). TDH, etiopya'da 2000 yılında kadın başına 5.5 çocuktan 2016'da kadın başına 4.6 çocuğa, 0,9 çocuk azalmıştır. Düşüş en son iki

yıllık 5 yıllık dönem arasında en belirgindir. Kırsal alanlardaki kadınlar arasındaki TDH 2000 yılında 6.0 çocuktan 2016'da 5.2 çocuğa gerilemiştir. Kentsel alanlarda, TDH 2000 yılında 3.0 çocuktan 2016'da 2.3 çocuğa gerilemiştir.

2.1.2 Kadın Başına İstenen Çocuk

Başka bir çocuk istemek: 15-49 yaşlarındaki evli kadınların yüzde 18'i yakında bir başka çocuğa sahip olmak isterken, yüzde 36'sı en az 2 yıl beklemek istiyor.

2.2 Etiyopya'da aile planlaması hizmetleri

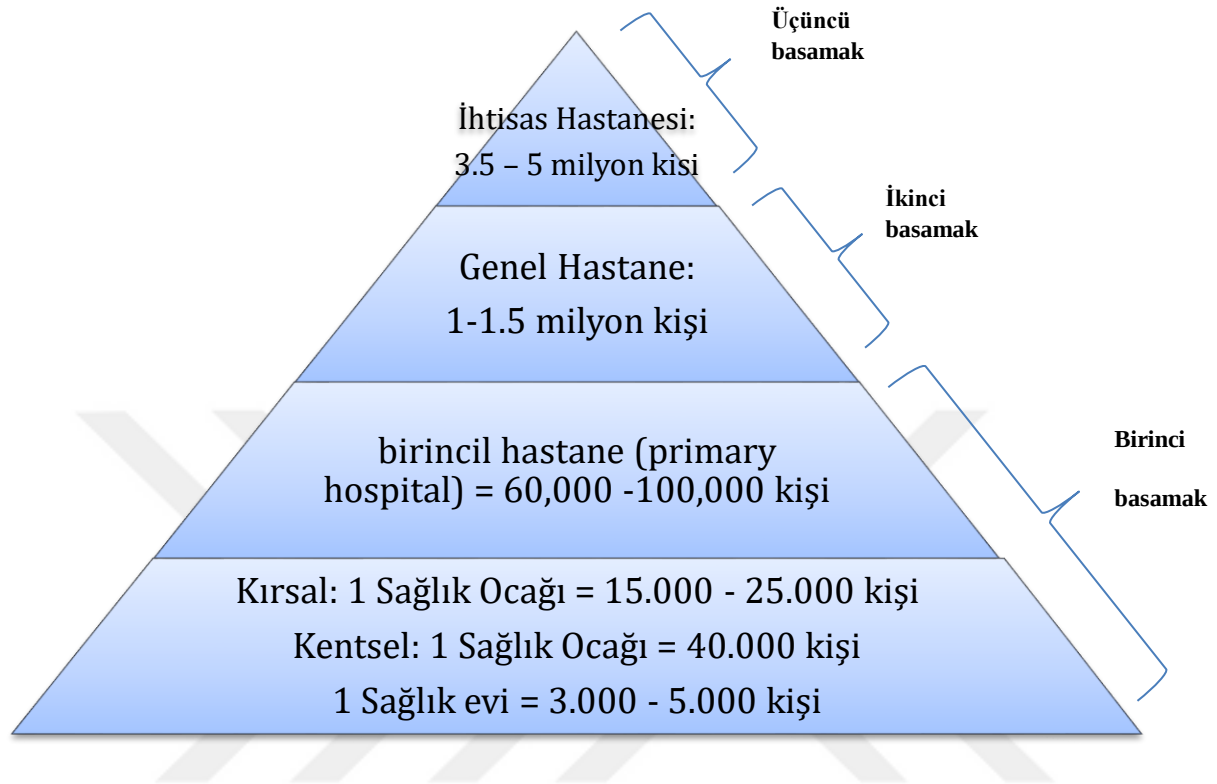
Etiyopya Federal Sağlık Bakanlığı'nın 2011 raporunda, nüfusun yaklaşık% 90'ı modern sağlık hizmetlerine erişebilir ve medeni durumlarına bakılmaksızın erkek ya da kadın herhangi bir üreme çağındaki birey, eğitim ve danışma dâhil olmak üzere aile planlaması hizmetlerinden faydalanmaktadır. ⁽¹⁰⁾

Aşağıdaki aile planlaması hizmetleri, sağlık sisteminin her düzeyinde verilmektedir; ⁽¹⁰⁾

- Danışmanlık
- Kontraseptif sağlama
- Kanser için üreme organlarının taranması
- Kısırlığın önlenmesi ve yönetimi

Etiyopya'nın sağlık sistemi organizasyonu, üç aşamalı bir sağlık hizmeti sunum sistemidir. Birinci basamak (PHCU) birincil = 60,000 -100,000 kişi, 1 Sağlık Ocağı = 15.000 - 25.000 kişi, 1 Sağlık Ocağı = 40.000 kişi ve 1 Sağlık evi = 3.000 - 5.000 kişi), ikinci basamak (Genel Hastane: 1-1.5 milyon kişi) ve üçüncü basamak (İhtisas Hastanesi: 3.5 - 5 milyon kişi). ⁽¹¹⁾

Aile planlaması hizmetleri tüm sağlık düzeylerinde sağlanmaktadır, fakat, sağlık evleri sadece enjeksiyon ve hap yöntemlerini sağlar. ⁽¹¹⁾



Şekil: 3 Etiyopya'nın üç katmanlı sağlık sisteminin yapısı. *Kaynak: cost implementation plan for family planning in Ethiopia 2015/16-2020*

2.3 Aile planlamasında danışmanlık

Aile planlaması hizmetlerinin sunumunda danışmanlık önemlidir ve Aile planlaması hizmetlerinin alımını ve devamını sürdürür. Danışmanlık, hizmet sunan ve kullanıcı arasındaki etkileşimli bir süreçtir. Bu, etik ve pratik kuralları ile bağlanmış iki yönlü bir iletişimdir. Danışmanlık üçe bölünebilir; ⁽¹⁰⁾

1. Danışma süreci
 - Durumu değerlendirin
 - Sorunları, ihtiyaçları ve bilgi boşluklarını tanımlayın.
 - Alternatifler üretin.
 - Çözümlere öncelik verin.
 - Planlar yapın
 - Gözden geçirin ve değerlendirin.
2. Yol gösterici ilkeler (guiding principles)

- Geri bildirim
- Empati ve saygı
- Konuşmasını tercih eder
- Beceri ve bilgi birikimi üzerine inşa edin
- Paylaşılan problem çözme
- Özel ihtiyaca göre uyarlama

3. Danışma Becerileri

- İki yönlü iletişim
- Bir ittifak kurmak
- Aktif dinleme
- Açık uçlu sorular
- Bilgi sağlama
- Kolaylaştırma

2.4 STK'ların rolü

Etiyopya, 2000 yılından 2010 yılına kadar tüm bağışçılardan (Bangladeş, Mısır, Hindistan ve Filipinler'den sonra) aile planlaması yardımının beşinci en büyük alıcısı ve Sahraaltı Afrika'daki en büyük alıcıydı. Bu dönemde 173 milyon ABD doları yardım aldı (UNFPA ve NİDİ 2013). Etiyopya'ya ana aile planlaması bağışçıları arasında şunlar sayılabilir: Birleşik Devletler Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID), Uluslararası Kalkınma Departmanı (DFID), Hollanda Krallık Büyükelçiliği, İrlanda Yardım Kuruluşu ve UNFPA. ⁽¹²⁾

STK'lar ve kamu-özel ortaklıkları Etiyopya'nın aile planlaması başarısı için büyük katkı sağladı. Hükümet ve sivil toplum örgütleri birlikte çalıştılar. Hükümet, aile planlaması programının geliştirilmesinde stratejik liderlik rolünü oynadı ve STK'lar, konuları STK platformları vasıtasıyla ilettiler. ⁽¹²⁾

2.5 Kullanıcının Aile Planlaması Hizmeti Memnuniyeti

Araştırmalar, aile planlaması hizmetinin kalitesinin, kullanıcının hizmetten memnuniyetini arttırdığını göstermiştir. Mai DO ve Sohail agha'nın aile planlaması hizmetinin kalitesi ve kullanıcı memnuniyeti konusundaki araştırması, kalitenin yapısal ve süreç boyutlarının, kullanıcı memnuniyetini belirlemede çok önemli olduğunu belirtti, (Kenya 2009). ⁽¹³⁾

Farklı araştırmalar, kullanıcı memnuniyetinin, hizmetin kalitesini kullanıcı bakış açısıyla değerlendirmek için önemli bir bileşen olduğunu belirtti ve aile planlaması hizmetlerinin kullanımının ve sürekli liğinin arttırılmasının çok önemlidir. ^(14, 15, 16)

Afrika'da yapılan birçok çalışma, kullanıcıların aldıkları aile planlaması hizmetlerinden memnun olduklarını göstermiştir, Daniel W. Gunda'nın 2015 yılında Tanzanya'da yapılan araştırmasında, kullanıcıların yaklaşık % 91'inin hizmetten memnun kaldığı bildirildi.

Senegal'da yapılan bir araştırma 2013 yılında da% 84 kullanıcı memnuniyeti ile benzer sonuçlar bildirilmiştir ve Kenya, Tanzanya ve Uganda'dan yapılan karşılaştırmalı bir analiz alışması% 90 kullanıcı memnuniyeti olduğunu bildirmiştir. ^(15, 17, 18)

Güneybatı Etiyopya'da Fikru Tafese tarafından yapılan bir araştırma, aile planlaması hizmetlerinde kullanıcı memnuniyetinin% 93,7'sinin sağlandığını bildirmiştir Ancak Güney Etiyopya'nın Hossana kentinde yapılan başka bir çalışmada aile planlaması hizmetinden düşük kullanıcı memnuniyeti gözlenmiştir. ^(14, 19)

2.6 Aile Planlamasının Kalitesi

Anrudh Jain ve Judith Bruce'un Nüfus Konseyi ile ilgili raporu, bakımın kalitesini “Bireylere ve kullanıcılara hizmetler sağlayan sistem tarafından nasıl tedavi edildiğini” tanımlamaktadır ve kendi çerçevelerinde, aile planlaması programlarında bakımın kalitesini artırmakla ilgili klinik hizmetlere uygulanan altı unsur belirlediler; yöntem seçimi, kullanıcılara verilen bilgiler, teknik yeterlilik, kullanıcı sağlayıcı kişilerarası ilişkiler ve takip (follow –up) ve sürekli liği sağlayacak mekanizmalar. ⁽²⁰⁾

Tıp Enstitüsüne göre (IOM 2014), aile planlaması hizmetlerinin kalitesini artırmak, üreme sağlığı sonuçlarının iyileşmesine yol açacaktır. IOM, hizmet kalitesini, sağlık hizmetlerinin sağlık sonuçlarını, mevcut mesleki bilgi ile tutarlı bir şekilde iyileştirme derecesi olarak tanımlamaktadır, aile planlaması değerlendirmesinin kalitesi için en etkili analitik şemalardan birini yapan IOM'a göre, kaliteli sağlık hizmetleri aşağıdaki özelliklere sahiptir; ⁽²¹⁾

Güvenlik: kontraseptif yöntemlerin olası zararlarına karşı kadınlara yönelik alınması gereken güvenlik önlemlerini içermektedir.

Etkinlik: kontraseptif yöntemlerin etkililiğini genel olarak vurgulayan ve spesifik hasta durumlarda belirli klinik önleyici sağlık hizmetlerinin etkililiğine dikkat çeken kapsamlı hizmet sunumu (gıda ve ilaç idaresi (fda) onaylı kontraseptif yöntemler) yanı sıra danışmanlık hizmeti sunmayı desteklemektedir ve potansiyel yararları zararları aşan klinik önleyici sağlık hizmetlerini tanımlar.

Hasta odaklı yaklaşım : hasta-merkezli bir yaklaşıma şu şekilde odaklanmaktadır;

1. Hizmet alanına gelen hastanın birincil amacına uyulması gerektiğini vurgulamak,
2. Hizmette gizliliğin önemini vurgulayıp bunları sunmanın yollarını önermek,
3. Başvuranların bireysel ihtiyaç ve tercihlerine dayalı olarak bir seçim yapabilmesi için çok çeşitli kontraseptif yöntemlerin kullanımını teşvik etmek ve
4. engelliler, ergenler de dahil olmak üzere tüm başvuranların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde kültürel açıdan yetkin bir şekilde hizmet sunma ihtiyacını güçlendirmek. Örgütsel politikalar, yönetim yapıları ve bireysel tutum ve uygulamalar, bir sağlık kuruluşunun ve çalışanlarının kültürel yeterliliğine katkıda bulunur.

Sağlık hizmet ortamındaki kültürel yetkinlik, profesyonellerin kültürlerarası alanda etkili bir şekilde çalışmasını sağlayan tutum, uygulama ve politikaları ifade eder.

Zamanlılık: Hastalara zamanında hizmet sağlanmasının önemini vurgulamaktadır.

Verimlilik: Hizmet sunanların kaynakların kullanımını en üst düzeye çıkarmanın yanı sıra sunum üzerinde yoğunlaştırılabileceği temel bir hizmet kümesini tanımlar.

Ulaşılabilirlik (accessibility): kontraseptif kullanımında engellerin ortadan kaldırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerine daha geniş bir yelpazede erişim sağlamak için aile planlaması ziyaretinin kullanılması, kontraseptif ve diğer aile planlaması hizmetlerine erişim sağlamak için birinci basamak ziyaretini kullanması ve diğer hizmet kaynakları ile olan bağlantıları güçlendirmesi.

Eşitlik (equity): Ergenlik, ırksal ve etnik azınlıklar ve engelliler ile yaşayan bireyler de dâhil olmak üzere tüm hastalara yüksek kaliteli hizmet sunmak için aile planlama hizmetlerinin verilmesini vurgulamaktadır.



3. Gereç ve Yöntem

3.1 Araştırmanın Tipi

Kesitsel bir çalışmadır.

Örnek seçme yöntemi: Olasılıksız örnekleme yöntemi, kullanılmıştır. Örnekleme kota yöntemi ile ulaşılmıştır

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

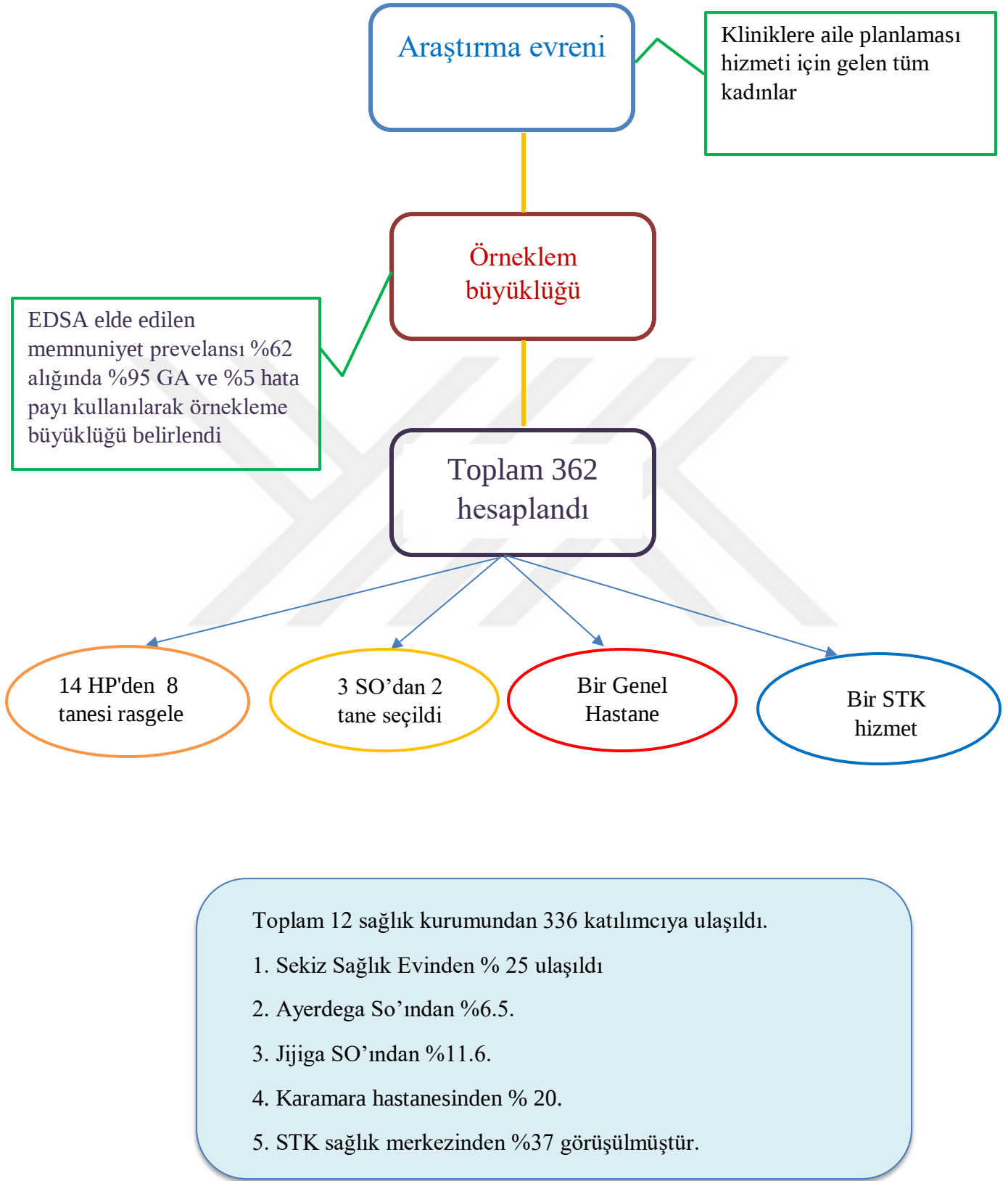
Bu çalışma 2018 yılında, 26 Nisan'dan 5 Temmuz arasında Jijiga şehrinde gerçekleştirilmiştir. Jijiga, Etiyopya'daki Somali bölgesinin başkentidir. Nüfus büyüklüğü 159.300'dir (2015 yılında merkezi istatistik kurumu). 16 sağlık evi, 3 sağlık ocağı, genel hastane, FGAE (Etiyopya'nın aile rehberliği derneği) ve bir sevk hastanesi vardır. Tüm aile planlaması hizmetleri tüm sağlık kurumları tarafından verilmektedir. Sağlık evlerinde sadece enjeksiyon (Depo-Provera) ve haplar verilmektedir.

Sağlık merkezlerinde ve hastane düzeyinde her türlü aile planlaması hizmetleri ve diğer ileri sağlık hizmetleri sağlanmaktadır;

- RİA'nın takılması ve çıkarılması
- Tüp ligasyonu ve vazektomi
- Komplikasyonları ve yan etkileri yönetme
- CYBE Tedavisi
- Tedavi de dahil olmak üzere HIV testi ve danışmanlığı sağlamak.
- Toplum sağlığı gönüllüleri ve genç sağlık çalışanlarının aile planlamasında eğitimi.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni, kliniklerine aile planlaması hizmeti için gelen tüm kadınlardır. Örneklem büyüklüğü Etiyopyalı Demografik ve sağlık araştırma (EDHS) elde edilen memnuniyet prevelansı % 62 alındığında, % 95 güven aralığı ve % 5 hata payı kullanılarak örneklem büyüklüğü bilirlendi ve 362 olarak hesaplandı. Örnek büyüklüğü her üç düzeydeki kurumlara dağıtıldı. 14 SE'den 8 tanesi rasgele seçildi, 2 SO, bir Genel Hastane ve bir STK hizmet merkezi örnekleme alındı.



Şekil: 4 Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi Şeması

12 sağlık kurumundan toplam 336 katılımcıya ulaşıldı. Sekiz Sağlık Evinden % 25, Karamara Hastanesinden% 20, Ayerdega sağlık merkezinden% 6,5, Jijiga sağlık merkezinden% 11,6 ve% 37,2 FGAE (Family Guidance Assossation of Ethiopia) le görüşülmüştür.

FGAE, Federal Sağlık Bakanlığı kapsamında, Ana çocuk sağlığı (örneğin genişletilmiş bağışıklama programı, Aile planlaması, Güvenli kürtaj, doğum öncesi bakım ve Annenin çocuğa AIDS bulaşmasının önlenmesi) hizmetini sağlayan bir sağlık kurumudur.

3.4 Çalışma Materyali

Çalışma materyali yoktur.

3.5Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1 Bağımlı değişkenler

Aile planlaması hizmetinin değerlendirmek için aşağıdaki bağımlı değerşkenler kullanarak değerlendirildi.

- Kullanıcının memnuniyeti
- Kullanıcının aile planlaması bilme durumu
- Kullanılan aile planlaması yöntemi
- Sağlık kurumlarında hizmetler için hazır olma

3.5.2 Bağımsız değerşkenler

- **Sosyodemografik özellikler**
 - Yaş
 - Medeni durumu
 - Eğitim durumu
 - Çalışma durumu
 - Çocuk Sayısı
 - Din
 - Etnik köken
 - Kocanın eğitim durumu (evli ise)
 - Aile özelliği
 - Konut alanı

- **Bağımlı Değişkenlerin Tanımları**

- **Kullanıcının memnuniyeti:** Bu, çıkış görüşmeleri sırasında katılımcılara veri toplama gününde sağlık kurumundan aldıkları aile planlaması hizmetine karşı tutumlarını gösteren temel sonuç değişkeniydi. Hizmetten memnun olup olmadıklarına ait, aldıkları hizmet hakkında yaklaşık 10 soru soruldu, cevapları “EVET” veya “HAYIR” idi. Daha sonra, kullanıcının yanıtları sayıldı ve toplam evet sayısına göre memnuniyet belirlendi.
- **Katılımcının aile planlaması konusundaki bilgileri:** Kullanıcıdan, tanıdıkları aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sağlaması istenmiştir. Çıkış görüşmesi sırasında dokuz AP yöntemi soruldu ve bildikleri ya da duydukları aile planlaması yöntemlerini listelediler.
- **Sağlık kurumunun hizmete hazırlığı:** Bu değişken aile planlaması hizmet hazırlığının QIQ kılavuzuna dayanılarak ölçülmüştür. Bu rehber, USAID nüfus ofisi tarafından oluşturulmuştur. Kurumun hazır olup olmadığını belirlemek için üç farklı soru setinden oluşan bir kontrol listesi kullanılmıştır; kurum tarafından sağlanan yöntemler, son altı ay için mevcut yöntemler ve mevcut ekipmanlar.

- **Bağımsız Değişkenlerin Tanımı**

- **Yaş:** Katılımcıların yaşları 15-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45 olmak üzere beş farklı gruba ayrıldı.
- **Medeni durumu:** Katılımcıların medeni durumları bekâr, evli, boşanmış, erkek arkadaş / nişanlı.
- **Eğitim durumu:** Katılımcıların eğitim durumu okuma yazma bilmeyen, ilkokul / ilkokul düzeyi ve ortaokul / üniversite düzeyi olarak sınıflandırılmıştır.
- **Çalışma durumu:** Katılımcıların çalışma durumu ev hanımı, öğrenci, işletme ve özel / devlet işçisi olarak sınıflandırılmıştır.
- **Çocuk sayısı:** Katılımcıların sahip olduğu çocuk sayısı 0-1, 2-4, 5-6 ve 6'dan fazla çocuk olarak sınıflandırılmıştır.
- **Din:** Katılımcıların dinleri dört farklı gruba ayrıldı; Ortodoks, Müslüman, Katolik / Protestan ve diğerleri
- **Etnik köken:** Katılımcılar etnik köken, Amhara, Oromo, Somali, Tigray ve diğerleri olarak sınıflandırıldı.

- **Aile özelliği:** geniş aile veya çekirdek aileleriyle (koca, karı ve çocuklar) birlikte yaşamak olarak sınıflandırılır.
- **Konut alanı:** katılımcıların bulunduğu yer.Kent/kır

3.6 Veri toplama araçları

Jijiga kentinde 12 Sağlık kurumlarından aile planlaması hizmeti için gelen katılımcılardan veri toplanmasında daha önce kullanılan anketlerden (örn: QIQ) yararlanılarak hazırlanan bir anket kullanıldı. Sağlık kurumlarına dağıtım, hasta yükü oranları dikkate alınarak yapıldı. 336 anketten sadece 322'si analiz için işlendi ve geri kalanı görüşme sırasında bazı katılımcılar katılmaktan vazgeçmesi nedeniyle kullanılmadı.

3.6.1 Quick Investigation of Quality (QIQ) nedir?

QIQ 1990 yılı sonunda, aile planlaması hizmet kalitesini rutin olarak ölçmek için düşük maliyetli, pratik bir araç ihtiyacını karşılamak üzere yapılmıştır. Bu rehberin hedefleri, gelişmekte olan ülkelerdeki klinik temelli aile planlaması programlarında, kaliteyi artırmak amacındadır. USAID Nüfus Ofisi'nin desteğiyle sayısız işbirliği yapan kurumlar tarafından oluşturuldu. QoC göstergelerinin kısa bir listesi belirlenmiş, bunları ölçmek için kullanılan araçlar seti geliştirilmiş ve dört ülkede araçların saha testi yapılmıştır (**Türkiye, Uganda, Zimbabwe ve Ekvador**).

Hizmet kalitesi, karmaşık, çok yönlü bir konudur. Sonuç olarak kaliteyi ölçmek için kullanılabilecek yüzlerce gösterge vardır ve kalite ölçümü adına üretilebilecek veri hacmi ezici olabilir. Bu sebeple, başlangıçta, pratiklik adına QoC göstergelerinin "kısa bir listesini" tanımlamaya karar verildi. Kısa gösterge listesi, üç veri toplama yöntemini kullanarak ölçülebilir:

1. **(Facility audit) Kurum denetimi**, her bir kurumun hastaya hizmet etmeye hazır olup olmadığını belirlemek için kullanılır. Sağlanan hizmet türleri, stokta bulunan malzemelerin türü ve miktarı, kurumun durumu ve tutulan kayıt türleri hakkında bilgi toplanmaktadır.
2. **(Observation) Gözlemde:** hastayı klinik eğitime tabi tutan bir kişi izler ve danışma ve klinik oturumlar sırasında hizmet sunanın performansını değerlendirir ve böylece danışmanlık ve klinik prosedürlerde teknik yeterlik hakkında bilgi toplar (hastanın yargılayamadığı bazı maddeler dahil).

3. **(Client-exit interview) Hasta çıkış görüşmesi:** hastanın belirli bir sağlık kuruluşundaki deneyimi hakkında bilgi toplamaktadır. Bu araç önemlidir, çünkü hasta bakış açısından alınan hizmet kalitesi hakkında bilgi sağlar.

Not: Bu çalışmada sadece hasta çıkış görüşmesi ve kurumun denetim aracı kullanıldı.

3.7 Araştırma Planı ve Takvimi

	Araştırmanın planı 2018-2019															
	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018	Temmuz 2018	Ağustos 2018	Eylül 2018	Ekim 2018	Kasım 2018	Aralık 2018	Ocak 2019	Şubat 2019	Mart 2019	Nisan 2019	Mayıs 2019	Haziran 2019
Literatür incelemesi																
Etik kurulu inceleme																
Araştırma önerisi savunması																
Veri toplaması																
Analiz																
Sonuç yazma																
Tartışma ve öneri																
Tez savunması																

3.8 Verilerin analizi

Veri girişi ve analizi SPSS 21 sürümü kullanılarak yapıldı. Her değişken için tanımlayıcı analizler yapıldı. Aile planlaması kullanımı, AP Bilgisi ve kullanıcı memnuniyeti incelenen bağımlı değişkenlerdir. Sosyodemografik değişkenler çocuk sayısı, son altı ayda kullanılan yöntem, kullanıcının ilk tercih yöntemi, yöntemle ilgili sorun, sorundan sonra yapılması gerekenler ile bağımlı değişkenlerin ilişkleri incelenmiştir.

Son altı ayda, katılımcıların aile planlaması kullanma ve kullanmama durumu ile seçilen sosyodemografik özellikler (Yaş, medeni durum, eğitim, iş ve çocuk sayısı) arasındaki ilişki çapraz tablolama ve ki-kare kullanılarak belirlenmiştir.

Katılımcının Eğitim, İş ve Medeni durumunun aile planlaması bilme puanı ve aile planlaması hizmetinden memnuniyeti ile ilişkisini değerlendirmek için T-testi kullanılmıştır.

Katılımcıların son altı ayda, AP Kullanıcı olmama durumunu değerlendirmek için lojistik regresyon (Backward Stepwise WALD) yapıldı. Seçilmiş sosyodemografik özellikler (medeni durumu, yaş, eğitim, çalışma durumu ve çocuk sayısı) bağımsız değişken olarak kullanıldı ve dikotom bağımlı değişkenleri, AP kullanıcısı 0, kullanıcı olmayanlar 1 olarak kodlandı.

3.9 Araştırmanın sınırlılıkları

- Görüşme sırasında katılımcıların katılmaktan vazgeçmesi.
- Kullanıcılar hizmet konusunda önyargılıydılar ve hizmet hakkında net ve doğru bilgi vermek istemedikleri gözlemlendi
- Araştırmada toplumdaki kadınlarla değil sadece aile planlaması hizmeti için kliniklere gelen katılımcılar ile görüşülmüştür. Bu nedenle de çalışmanın bulguları topluma genellemez.

3.10 Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylöl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 29.03.2018 tarihinde ve 3875 -GOA protokol numaralı 2018/08-07 karar numaralı ile çalışmanın değerleştirilmesinin uygun olduğunu onaylanmıştır.(Bkz. Ek 2)

Etiyopya Somali Bölgesel Devlet Sağlık Bürosu Etik inceleme komitesi 'den 25.04.2018 tarihinde etik izni alındı. (Bkz. Ek 4)

4. Bulgular

4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya üreme çağında olan toplam 322 kadın katılmıştır. Katılımcıların üçte ikisi (% 62,4) 15-25 yaş grubundadır. Katılımcıların % 70.5 evlidir. Araştırmaya katılan kadınların % 40'ı okuryazar değildir ve % 33.5'i ilk / ilköğretim, % 15.5'i lise ve % 10.2'si üniversite öğrenim düzeyine sahiptir.

Katılımcıların yarısından fazlası ev hanımı (% 51,6) iken, % 20,8'i küçük işletmeci, % 11,8'i kamu personeli ve % 15,8'i öğrencidir.

Evli olan katılımcıların eşlerinin % 59'u ya özel ya da kamu sektöründe, % 30.0'u kendi hesabına, % 6.2'si günlük işçi olarak çalışmakta iken % 4.8'i işsizdir

Katılımcıların % 55,3'ü müslüman, % 29,2'si ortodoks ve % 13,4'ü katolik ya da protestandır. Katılımcıların % 37,9'u Somali, %24,2'si Oromo, %17,4'ü Amhara, %13,7'si Tigray ve % 6,8'si diğer etnik gruplardandır.

Katılımcıların % 52,5'i geniş aile, %47,5'i çekirdek aile olarak yaşamaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 1. Jijiga'daki Kamu Sağlığı kurumlarından aile Planlaması Hizmeti almaya gelen 15-40 yaş arası kullanıcıların sosyodemografik özellikleri, Jijiga Doğu Etiyopya 2018.		
Sosyodemografik özellikleri,	(N=322)	%
Yaş		
15-20	78	24.2
21-25	123	38.2
26-30	75	23.3
31-35	27	8.4
36-40	19	5.9
Medeni durumu		
Bekâr	24	7.5
Evli	227	70.5
Boşanmış	18	5.6
Erkek arkadaş/nişanlı olan	53	16.5
Eğitim düzeyi		
Okuryazar olmayan	131	40.7
İlköğretim / İlköğretim seviyesi	108	33.5
Lise seviyesi	50	15.5
Üniversite seviyesi	33	10.2
Çalışma durumu		
Ev hanımı	166	51.6
Küçük işletmeci	67	20.8
Özel / devlet sektörü	38	11.8
Öğrenci	51	15.8
Kocasının çalışma durumu		
İşsiz	11	4.8
İşçi	14	6.2
Küçük işletmeci	68	30.0
Özel / Devlet sektörü	134	59.
Din		
Müslüman	178	55.3
Ortodoks	74	29.2
Katolik	43	13.4
Etnik köken		
Amhara	56	17.4
Tigray	44	13.7
Oromo	78	24.2
Somalili	122	37.9
Diğer	22	6.8
Aile tipi		
Çekirdek aile	153	47.5
Geniş Aile	169	52.5
Konut alanı		
Kent	290	90.1
Kır	32	9.9

4.2 Aile Planlaması Yöntemleri Bilgisi

Katılımcıların 15-20, 26-30 ve 31-35 yaş gruplarında olanların doğum kontrol haplarını bilme durumu % 85'in üzerinde iken, 21-25 ve 36-40 yaş gruplarında % 70'ten düşüktür. Enjeksiyon yöntemini bilme durumu 21-40 yaş grubunda % 75 in üzerindeyken, 15-20 yaşları arasında,% 70'ten düşüktür.

İmplant kontraseptif yöntemini bilme durumu, 20-35 yaş arası katılımcılarda % 70'in üzerinde iken.; 15-25 yaşlar grubunda % 70'ten düşüktür. Tüm yaş gruplarında kondom % 65'in üzerinde bilinmektedir. Katılımcıların 31-40 yaş grubunda kadın kondomunu bilme % 50'nin, 26 - 35 yaş grubunda RİA yöntemini bilme % 65'in üzerindedir.

Evli kadınların %80'i enjeksiyon yöntemi ve doğum kontrol haplarını bilmektedir. Evli kadınların %60'ndan fazlası erkek kondomu, İmplant ve RİA yöntemini bilmektedir. Evli olmayan kadınlar ise hap ve erkek kondomunu bilme durumu % 70'in üzerindedir. Evli olmayan kadınların Enjeksiyon, İmplant ve RİA yöntemini bilme durumu % 50'nin üzerinde iken, kadın kondom, kadın sterilizasyonun, LAM, Diyafram ve Ritimde % 50'den az bilmektedir.

Ev hanımlarının hap, erkek kondomu ve enjeksiyonu bilme durumu % 70'in üzerinde iken, RİA, implant ve diğer kontraseptifleri % 60'ı bilmektedir.

Okuryazar katılımcıların hap, enjeksiyon ve implant bilme durumu % 85'in üzeri iken, kondomu % 70'i bilmektedir. Okuryazar olmayan katılımcılar hap, enjeksiyon, implant ve erkek kondomu % 60'ın üzerinde bilmektedir.

Müslüman katılımcıların, hap, enjeksiyon bilme durumu % 70'in üzeri iken, Ortodoks ve Protestan katılımcıların % 75' inden fazlası bilmektedir.

Müslüman ve Ortodoks katılımcıların, erkek kondomu bilme durumu % 65'in üzerinde iken, Protestanların % 60'tan azı bilmektedir.

Amhara, Tigray ve Somali'li katılımcılar hap yöntemini % 80'in üzerinde bilmektedir.

Amhara ve Tigray olan katılımcılar, enjeksiyon yöntemi bilme durumu % 85'in üzeri iken, Oromo ve Somali olan katılımcılar % 75'den düşüktür.

İmplant yöntemi bilme durumu, Amhara ve Tigray katılımcılar % 75'in üzeri iken, Oromo ve Somali katılımcılarda % 70'den düşüktür.

Oromo katılımcıların, Erkek kondomu bilme durumu % 82.1'i iken. Tüm gruplar geri kalan aile planlaması yöntemleri bilme durumu % 65'inden düşüktür.



Tablo: 2 Katılımcıların Sosyodemografik özelliklerine göre aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi

Sosyodemografik özelliklerine göre en az bir aile planlaması yöntemi duyan 15-40 yaş arası kadınların yüzdesi,
Jigjiga Sağlık kurumları, Etiyopya, 2018

Aile Planlaması Yöntemleri

	Hap	Enjeks	İmpl	KK	EK	RİA	KS	LAM	Diyaf	Ritim	N=322
Yaş											
15 -20	85.5	66.7	67.9	41.0	75.6	51.3	37.2	35.9	17.9	32.1	78
21 – 25	66.7	76.4	61.0	35.0	67.5	56.9	31.7	34.1	24.4	29.3	123
26 - 30	88.0	78.7	72.0	29.3	68.0	69.3	44.0	36.0	20.0	37.3	75
31 - 35	88.9	92.6	85.2	51.9	70.4	85.2	51.9	37.0	33.3	37.0	27
36 - 40	68.4	84.2	68.4	68.4	78.9	47.4	5.3	15.8	0.0	52.6	19
Madeni durumu											
Evli	80.2	80.6	69.6	35.7	64.8	60.8	33.5	30.4	21.1	29.1	227
Diğer	73.7	66.3	63.2	45.3	84.2	58.9	42.1	43.2	21.1	45.3	95
Çalışma durumu											
Ev hanımı	77.1	72.3	57.8	34.9	71.1	60.2	25.9	27.7	19.9	36.1	166
Diğerleri	79.5	80.8	78.2	42.3	69.9	60.3	46.8	41.0	22.4	31.4	156
Eğitim düzeyi											
Okuryazar	64.9	77.1	60.3	37.4	67.9	59.5	30.5	29.0	15.3	39.7	131
Okumayan	87.4	75.9	72.8	39.3	72.3	60.7	39.8	37.7	25.1	29.8	191
Din											
Müslüm	75.3	71.9	57.9	39.3	69.7	57.9	29.8	35.4	21.3	32.6	178
Ortodox	78.7	79.8	79.8	39.4	78.7	64.9	42.6	31.9	23.4	38.3	94
Protestan	88.4	83.7	79.1	32.6	58.1	60.5	45.5	37.2	16.3	30.2	43
Etnik											
Amhara	85.7	85.7	80.4	32.1	69.6	60.7	48.2	32.1	20.0	35.7	56
Tigray	81.8	93.2	79.5	43.2	61.4	59.1	38.6	36.4	22.7	34.1	44
Oromo	79.5	73.1	71.8	35.9	82.1	60.2	34.6	33.3	16.7	33.3	78
Somali	80.3	69.7	58.2	41.8	67.2	60.7	32.0	34.4	23.8	35.2	122

4.3 Katılımcıların Üreme Özellikleri

Katılımcıların % 47'si altı ve daha fazla çocuğa sahipti, %27.3'ü 2-4 çocuğa sahipti, %16.5'i 5-6 çocuğu vardı ve % 10'unun bir çocuğunu vardı.

Kabaca, katılımcıların % 40'ı son altı ayda enjeksiyon kontraseptif yöntemi kullanmaktadır, % 18.3'ü ise herhangi bir yöntem kullanmıyordu.

Katılımcıların yaklaşık % 60'ı enjeksiyonu ilk yöntemi olarak seçerken , % 23'ü implant ve Hapları ilk yöntemi olarak seçmişti.

Katılımcıların yaklaşık % 70'i aile planlaması yöntemlerinden tıbbi bir sorun yaşamadığını söylediler.

Kontraseptif yöntem kullanımı sonucu ortaya çıkan sağlık sorunu nedeniyle alınan önlemlerde, kullanıcıların% 55'i en yakın sağlık kuruluşundan yardım istediklerini söylediler ve % 41'i yöntemi tamamen kullanmayı bıraktılar. Geri kalan katılımcılar, ya hiçbir şey yapmadı ya da “bilmiyorum” yanıtını verdiler.

Son altı ayda Aile Planlaması kullanmayan katılımcılar % 67.9'u çocuk istedikleri için yöntem kullanmadığını belirtti. Katılımcıların % 21.4'ü yan etkilerden korkarken % 10.7 yöntemleri bilmiyorum yanıtını verdiler.

Klinik ziyareti sırasında, kullanıcılar tercih ettikleri yöntemi aldılar. Yaklaşık % 60'ı, enjeksiyon yöntemi, % 26.9 implant ve % 14.6'sı da hap tercih etti.

Sağlık kurumlarında aile planlaması hizmeti almaya gelen kadınların yaklaşık % 55'i başka bir çocuğa sahip olmayı planlarken, % 45,3'ü gelecekte başka bir çocuk sahibi olmak istemedi.

Tablo: 3. Katılımcıların üreme özelliklerini ve Sağlık kurumlarından tercih ettikleri yöntemleri Doğu Etiyopya 2018

Sorular	Frekans (N=322)	%
Çocuk Sayısı		
0-1	31	9.6
2-4	88	27.3
5-6	53	16.5
7 +	150	46.6
Son 6 Ayda Kullanılan Yöntem		
Hap	76	23.6
Enjeksiyon	119	37.0
İmplant	68	21.1
Yöntem kullanmayanlar	59	18.3
Tercih Edilen Yöntem		
Hap	55	17.1
Enjeksiyon	193	59.9
İmplant	73	22.7
RIA	1	.3
Yöntem İle Sorun		
Evet	181	68.0
Hayır	85	32.0
Sağlık Probleminden Sonra Yapılması Gerekenler		
En yakın Sağlık kurumlarından yardım istemek	99	54.7
Kullanmayı bırakma	74	40.9
Hiçbir şey yapmama	1	.6
Bilmiyorum	7	3.9
Aile Planlaması Kullanmama Nedeni		
Çocuk istiyor	38	67.9
Yan etkilerden korkuyor	12	21.4
Yöntemleri bilmiyor	6	10.7
Alınan Yöntem		
Hap	46	14.6
Enjeksiyon	185	58.5
İmplant	85	26.9
Başka Bir Çocuk İsteği		
Evet	176	54.7
Hayır	146	45.3

4.4 Aile Planlaması Kullanımı

Son altı ayda, aile planlaması kullanıcı olanlar ile kullanıcı olmayanları arasındaki ilişkiyi sosyodemografik özelliklerine göre tanımlamak için seçilen bağımsız değişkenlerde (yaş, medeni durumu, eğitim, çalışma durumu ve çocuk sayısı) çapraz tablo ve ki-kare analizi yapılmıştır.

Katılımcıların 15-25 yaş grubu yaklaşık % 80'i herhangi bir Aile Planlaması yöntemi kullanmış ve geri kalan katılımcılar hiç bir yöntem kullanmamıştır. 31-35 yaş grubundaki kadınların % 96.3'ü AP yöntemini kullanırken, 26-30 ve 36-40 yaş grubundaki kadınların % 74.8'i AP kullanmıştır. Bu bulgu, katılımcılarının yaşı ile aile planlaması kullanımı arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir ($P > 0.05$).

Evli kadınların % 78.4'ü aile planlaması kullanırken, evli olmayan kadınların % 89.5'ini aile planlaması kullanmaktadır. Katılımcıların medeni durumu ile aile planlaması kullanımı arasında ilişki olduğunu göstermiştir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($P < 0.05$).

Çalışmayan kadınların % 84.9'u aile planlaması yöntemi kullanırken, çalışanların % 78.2'si aile planlaması kullanıyordu ve katılımcıların çalışma durumu ile AP kullanımı arasında ilişki olmadığını göstermiştir ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ($P > 0.05$).

Son altı ayda okuryazar kadınların yaklaşık % 79,6'sı aile planlaması kullanırken okuryazar olmayanların yaklaşık % 84.7'si AP kullanıyordu. Katılımcıların eğitim durumu ile aile planlaması kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ($P > 0.05$).

Altı ve üzeri çocuğu olan kadınların % 89,3'ü aile planlaması kullanırken 0-1 çocuğu olan kadınların % 71'i kullandı, 2-4 çocuğu olan kadınların % 71,6'ı kullandı ve 5-6 çocuğu olan kadınların yaklaşık % 83'ü kullanmaktadır.

Katılımcılarının çocuk sayısı ile aile planlaması kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($P < 0.05$). Çocuk sayısı artıkça aile planlaması kullanımı artmaktadır.

Tablo 4: Katılımcılar Sosyodemografik özelliklerine göre son altı ay Aile Planlaması kullanım durumu.
Jijiga Halk sağlığı kurumları, 2018 Etiyopya

Son altı ayda aile planlaması kullanım				
Sosyodemografik	durumu		N=322	P- değeri
Özellikler	Son altı ayda AP	Son altı ayda AP		
	kullanan %	kullanmayan%		
Yaş				
15 -20	83.3	16.7	78	0.1
21 – 25	82.9	17.1	123	
26 - 30	74.7	25.3	27	
31 - 35	96.3	3.7	27	
36 - 40	73.7	26.3	19	
Toplam	81.7	18.3	322	
Meddini Durum				
Evli	78.4	21.6	227	0.01
Evli olmayan	89.5	10.5	95	
Toplam	81.7	18.3	322	
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar	79.6	20.4	191	0.1
Okuryazar olmayan	84.7	15.3	131	
Toplam	81.7	19.3	322	
Çalışma Durumu				
Çalışanlar	78.2	21.8	156	0.07
Çalış mayanlar	84.9	15.1	166	
Toplam	81.7	18.3	322	
Çocuk Sayısı				
0-1	71.0	29.0	31	0.003
2-4	71.6	28.4	88	
5-6	83.0	17.0	53	
7+	89.3	10.7	150	
Toplam	81.7	18.3	322	

4.5 Katılımcının İmplant, Enjeksiyon veya Hap Kullanımı

Enjeksiyon/hap kullananlar ile implant kullananlar arasındaki ilişkiyi sosyodemografik özelliklerine göre tanımlamak için seçilen bağımsız değişkenlerde (yaş, medeni durumu, eğitim, çalışma durumu ve çocuk sayısı) çapraz tablo ve ki-kare analizi yapılmıştır.

Tablo-5 gösterildiği gibi, katılımcılardan 21- 30 yaş grubundakilerin yaklaşık % 71'i Enjeksiyon/ Hap yöntemini kullanırken, 15-20 yaş grubundaki kadınların % 67,7'si kullanıyordu ve 31-40 yaş grubundaki kadınların % 85'i ve üzeri kullanıyordu. Katılımcıların yaşı ile son altı ayda kullanılan aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).

Evli katılımcıların yaklaşık % 76,45'i enjeksiyon / hap kullanırken diğerleri implant kullanıyordu. Katılımcılarının medeni durumu ile implant veya enjeksiyon/hap kullanımı arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Okuryazar katılımcıların yaklaşık % 75'i enjeksiyon / hap kullanırken diğerleri implant kullanıyordu. Okuryazar olmayanları % 73.'ü enjeksiyon/ hap kullanırken ve geri kalanı implant kullanıyordu. Katılımcıların eğitim düzeyi ile implant veya enjeksiyon/hap kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Çalışan kadınların % 77.9'u enjeksiyon/ hap, kullanırken, geri kalanı ise implant kullanıyordu. Çalışmayan kadınların % 70.9'u enjeksiyon/ hap kullanırken kalan kısmı implant kullanıyordu. Kadınların çalışma durumu ile implant veya enjeksiyon/hap yöntemler kullanımı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($P > 0.05$).

6'dan fazla çocuğu olan kadınların % 79.1'i enjeksiyon yöntemi kullanırken, 0-1 çocuğu olan kadınların % 59.1'i kullanıyordu, 2-4 çocuğu olan kadınların % 73'ü kullanırken 5-6 çocuğu olan kadınların % 68.2'i kullanmaktadır.

Katılımcılarının çocuk sayısı ile implant veya enjeksiyon/hap yöntemleri kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($P > 0.05$).

Tablo 5: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre son altı ayda Aile Planlaması kullanım durumu. Jijiga Halk sağlığı kurumların, 2018 Etiyopya

Son altı ayda aile planlaması kullanım				
Sosyodemografik özellikleri	durumu		N=322	P- değeri
	Enjeksiyon/ hap kullananlar	İmplant Kullananlar		
Yaş				
15 -20	67.7	32.3	65	0.05
21 – 25	72.5	27.5	102	
26 - 30	71.4	28.6	56	
31 - 35	88.5	11.5	26	
36 - 40	100	0	14	
Toplam	74.1	25.9	263	
Meddini Durumu				
Evli	76.4	23.6	178	0.14
Evli olmayan	69.4	30.6	85	
Toplam	74.1	25.9	263	
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar	75.0	25.0	152	0.4
Okuryazar olmayan	73.0	27.0	111	
Toplam	74.1	25.9	263	
Çalışma Durumu				
Çalışanlar	77.9	22.1	122	0.12
Çalışmayanlar	70.9	29.1	141	
Toplam	74.1	25.9	263	
Çocuk Sayısı				
0-1	59.1	40.9	22	0.1
2-4	73.0	27.0	63	
5-6	68.2	31.8	44	
7 +	79.1	20.9	134	
Toplam	74.1	25.9	263	

4.6 Kontraseptif Yöntem Değiştirme

Tablo.6 da, hap yöntemi kullanan katılımcıların üçte ikisinin % 72.6'sı enjeksiyon kontraseptif yöntemiyle değiştirdiğini ve küçük bir kısmının, %11 implant'a geçtiği görölmektedir.

Enjeksiyon yöntemi kullanan katılımcıların çoğu (%54.6) enjeksiyon kullanmaya devam ederken %34.5'i implant'a geçmiştir.

Son altı ayda implant yöntemi kullanılan kadınların %49.3'ü enjeksiyona geçerken, %29.9'u implant kullanmaya devam etmektedir.

Her hangi bir yöntem kullanmayan katılımcıların % 59,6'sı enjeksiyon yöntemini, yaklaşık % 27'si implant yöntemi seçmiş, ve küçük kısmı % 12.3'ü hap yöntemi seçmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların son altı ayda kullandıkları aile planlaması ve değiştiği yöntemler. Jijiga sağlık kurumları; Doğu Etiyopya				
Son altı ayda kullanılan AP Yöntemi	Değiştirildiği aile planlaması yöntemleri			Toplam
	Hap	Enjeksiyon	İmplant	
Hap	12	53	8	73
	16.4	72.6	11.0	100.0%
Enjeksiyon	13	65	41	119
	10.9	54.6	34.5	100.0%
İmplant	14	33	20	67
	20.9	49.3	29.9	100.0%
Yöntem kullanmayan	7	34	16	57
	12.3	59.6	28.1	100.0%
Toplam	46	185	85	316
	14.6	58.9	26.9	100.0%

4.7 Katılımcıların Aile Planlaması Bilme Durumu Ve Memnuniyeti Düzeyi

Tablo 7 de gösterildiği gibi, katılımcıların aile planlaması hizmetlerinden memnuniyetinin, sosyodemografik özellikler ile (Yaş, Etnik köken ve Din) ilişkisini belirlemek için Anova kullanıldı ve tüm grubun memnuniyet puanı ortalama ve standart sapması (Ort. = 6.49, SS= 1.22) hesaplandı.

Beş farklı yaş grubunun hizmetten memnuniyet puan ortalamaları istatistiksel olarak farklıydı $P < 0.05$, $[F(4, 295) = 3.67, P = 0.006]$. Gruplar arasındaki ortalama farkı karşılaştırmak için Post Hoc Tukey testi yapıldı ve ortalama 15 -20 ve 36 -40 yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($P = 0.01$).

Etnik grupların AP hizmetlerinden memnuniyet ortalamaları arasındaki farkı karşılaştırmak için ANOVA yapıldı. Sonuçlar gruplar arasındaki ortalamaların istatistiksel olarak farklı olmadığını göstermiştir $P > 0.05$, $[F(3, 276) = 0.749, P = 0.52]$.

Katılımcıların dinleri ile AP hizmetinden memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlemek için tek yönlü Anova gerçekleştirildi ve gruplar arasındaki ortalamaların istatistiksel olarak farklı olmadığını bulundu $P > 0.05$, $[F(2, 291) = 0.913, P = 0.4]$.

Tablo 8 de sunulduğu gibi kullanıcıların memnuniyetlerini eğitimlerine, çalışma durumlarına ve medeni durumlarına göre değerlendirmek amacıyla T testi yapılmıştır.

Eğitimlerine göre, okuryazar ve okuryazar olmayanların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($P > 0.05$) okur-yazar olmayan (Ort. = 6.50, SS = 1.1), okur-yazar (Ort. = 6.48, SS = 1.2).

Çalışan ve çalışmayan kullanıcıların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($P > 0.05$). Çalışanların ortalaması Ort. = 6.53, SS = 1.2, çalışmayanların ortalaması Ort. = 6.45, SS = 1.2'dir.

Evli ve evli olmayan kullanıcıların ortalamaları arasındaki farkın, istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($P < 0.05$); evli olanların ortalaması Ort. = 6.57, SS = 1.2), evli olmayanların ortalaması Ort. = 6.30, SS = 1.2'dir.

Tablo 7: Katılımcıların aile planlaması bilme durumu ve Sağlık kurumları hizmetten memnuniyeti; Jijiga Doğu Etiyopya 2018

Değişkenler	Aile planlaması bilme durumu			Hizmetten memnuniyeti		
	Orta	SS	Anova (<i>p</i> değeri)	Orta	SS	Anova (<i>p</i> değeri)
Yaş			0.025			0.006**
15 -20	4.60	1.65		6.19**	1.08	
21 – 25	4.26**	1.86		6.42	1.24	
26 - 30	4.73	1.85		6.74	1.32	
31 - 35	5.48**	2.11		6.48	1.08	
36 - 40	4.42	1.16		7.21**	1.13	
Etnik köken			0.24			0.524
Amhara	4.94	1.82		6.73	1.40	
Tigray	4.90	1.96		6.63	1.16	
Oromo	4.60	1.87		6.42	1.10	
Somali	4.42	1.76		6.54	1.11	
Din			0.39			0.402
Müslüman	4.33**	1.68		6.43	1.12	
Ortodoks	4.92**	1.96		6.63	1.28	
katolik	4.72	1.85		6.39	1.44	
Toplam	4.56	1.82		6.49	1.22	

Not: ** Yıldız, istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir.

Tablo 7 de sunulduğu gibi katılımcıların yaş, etnik köken ve dinleri ile AP bilme puanlarını karşılaştırmak için tek yönlü Anova yapıldı ve tüm grubun ortalaması ve standart sapması (**Ort.** = 4.56, SS= 1.82) hesaplandı.

Tüm yaş grupların ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. $P < 0.05$, $[F(4, 317) = 2.82, P = 0.025]$ ve yaş grupları ortalaması arasındaki farklılıkları karşılaştırmak için Tukey HSD yapıldı 21-25 ve 31-35 yaş grubundaki ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıydı ($P = 0.01$).

Katılımcının dinleri ile AP bilme puanı arasındaki farkı belirlemek için tek yönlü ANOVA yapılmıştır ve din grupları arasındaki fark $P < 0.05$, $[F(2, 312) = 3.55, P = 0.03]$ ile istatistiksel olarak anlamlıydı. Üç din grubunun ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için Post Hoc Tukey HSD yapıldı ve Müslüman ve Ortodoks ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlıydı $P = 0.02$. Müslüman dini ortalaması Ort. = 4.33, SS = 1.68, Ortodoks dini ortalaması Ort. = 4.92, SS = 1.96'dır.

Kullanıcıların etnik kökenleri ile AP bilme puanını arasındaki farkı değerlendirmek için tek yönlü ANOVA testi yapıldı, etnik grupların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi $P > 0.05$, $[F(3, 296) = 1.40, P = 0.24]$.

Tablo 8 de gösterildiği gibi katılımcıların eğitim, çalışma durumu ve medeni durumu ile aile planlaması bilgi puanlarını değerlendirmek için t-testi uygulanmıştır ve tüm grubun Ortalama ve standart sapması Ort. 4.56, SS.1.82'dir.

Eğitim düzeylerine göre aile planlaması bilme durumuna göre, okuryazar ve okuryazar olmayanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir ($P < 0.05$); Okuryazarların Ort. 4.80, SS 1.8, okuryazar olmayanların Ort. = 4.22 SS = 1.7 dir.

Çalışma durumlarına göre çalışan ve çalışmayan katılımcıların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P < 0.05$), çalışmayanların Ort. = 4.22, SS = 1.8, çalışanların Ort. = 4.92, SS = 1.7'dir.

Evli ve evli olmayan katılımcıların ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($P < 0.05$); evli olanların Ort. = 4.44 SS = 1.6, evli olmayanların Ort. 4.84 SS = 2.1'dir.

Tablo 8: Katılımcıların aile planlaması bilgisi ve Jijiga Sağlık kurumları hizmetinden memnuniyeti
Doğu Etiyopya 2018

Değişkenler	Aile planlaması bilgisi			Kullanıcıların memnuniyeti		
	Ortalama	SS	<i>p değeri</i>	Ortalama	SS	<i>p değeri</i>
Eğitim düzeyi			.004			0.9
Okuryazar olamayan	4.22*	1.7		6.50	1.1	
Okuryazar	4.80*	1.8		6.48	1.2	
Çalışma durumu			.001			0.5
Ev hanımı	4.22*	1.8		6.45	1.2	
Diğer	4.92*	1.7		6.53	1.2	
Madeni durumu			0.1			.008
Evli	4.44	1.6		6.57*	1.2	
Evli olmayan	4.84	2.1		6.30*	1.2	
Toplam	4.56	1.82		6.49	1.22	

Not: Diğerleri (Çalışma durumu): öğrenciler dâhil çalışan ev hanımı olmayan katılımcılar.
Diğerleri (Madeni durumu) bekâr, dul, ya da ilişki içinde olan kadınlar, ancak resmi olamayan ilişkidedirler (erkek arkadaş, nişanlısı vb.)

* istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir.

4.8 Son Altı Ayda, Aile Planlaması Kullanımını Etkileyen Etkenler

Katılımcıların son altı ayda, AP Kullanıcı olma durumunu değerlendirmek için lojistik regresyon yapıldı. Seçilmiş sosyodemografik özellikler (medeni durumu, yaş, eğitim, çalışma durumu ve çocuk sayısı) bağımsız değişken olarak kullanıldı. Toplam 322 katılımcının 293'ü çalışmaya dâhil edildi.

Sonuçlar evli olmanın, aile planlaması kullanıcısı olmama riskini 3 kat arttırdığını göstermektedir (OR = 2,96, %95 GA = 1,32 - 6,60).

Daha fazla çocuğa sahip olan katılımcıların aile planlamasını kullanımı daha azdır ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu nedenle sıfır ya da bir çocuğa sahip olanlara göre 2 ile 4 çocuğu olanlar, aile planlaması kullanıcısı olmama riskini 3.4 katına arttırmaktadır (OR = 3.44, % 95 GA = 1.31 - 9.03). 5-6 çocuk sahibi olmak, aile planlaması kullanıcısı olmama olasılığını 3,1 kat arttırmaktadır (OR = 3.07, % 95 GA = 1.50 -6.30). Çalışmayanlarda, çalışanlara göre AP kullanmama 2.2 kat fazladır (Ort. 2.21, % 95 GA 1.18-4.15)

Tablo 9: Katılımcıların son altı ayda AP kullanıcısı olmama durumunu belirleyen etkenler
lojistik regresyonun analizi

Değişkenler	B	S.E.	Sig.	OR	95% G.A.	
					Alt	Üst
Medeni durumu(1)	1.086	.409	.008	2.962*	1.329	6.603
Çocuk (0-1)			.008	ref		
Çocuk (2-4)	1.237	.492	.012	3.444*	1.313	9.035
Çocuk (5-6)	1.125	.366	.002	3.079*	1.503	6.306
Çocuk (7 +)	.514	.463	.267	1.672	.675	4.144
Çalışma durumu(1)	.793	.322	.014	2.209	1.175	4.154
Sabit	-3.329	.490	.000	.036		

a. 1. adıma girilen değişken (ler): medeni durum, Çocuklar, Eğitim, Yaş, Çalışma durumu.
b. Not: Medeni durum (1) Evli, (2) Diğerleri
c. Çalışanlar (ref)

4.9 İmplant Kullanımını Etkileyen Etkenler

Katılımcıların son altı ayda, enjeksiyon / hap yöntemi ya da implant kullanıcısı olma durumunu değerlendirmek için ikili lojistik regresyon (Backward Stepwise WALD) yapıldı ve seçilmiş sosyodemografik özellikler (medeni durumu, Yaş, Eğitim, İş ve Çocuk sayısı) bağımsız değişken olarak kullanıldı. Toplam 322 katılımcının 240'ü çalışmaya dâhil edildi ve dikotom bağımlı değişkenleri, enjekte edilebilir / hap yöntemi kullanıcısı 0, implant kullanıcısı 1 kodlandı.

Tablo 10 da gösterildiği gibi, evli olmak, implant kullanıcısı olma durumunu % 50 azaltmaktadır. (OR = 0,47, CI = 0,23 - 0,95).

Bir çocuk sahibi olmak veya çocuk sahibi olmamak, implant kullanıcısı olma durumunu 3.4 kat artırmaktadır (OR = 3.41, CI = 1.25 - 9.27), çalışmayan kadın olmak, implant kullanıcısı olma durumunu % 52 azaltmaktadır (OR = 0.48, CI = 0.24-0.95).

Tablo 10 Katılımcının son altı ay Enjeksiyon/Hap kullanıcı veya İmplant kullanıcı olmama durumunu belirleyen etkenler lojistik regresyonun analizi						
Variables in the Equation (Denklemdaki Değişkenler)						
	B	S.E.	Sig.	OR	95% G.A.	
					Alt	Üst
Medeni durumu (1)	-.746	.356	.036	.474*	.236	.953
Çocuk (0-1)			.074	ref		
Çocuk (2-4)	1.227	.510	.016	3.412*	1.255	9.276
Çocuk (5- 6)	.349	.377	.355	1.417	.677	2.966
Çocuk (7+)	.637	.401	.113	1.891	.861	4.154
Yaş(1)	-.590	.319	.064	.554	.297	1.036
Çalışma durumu (1)	-.733	.350	.036	.480*	.242	.953
Sabit	-.362	.381	.900	1	.343	.696
a. 1. adımda girilen değişkenler: medeni durum, çocuk sayısı, Eğitim, Yaş, Çalışma durumu.						
b. Not: Medeni durum (1) Evli, (2) Diğerleri						

4.10 AP Hizmeti Sağlamak İçin Sağlık Kurumlarının Hazırlığı

Her Sağlık kurumu tarafından sağlanan aile planlaması yöntemlerini belirlemek için sağlık kurumu denetim kontrol listesi (*health facility audit tool*) kullanılmıştır ve Tablo 11’de tüm sağlık kurumlarında hap, ertesi gün hapları, erkek kondomu ve enjeksiyon yöntemleri sağlandığı gösterilmektedir.

Ancak, ziyaret sırasında bazı aile planlaması yöntemleri (veri toplama günü) tüm sağlık kurumlarında mevcut değildi; 12 sağlık kurumundan dokuzunda doğum kontrol hapı mevcuttu. 10 sağlık kurumunda enjeksiyon yöntemi mevcuttu.

Sekiz sağlık kurumunda ertesi gün hapları, ve tüm sağlık kurumlarında veri toplama günlerinde erkek kondomu bulunmaktaydı.

12 sağlık kurumundan sadece yedisi implant yontemi sağlamaktadır. Üç sağlık kuruluğu RİA yontemi sağlamaktadır ve aile planlaması işlemleri (örn. İmplant, RİA yerleştirme vb) için eğitilmiş bir personel bulunmadığı için uygulanamamaktadır.

Kadın kondomu, kadın sterilizasyonu ve vazektomi hiçbir sağlık kurumu tarafından sağlanmamaktadır.

Tablo 11: Jijiga Sağlık Kurumları Tarafından Sağlanan Aile Planlaması Yontemlerinin Türü; Doğu Etiyopya 2018

Sağlık Kurumları	Sağlık Kurumlarında Sağlanan Aile Planlama Yontemleri Çeşitleri								
	Hap	EGH	EK	KK	İnjesiyon	İmplant	RİA	KS	Vasektomi
FGAE	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
Karamara hospital	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Ayerdega SO	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Jijiga SO	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet	Hayır	Hayır
HE 1	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
HE 2	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
HE 3	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
HE 5	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
HE 6	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır
HE 8	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
HE 9	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Hayır
HE 12	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır

4.11 Sağlık Kurumlarında Ekipmanın Mevcut Durumu

Aile Planlaması hizmetlerini sunabilmek için gereken sağlık kuruluğu hazırlığını değerlendirmek, mevcut ekipman ve sağlık kurumunun genel durumu hakkında bilgi toplamak için sağlık kurumu denetim kontrol listesi (health facility audit tool) kullanılmıştır.

Hizmet Kalitesi Anketine (QIQ) göre, aile planlaması hizmetlerinin sunulmasında sağlık kurumunun hazır olup olmadığını değerlendirmek amacıyla 43 ekipman belirlenmiştir.

Etiyopya Aile Rehberliği Derneği (Family Guidance Aassossiation of Ethiopia), Ayerdega SO, Jijiga SO, ve Karamara Hastanesi'nde, 43 ekipmandan yaklaşık 39 tanesi bulunmaktadır.

Sağlık evi-1 de ekipmanların %48.8'i, sağlık evi-2 de %76.7'si, sağlık evi-3 de %41.8'i, sağlık evi-5 de %74.4'ü, sağlık evi-6 da %62.7'si, sağlık evi-8 de %72.0'ı, sağlık evi-9 da %44.1'i, sağlık evi-12 de %74.4'ü bulunmaktadır. Her yerde olan ve hiçbir yerde olmayan ekipman

4.12 Hizmet Kalitesi

Bazı sağlık kurumlarında aile planlaması prosedürleri için gerekli tüm ekipmanlar ve materyaller yoktu. Örneğin:

- a. Karamara, Ayerdegga HC ve Jijiga HC haricinde ziyaret edilen tüm sağlık kurumlarında muayene kanepesi, RİA yerleştirme ve çıkarma prosedürü alanı, bir derlenme odası ve ameliyat odası yoktu.
- b. Dört sağlık evinde (HP 5, HP 3, HP 2 ve HP 12) çalışan tartı ,sterilizatör, steril eldiven ve alet tepsileri yoktu.
- c. HP 12 ve HP 8'de iğne forsepsleri ve bir spekulum yoktu.
- d. HP 6 da, bir sponge forsepsi, çalışan bir termometre ve tansiyon ölçer yoktu.
- e. HP 1 de, bir pansuman forsepsi, histerometri, klor çözeltisi, atık konteynerleri ve makas yoktu.

5. Tartışma

Bu çalışmada aile planlaması hizmetlerinin kalitesi kullanıcılar açısından değerlendirildi; katılımcıların memnuniyeti, aile planlaması bilgisi ve AP kullanımı, yanı sıra sağlık kurumlarının AP hizmeti sunumuna hazır olup olmadığı değerlendirildi.

QIQ anketi kullanılarak sağlık kurumları değerlendirildi ve en az üç AP yöntemi sağlandığı görüldü. Bununla birlikte, AP yöntemleri, malzemeleri, eğitimli hizmet sunucular ve ekipman eksikliği nedeniyle son altı ayda bazı sağlık kurumlarında AP hizmeti mevcut değildi.

Çalışmaya toplam 322 katılımcı dahil edildi. Katılımcılar arasında en çok bilinen AP yöntemi; hap % 85 ve enjeksiyon % 75. Hap ve enjeksiyona göre, implant yöntemi daha az bilinmektedir. Katılımcılar tarafından ortalama dört Aile Planlaması yöntemi biliniyordu. Son altı ayda katılımcılar tarafından en çok kullanılan AP yöntemi enjeksiyon % 37, haplar % 23.6, ve İmplant % 21.1' idi.

Hap yöntemi kullanan katılımcıların % 72.6'sı enjeksiyon'ya geçerken, %34.5'i enjeksiyon'dan implant yöntemine geçmiştir. Son altı ayda herhangi bir yöntemi kullanmayan katılımcıların yarısından fazlası % 59.6, ilk AP yöntemi ya da altı ay kullanılmadıktan sonra kullanılacak yöntem olarak enjeksiyon'ü seçti. Katılımcıların % 67'si başka bir çocuk istediği için son altı ayda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadı ve % 54'ü başka bir çocuk istediklerini söyledi.

Katılımcıların memnuniyeti, sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermezken yaş ve medeni duruma göre değişiyordu.

Evli kadınlar, evli olmayanlara göre AP hizmetinden daha memnundu. Aynı zamanda, Yaşları büyük olan katılımcılar, gençlere göre aile planlaması hizmetinden daha memnundu.

Aile planlaması yöntemleri bilgi puanı ile katılımcıların eğitim düzeyi ve çalışma durumu hariç, sosyodemografik özelliklerine göre ilişki bulunmamaktadır.

Okuryazar kadınlar, okuryazar olmayanlara göre AP yöntemleri bilme durumu yüksekti. Çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre aile planlaması yöntemleri bilme durumu yüksekti.

5.1 Aile Planlaması Bilme

Çalışmaya katılanlar tarafından ortalama dört aile planlaması yöntemi bilinmektedir. Katılımcıların yaş, çalışma ve eğitim durumları ile aile planlaması bilme ilişkisi vardır ve okuryazar katılımcılar okuryazar olmayanlardan daha fazla aile planlaması yöntemlerini biliyorlardı. ($p<0.05$).

Bu çalışmada, hem evli hem de evli olmayan kadınlar tarafından en çok bilinen aile planlaması yöntemi enjeksiyon ve hap yöntemidir. Bu sonuç, Etiyopya Demografik ve Sağlık anketi 2016 raporuyla, Jimma bölgesinde Ethiopia 2010'da yapılan çalışma ve komşu ülkelerde yapılan diğer çalışmalarla Sudan 2014 ve Batı Kenya 2012 tutarlıdır ^(6, 22, 23, 24). Ancak, diğer gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda; Kamerun ve Pakistan, erkek kondomu en bilinen kontraseptif yöntemdi. ^(25, 26)

Katılımcıların yaş, çalışma ve eğitim durumları ile aile planlaması bilme durumu arasında ilişki vardır ($p<0.05$), bu bulgular Etiyopya'nın güney ve kuzeybatısında 2018, ve Gana da Talensi Bölgesi'ndeki 2014 de yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar bulunmaktadır. ^(22, 27, 28)

Çalışmaya katılanlar tarafından ortalama dört Aile Planlaması yöntemi biliniyordu ve bu bulgu Etiyopya'da ve bazı gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalardan düşüktür. EDHS 2016 raporundan katılımcılar ortalama altı aile planlaması yöntemi bildiği sunulmaktadır ve Jimma bölgesinde Ethiopia 2010'da yapılan çalışma AP yöntemi bilme ortalaması beş olduğu bildirilmiştir. Nepal'de 2018'de yapılan bir araştırmada, AP yöntemi bilme ortalaması yedi olarak bildirilmiştir. ^(6, 22, 29)

5.2 Aile Planlaması Kullanımı

Aile planlaması kullanımı, kadınların planlanmamış veya istenmeyen gebeliklerini önleme ve güvenli olmayan düşükleri önleme konusunda yardımcı olur. Buna ek olarak aile planlaması kadınların doğumlar arasında boşluk bırakmasına yardımcı olur ve bu anneye ve çocuğun sağlığına önemli bir faydadır.

Etiyopya Sağlık Bakanlığı (SB) 2015 yılı Sağlık Sektörü Dönüşüm planını yaptı ve bu plan Etiyopya'nın 2020 sağlık planına uygundur. Bu plan kontraseptif prevalans oranını (CPR)% 55'e çıkarmayı hedefledi, bu da 6,2 milyon kadın ve genç kıza ulaşma anlamına gelmektedir. ⁽⁶⁾

Bu çalışmada katılımcıların% 81.7'si son altı ayda aile planlaması kullanmıştır. Katılımcıların çalışma durumu ve eğitim düzeyi arasında, AP kullanımı ile pozitif ilişki vardır ve okuryazar olan katılımcılar, aile planlamasını okuryazar olmayanlardan daha fazla kullanır ($P < 0.05$) ve bu bulgu, EDHS (Etiyopya Demografik ve Sağlık Araştırması) 2016 raporuyla tutarlıdır.⁽⁶⁾

Bizim çalışmamızda 6 çocuk ve üzeri olanların ve hiç ya da 1 çocuğu olanların daha fazla yöntem kullandığı görülmüştür. Daha az çocuğa sahip olmak aile planlaması kullanma olasılığını arttırdı. Bu sonucun istenen çocuk sayısının yüksek olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir, hiç çocuğu olmayanların evli olmayan kadınlar olması nedeniyle daha çok yöntem kullandığı görülmektedir. Altı çocuğa ulaşan kadınların da yöntem kullanmayı daha çok istediği görülmektedir. EDHS 2016'da, az çocuğu olan kadınların aile planlaması kullanma olasılıkları 5'ten fazla olanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu farklılığın bizim çalışmamızın sağlık kurumunda yapılması nedeniyle ya da bölgesel farklar nedeniyle ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir.⁽⁶⁾

Hizmet almaya gelen katılımcıların% 74,1'i enjeksiyon yöntemini yeğledi; Bu sonuç, EDHS 2016 raporunun ve ülkede yapılan diğer çalışmalarla da tutarlıdır. Komşu ülkelerde yapılan çalışmalar benzer sonuçlar sunulmaktadır. (6, 22, 27, 30)

Diğer gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalardan farklı sonuçlar bildirilmiştir; Kamerun (takvim), Pakistan (erkek kondomu) en çok kullanılan aile planlaması yöntemi ve Hindistan'da Vikas Gupta 2015 tarafından yapılan bir çalışmada, Kadın sterilizasyonu en yaygın kullanılan yöntemdi. (25, 26, 31)

5.3 Katılımcıların Aile Planlaması Hizmetinden Memnuniyeti

Aile planlamasının kalitesinin değerlendirilmesinde Kullanıcıların memnuniyeti, önemli bir faktördür. Bu çalışmada, kullanıcıların memnuniyetinin aile planlaması hizmetinin yüksek kalitesinin bir göstergesi olduğunu varsayıyoruz. Diğer çalışmalar, yüksek kullanıcı memnuniyet oranlarının aile planlaması tüketimini ve devamlılığını arttırdığını göstermiştir.⁽³²⁾

Farklı araştırmalar, kullanıcı memnuniyetini, hizmetin kalitesini kullanıcı bakış açısından değerlendirmede önemli bir bileşen olarak tanımlamaktadır. Kullanıcı memnuniyeti, aile planlaması hizmetlerinin kullanımının arttırılması ve sürdürülmesinde çok önemlidir.^(14, 15, 16)

Katılımcıların yaşları ile memnuniyet düzeyi arasında ilişki vardır ve yaşları büyük olan katılımcılar, hizmetten daha memnundu ($P < 0.05$). Bu sonuç, ülkenin güneyinde Tsegeye Gebre 2014 tarafından yapılan çalışma ve Tanzanya’da 2015’te yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. ^(14, 15)

Katılımcıların medeni durumu ile hizmetten memnuniyeti arasında ilişki vardır ($P < 0.05$), evli katılımcılar hizmetten evli olmayanlardan daha memnundular. Ancak katılımcıların eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile hizmetten memnuniyeti arasında ilişki yoktur, bu sonuç, 2015 yılında Umar Aminu tarafından Kuzey Nijerya’da yapılan çalışma ile tutarlıdır. Memnuniyetin gerçek durumu göstermesinde bazı zorluklar olduğu düşünülmektedir. Katılımcılar olumsuz

Ancak EDHS 2016 raporunda ve ülkenin diğer kısımlarında yapılan diğer çalışmalarda farklı sonuçlar bildirilmiştir ve katılımcıların eğitim düzeyi ile hizmetten memnuniyeti arasında ilişki bulunmaktadır. ^(6, 14)

Bununla birlikte, bu çalışmada orta düzeyde kullanıcı memnuniyeti gözlenmektedir ve bu bulgularla Etiyopya’nın güney kesiminde yapılan diğer bazı çalışmalara benzerlikler vardır. ^(19, 33)

6. Sonuç ve Öneriler

6.1 Sonuç

Jijiga'da aile planlaması hizmetine kolayca ulaşılabilir, tüm sağlık kurumları tarafından sağlanır ve ücretsizdir. Buna rağmen hizmetin alımı, ülkenin diğer bölgelerine göre düşüktür ve bazı sağlık kurumlarında az sayıda AP yöntem seçeneği vardır.

Bununla beraber, bazı sağlık kurumlarında uzun süreli aile planlaması yöntemi seçenekleri mevcut değildir ve veri toplama anında sağlık kuruluşlarının çoğunda çalışma ve hizmet sunumu sürekli değildi. İmplant ve RİA, 3 sağlık kuruluşu tarafından verilen tek uzun vadeli aile planlamasıydı, kalan sağlık kurumları yalnızca kısa süreli AP yöntemlerini vermekteydi.

Katılımcılar tarafından en çok tercih edilen yeni aile planlaması yöntemi enjeksiyonadır (% 60) ve katılımcıların% 37'si son altı ay boyunca bu yöntemi kullanmışlardı. Öte yandan en az kullanılan aile planlaması yöntemi RİA idi.

Hizmet kalitesi değerlendirildiğinde büyük sağlık kurumları dışında, sağlık evlerinde malzeme ve ekipman açısından önemli eksiklikler bulunmaktaydı. Bazı eksikliklere karşın kullanıcılar hizmetlerden orta düzeyde memnundular.

6.2 Öneriler

Katılımcılar aldıkları hizmetten memnun olsa da, hizmet kalitesinin iyileştirilmesine ihtiyaç vardır. Aile planlaması hizmetlerinin kullanımının artırılması için, annelere doğum kontrol yönteminin yararları hakkında eğitim verilmelidir.

Aile planlamasının, kadın ve çocukların sağlığına ve genel olarak topluma faydaları üzerine dini liderleri, toplum önderlerini içeren odaklanmış farkındalık yaratma etkinlikleri önerilmektedir.

AP hizmetlerinin kalitesini artırmak için, kullanıcıya mevcut aile planlaması yöntemleri, yöntemin yan etkileri, danışma sürecinde kendileri için en iyi seçenekler hakkında bilgi verilmelidir.

Hizmet sunucularının da bilgi ve motivasyonlarını artırmak için yöntemler uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Steinfield LA, Coleman CA, Tuncay Zayer L, Ourahmoune N, Hein W. Power logics of consumers' gendered (in) justices: reading reproductive health interventions through the transformative gender justice framework. *Consumption Markets & Culture*. 2018 Aug 28:1-24.
2. The ABC's of Family Planning 2010, Dorothy Shaw, MB, ChB, FRCSC Canada G8/G20 Spokesperson for the Partnership for Maternal Newborn Health Clinical professor, Obstetrics and Gynecology, University of British Columbia Vancouver, BC
3. Koenig MA, Hossain MB, Whittaker M. The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. *Studies in family planning*. 1997 Dec 1:278-89.
4. Hong R, Montana L, Mishra V. Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt. *BMC Health services research*. 2006 Dec;6(1):79.
5. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet*. 2012 Jul 14;380(9837):111-25.
6. Central Statistical Agency (CSA) [Ethiopia] and ICF. 2016. *Ethiopia Demographic and Health Survey 2016*. Addis Ababa, Ethiopia, and Rockville, Maryland, USA: CSA and ICF.
7. Kebede worku (MD, MPH), costed implementation plan for family planning in Ethiopia, 2015/2016-2020. Ethiopia's Ministry of Health, January, 2016.
8. Ciagov. Ciagov. [Online]. Available from: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/et.html> [Accessed 24 November 2018].
9. Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Ethiopia, abridged version. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. National guideline For family planning Services in Ethiopia Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health February – 2011: Tedros Adhanom Ghebreyesus (PhD) Minister of Health
11. Ministry of Health. Costed Implementation Plan for Family Planning in Ethiopia, 2015–2020.

12. Olson DJ, Piller A. Ethiopia: an emerging family planning success story. *Studies in Family Planning*. 2013 Dec;44(4):445-59.
13. Agha S, Do M. The quality of family planning services and client satisfaction in the public and private sectors in Kenya. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009 Feb 3;21(2):87-96.
14. Argago TG, Hajito KW, Kitila SB. Clients satisfaction with family planning services and associated factors among family planning users in Hossana Town Public Health Facilities, South Ethiopia: Facility-based cross-sectional study. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2015 May 31;7(5):74-83.
15. Bintabara D, Ntwenya J, Maro II, Kibusi S, Gunda DW, Mpondo BC. Client satisfaction with family planning services in the area of high unmet need: evidence from Tanzania Service Provision Assessment Survey, 2014-2015. *Reproductive health*. 2018 Dec;15(1):127.)
16. Kaoje UA, Sambo MN, Oche MO, Saad A, Raji MO, Isah BA. Determinants of client satisfaction with family planning services in government health facilities in Sokoto, Northern Nigeria. *Sahel Medical Journal*. 2015 Jan 1;18(1):20.
17. Assaf S, Wang W, Mallick L. Quality of care in family planning services in Senegal and their outcomes. *BMC health services research*. 2017 Dec;17(1):346.
18. Hutchinson PL, Do M, Agha S. Measuring client satisfaction and the quality of family planning services: a comparative analysis of public and private health facilities in Tanzania, Kenya and Ghana. *BMC health services research*. 2011 Dec;11(1):203.
19. Tafese F, Woldie M, Megerssa B. Quality of family planning services in primary health centers of Jimma Zone, Southwest Ethiopia. *Ethiopian journal of health sciences*. 2013;23(3):245-54.
20. Creel LC, Sass JV, Yinger NV. Overview of quality of care in reproductive health: definitions and measurements of quality. *New Perspect Qual Care*. 2002;1:1-7.
21. Gavin L, Moskosky S, Carter M, Curtis K, Glass E, Godfrey E, Marcell A, Mautone-Smith N,

22. Tilahun T, Coene G, Luchters S, Kassahun W, Leye E, Temmerman M, Degomme O. Family planning knowledge, attitude and practice among married couples in Jimma Zone, Ethiopia. *PloS one*. 2013 Apr 23;8(4):e61335 9
23. Handady SO, Naseralla K, Sakin HH, Alawad AA. Knowledge, attitude, and practice of family planning among married women attending primary health center in Sudan. *Int J Public Heal Res*. 2015 Aug 15;3(5):243-7.
24. Nangendo SM. Knowledge and use of family planning methods and services in West Yimbo Division, Bondo district, Western Kenya.
25. Nansseu JR, Nchinda EC, Katte JC, Nchagnouot FM, Nguetsa GD. Assessing the knowledge, attitude and practice of family planning among women living in the Mbouda health district, Cameroon. *Reproductive health*. 2015 Dec;12(1):92.
26. Mustafa G, Azmat SK, Hameed W, Ali S, Ishaque M, Hussain W, Ahmed A, Munroe E. Family planning knowledge, attitudes, and practices among married men and women in rural areas of Pakistan: Findings from a qualitative need assessment study. *International journal of reproductive medicine*. 2015;2015.
27. Kasa AS, Tarekegn M, Embiale N. Knowledge, attitude and practice towards family planning among reproductive age women in a resource limited settings of Northwest Ethiopia. *BMC research notes*. 2018 Dec;11(1):577.
28. Apanga PA, Adam MA. Factors influencing the uptake of family planning services in the Talensi District, Ghana. *Pan African Medical Journal*. 2015;20(1).
29. Pokharel R, Bhattarai G, Shrestha N, Onta S. Knowledge and utilization of family planning methods among people living with HIV in Kathmandu, Nepal. *BMC health services research*. 2018 Dec;18(1):836.
30. Yemaneh Y, Birie B. Assessment of Knowledge, Attitude and Utilization of Long Acting Family Planning Method among Women of Reproductive Age Group in Mizan-Aman Town, Bench-Majizone, South West Ethiopia, 2016. *Integr J Glob Health*. 2017, 1:2.

31. Gupta V, Mohapatra D, Kumar V. Family planning knowledge, attitude, and practices among the currently married women (aged 15-45 years) in an urban area of Rohtak district, Haryana. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2016 Apr 1;5(4):627-33.
32. Blanc AK, Curtis SL, Croft TN. Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care. *Studies in family planning*. 2002 Jun;33(2):127-40.
33. Assefa F, Mosse A. Assessment of clients' satisfaction with health service deliveries at Jimma University specialized hospital. *Ethiopian journal of health sciences*. 2011;21(2):101-10.



EKLER-1

Dokuz Eylül University

Faculty of Medicine

Institute of Health Sciences

Department of Public Health

Date_____

I am a student at the Department of public health in Dokuz Eylül University in Turkey. I am conducting a research study about the **Quality of family planning services in Public Health facilities in Jigjiga city, Eastern Ethiopia.**

This study's key reason is to determine the following factors; family planning method usage, level of knowledge and satisfaction of clients. I am kindly requesting for your participation and if you are willing the interview will take 10-15 minutes.

Your participation in this study is voluntary. If you choose not to participate or to withdraw from the study at any time, there will be no penalty. If at any time you discontinue the survey, your results will be discarded. The results of the research study may be published, but your name and your personal details will not be used.

Thank you. Sincerely,

Asma Abdi Ibrahim.

I. Sociodemographic characteristics of the participants

1. Age
 - a. 15-20
 - b. 21-25
 - c. 26-30
 - d. 31-35
 - e. 36-40
 - f. 41-45
 - g. >46
2. Marital status
 - a. Single
 - b. Married
 - c. Divorced
 - d. Boyfriend/engaged
 - e. Multiple partner
3. Education
 - a. Illiterate
 - b. Primary/Elementary
 - c. High school
 - d. University
4. Work
 - a. Housewife
 - b. Business
 - c. Private sector
 - d. Gov't sector
 - e. Student
5. Work of husband (if married)
 - a. Jobless
 - b. Daily laborer

- c. Business
- d. Private sector
- e. Gov't sector
- 6. Religion
 - a. Muslim
 - b. Orthodox
 - c. Catholic /protestant
 - d. Others_____
- 7. Ethnic group
 - a. Amhara
 - b. Tigray
 - c. Oromo
 - d. Somali
 - e. Other_____
- 8. Family set up
 - a. Nuclear family
 - b. Extended family
- 9. No of children
 - a. 0-1
 - b. 2-4
 - c. 5-6
 - d. 7+
- 10. Residence area
 - a. Inside the city
 - b. outside the city (rural area)

II. Family planning method usage

1. Have you ever visited this health facility for family Planning services before today?
 - a. Yes
 - b. No
2. What was the reason for your visit today?
 - a. Get information and/or counseling about a contraceptive method
 - b. Receive, get prescribed or referred for a contraceptive method for the first time or for the first time at this site
 - c. Restart contraceptive method (after not using for 6 months or more)
 - d. Get supplies for method already using or have a routine follow-up visit for method already using
 - e. Restart same method (after not using for *less than six months*)
 - f. Switch contraceptive methods or restart
 - g. For different method (after not using *for less than 6 months*)
 - h. Discuss a problem about contraceptive method that you are currently using
 - i. Other, non-family planning
3. Which family planning methods do you know? If YES/NO tick the box.

a. Pills	☐	☐
b. Injectable	☐	☐
c. Implant	☐	☐
d. Female Sterilization	☐	☐
e. Female Condom	☐	☐
f. Male Condom.	☐	☐
g. Rhythm/Periodic Abstinence	☐	☐
h. LAM (Lactational Amenorrhea Method) breastfeeding	☐	☐
i. Diaphragm	☐	☐
j. Other_____	☐	☐

4. What contraceptive method are you using/were you using (in the past 6 months)? If no any go to question No 8.

- a) Pills
- b) Injectable (Depo-Provera)
- c) Implant
- d) Female Sterilization
- e) male condom
- f) Rhythm/Periodic Abstinence
- g) LAM (breastfeeding method)
- h) Diaphragm
- i) Female condom
- j) Other_____

Jump in to question no 8

5. The time you forget the pills what do you do?

- a) when I remember I take immediately
- b) I take the next day
- c) I use condom
- d) I seek help/consultation for a health professional
- e) I tell my husband
- f) I don't know

6. Have you ever had a health problem with the method you are using?

- a. Yes
- b. No

7. What do you do if you have a health problem related to your method? If no any go to question no 9

- a. I seek help in the nearest health facility / hospital
- b. I Stop using it
- c. I inform My husband / family / friend
- d. I do not do anything
- e. I do not know

Jump in to question no 9

8. What was the reason for not using the method until today?
- a) I wanted a child
 - b) My husband did not want
 - c) I was afraid of side effects
 - d) I did not know the methods
 - e) I did not know the health facility
 - f) Other _____
9. Did you come here today to obtain a certain contraceptive method?
- a) Yes
 - b) No
10. Which family planning method did you have in mind to get today when you came here in the health facility? (Before counseling the health professional, was there actually a specific method?)
- a) Pills
 - b) Injection (Depo- Provera)
 - c) Implant
 - d) female sterilization
 - e) male condoms
 - f) Periodic Abstinence
 - g) LAM – (Lactation/breastfeeding method)
 - h) Diaphragm
 - i) IUCD
 - j) Female condom
 - k) Others_____
11. Were you given a contraceptive method today?
- a. Yes
 - b. No
12. If yes, which method(s) did you receive or were you given a prescription or a referral? (Any others?)
- a) pills
 - b) Injection (Depo-Provera)

- c) Implant
- d) female sterilization
- e) male condoms
- f) Periodic Abstinence
- g) LAM - Lactation
- h) Diaphragm
- i) IUCD
- j) Female condom
- k) Others_____

13. Do you want to have another child in the future?

- a) Yes
- b) No
- c) It depends on my husband.
- d) It depends on Allah/God
- e) I do not know

14. If YES, how long would you like to wait from now before the birth of (another) child?

- a) Less than a year
- b) One or two years
- c) More than two years
- d) I do not know

III. Patient/ client-satisfied with the service

15. About how long did you wait between the time you first arrived at this clinic and the time you saw a staff person for a family planning consultation?

- a) <15 minutes
- b) 16-30 minutes
- c) 31-45 minutes.
- d) 46-60 minutes
- e) 61-90 minutes
- f) 91-120 minutes
- g) >120 minutes

- h) Don't know
16. Did the provider ask if you were having a problem with the method?
- a) Yes
 - b) No
17. Did the provider try to understand the nature of your problem?
- a) Yes
 - b) No
18. Did the provider suggested what you should do (action you should take) to resolve the problem?
- a) Yes
 - b) No
19. Were you satisfied with the advice or treatment that you received for your problem?
- a) Yes
 - b) No
20. Did you and the provider talk about whether or not you would like have children in the future?
- a. Yes
 - b. No
 - c. I don't remember
21. During your talk with the provider was STIs/AIDS discussed?
- a. Yes
 - b. No
 - c. I don't remember
22. Which methods did the provider discuss with you?
- a. Pill
 - b. IUD
 - c. Injectable (Depo-Provera)
 - d. Implant
 - e. Female Sterilization
 - f. Condom
 - g. Periodic Abstinence/ Rhythm

- h. Breastfeeding/LAM
 - i. Diaphragm
 - j. Other _____
 - k. Don't know
23. Did you choose the method you were given or prescribed by yourself or the provider chose for you?
- a. I chose on my own
 - b. The provider suggested
 - c. I don't remember
24. Were you told when to return for a follow-up visit?
- a) Yes
 - b) No
 - c) I don't remember
25. Did you feel comfortable to ask questions during the session?
- a) Yes
 - b) No
26. Do you feel the information given to you during your visit today was too little, too much, or just about right?
- a) Too little
 - b) Too much
 - c) About right
 - d) Don't know.
27. Did you have a pelvic exam during your visit today?
- a. Yes
 - b. No
28. During your visit to the clinic how were you treated by the other staff?
- a) Very well
 - b) Well
 - c) Not very well/ poorly
 - d) There was no other staff

Thanks for your participation.

Health Facility Audit Tool

Name of health facility: _____

Date of the visit: _____

Name of Principle investigator: _____

1. Which of the following family planning/ contraceptives are offered in this health facility?

Record below which contraceptive methods are usually provided at this facility if the method is usually provided. If it is available at the facility today, count the approximate number of non-expired units of each method available in either the facility or the storeroom. For each method provided, ask whether there has been a stock out in the last six months.

(OBSERVE AND ASK)

Type of the family planning	Usually Provides Method	Available today	Available (Approximate # of Units)	Stock out Last 6 Months
A. COC(combined pill)				
Progestosterone oral pills (POP)				
B. Injectable (Depo-Provera)				
C. IUCD insertion and removal				
D. Implant insertion and removal				
E. Diaphragm				
F. Male condoms				
G. spermicide				
H. Emergency pills				

2. Services provided in the health facility and available equipment

For each service, first record if it is provided, and then record whether the service has been available at all times in the last six months. If the service has NOT been available at all times in the last six months, mark the reason why it was last not available and record the length of time it was not available

(OBSERVE AND ASK)

Type of service	Provided	Available at all times in last 6 months.	If no, reason not available last time
A. Female sterilization	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO	1. Supplies not available 2. Equipment not available 3. Trained staff not available 4. Other _____
B. Implant	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO	1. Supplies not available 2. Equipment not available 3. Trained staff not available 4. Other _____
C. IUCD	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO	1. Supplies not available 2. Equipment not available 3. Trained staff not available 4. Other _____
D. Vasectomy	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO	1. Supplies not available 2. Equipment not available 3. Trained staff not available 4. Other _____
E. Others _____ (describe)	☐ YES ☐ NO	☐ YES ☐ NO	1. Supplies not available 2. Equipment not available 3. Trained staff not available 4. Other _____

EQUIPMENT AND SUPPLIES	MARK IF AT LEAST ONE IS AVAILABLE
1. Flashlight	
2. Working lamp	
3. Scale	
4. Blood pressure gauge	
5. Thermometer	
6. Stethoscope	
7. Scissors	
8. Sterile needles	
9. syringes	
10. Specula	
11. Tenacula	
12. Uterine sound	
13. Alligator forceps	
14. Sponge holding	
15. forceps	
16. Artery forceps	
17. Dressing forceps	
18. Tissue forceps	
19. Mosquito forceps	
20. Babcock forceps	
21. NSV ringed forceps	
22. Scalpels	
23. Sutures	
24. Needle holder	
25. Retractor	
26. Tubal hook	
27. Sharp trocars	
28. Sterilizers	
29. Iodine	
30. Xylocaine or lignocaine	
31. Antiseptic	

EQUIPMENT AND SUPPLIES	MARK IF AT LEAST ONE IS AVAILABLE
32. Chlorine solution	
33. Sterile gloves	
34. Disposal containers for contaminated waste/supplies	
35. Sharps containers for used sharps	
36. Plastic buckets or containers for decontamination	
37. Clean instrument containers	
38. Instrument trays	
39. Swab containers with sterile swabs or sterile gauze	
40. Examination couch or table	
41. Examination table capable of Trendelenburg	
42. Operation theater	
43. Recovery room	
44. Procedure area for IUD, injectable or implants	

EKLER -2

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

29.03.2018

Konu: Karar hk.
Sayı : 288

Sayın Prof.Dr.Gül Ergör,

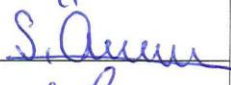
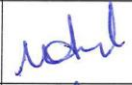
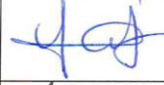
Kurulumuz tarafından 29.03.2018 tarih ve 3875-GOA protokol numaralı 2018/08-07 karar numarası ile görüşülen **"Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Aile Planlaması Hizmetlerinin Kalitesi; Jigjiga, Doğu Etiyopya."** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/08-07	Tarih:29.03.2018
	Prof.Dr.Gül Ergör'ün sorumlusu olduğu “Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Aile Planlaması Hizmetlerinin Kalitesi; Jigjiga, Doğu Etiyopya” isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, kurum izni alınması koşuluyla , etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izni alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılanadı
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı.
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılanadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılanadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Prof.Dr.Gül ERGÖR çalışmada sorumlu araştırmacı olduğu için çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3875-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Aile Planlaması Hizmetlerinin Kalitesi; Jigjiga, Doğu Etiyopya.
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Gül Ergör Halk Sağlığı A.D.
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

EKLER-3



ASMA ABDI IBRAHİM

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	18/04/1992
Doğum Tarihi	
İletişim Adresi	
Telefon	(553) 124 47 92
E-posta	asma.ebrahim1@yahoo.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

01 Eylül 2016 - Şu Anda (2 yıl 9 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, HALK SAĞLIĞI (YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.12 / 4.0

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

TÜRKÇE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

ARAPÇA (Okuma: İyi, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)