



Zorunlu Göçle Gelip Çadırkentte Yaşayan Ezidi Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Anemi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Zehra Kılınç¹, Gülhan Yiğitalp², Evin Evinç², Nida Özcan³, Ali Ceylan¹, Tuncer Özekinci⁴

1 Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Diyarbakır, Türkiye

2 Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Diyarbakır, Türkiye

3 Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Diyarbakır, Türkiye

4 İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı İstanbul, Türkiye

Geliş: 08.03.2023; Revizyon: 02.08.2023; Kabul Tarihi: 15.08.2023

Öz

Giriş ve Amaç: Doğurganlık çağındaki kadınlar tüm olağanüstü durumlarda olduğu gibi savaşlarda ve zorunlu göçlerde de en riskli gruplar arasındadır. Bu çalışma zorunlu göç ile ilimize gelen Ezidi kadınların doğurganlık özelliklerini, aile planlaması yöntemi kullanma durumlarını ve doğum öncesi/sonrası bakım hizmeti alıp almadıklarını, anne ve bebek sağlığı için önemli bir gösterge olan hemoglobin düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Yöntemler: Tanımlayıcı kesitsel tipte olan bu çalışma, Temmuz 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında Diyarbakır Büyükşehir Belediyesine bağlı bir çadır kentte yaşayan 15-49 yaş arası evli kadınlarla yapıldı. Çalışmanın evreni çadır kentte yaşayan 15-49 yaş evli kadınlar idi. Çadır kentteki 15-49 yaş evli kadın sayısı 580 idi. Örneklem alınma kriterlerini sağlayan toplam 248 kişi araştırmaya kapsamına alındı. Kadınlara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak sosyodemografik bilgileri ve doğurganlık özellikleri ile ilgili 35 sorudan oluşan bir anket uygulandı. Kadınlardan aseptik koşullarda yaklaşık 5 mililitre venöz kan alındı. Örnekler 12 saat içerisinde Dicle Üniversitesi Hastanesi Merkez Laboratuvarı'na gönderildi, Cell-Dyn Ruby Hematology Analyzer (Abbott, ABD) otomatize sistemi ile hemoglobinin düzeyleri belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadınların %72,6'sı okuryazar değildi. Kadınların ortalama evlenme yaşı 17,8±3,4, ilk doğum yaşı 19,4±3,3, doğum sayıları 4,6±3,2, yaşayan çocuk sayıları 4,1±2,8 ve sahip olmak istedikleri çocuk sayısı 4,7±2,2 idi. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgisi olanların oranı %83,9, çalışmanın yapıldığı dönemde aile planlaması yöntemi kullananların oranı %50 idi. Kadınların %10,1'i Türkiye'ye geldikten sonra doğum yapmış ve bunların %72'si doğum öncesi bakım, %40'ı doğum sonrası bakım hizmeti almıştı. Eğitim almamış/ilkokul bitirmemiş kadınların aile planlaması yöntemi kullanma oranı ve aile planlaması hakkında bilgisi ilkokul ve üstü bir okul bitirenlerden daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Kan hemoglobin düzeyleri kadınların %83,7'sinde normal sınırlarda (≥ 12 g/dL), %16,3'ünde ise düşük (<12 g/dL) olarak saptandı.

Sonuç: Araştırmaya alınan kadınların eğitim düzeyi düşüktü. Kadınlar doğurganlık özellikleri açısından dezavantajlıydı. Zorunlu göçte maruz kalan kadınlara temel sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmalıdır. Bilgi ve hizmetlerin kendi dillerinde olması, sunulan hizmetlerin etkinliğini de arttıracaktır.

Anahtar kelimeler: Ezidi, Göç, Doğurganlık, Anemi, Çadırkent

DOI: 10.5798/dicletip.

Yazışma Adresi / Correspondence: Zehra Kılınç, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Diyarbakır, Türkiye e-mail: drzehrakln@hotmail.com

Evaluation of Fertility Characteristics and Anemia Levels of Yazidi Women Coming Through Forced Migration and Living in a Tent City

Abstract

Introduction and Aim: Women of reproductive age are one of the most risky groups in wars and forced migrations, as in all extraordinary situations. This study was conducted on Yazidi women who came to our province by forced migration. Fertility characteristics of women, their use of family planning methods, whether they received prenatal/postnatal care, and hemoglobin levels as an important indicator of maternal and infant health were evaluated.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted in a tent city of Diyarbakır Metropolitan Municipality between July 2015 and February 2016. The number of married women aged 15-49 in the tent city was 580. A total of 248 people who met the sampling criteria were included in the study. A questionnaire consisting of 35 questions about fertility characteristics was applied to the women using the face-to-face interview technique. Approximately 5 milliliters of venous blood was collected from women under aseptic conditions. Blood samples were sent to Dicle University Hospital Central Laboratory within 12 hours, and hemoglobin levels were determined by the Cell-Dyn Ruby Hematology Analyzer (Abbott, USA) automated system.

Results: Of the women participating in the study 72.6% were illiterate. The mean age at marriage of women was 17.8±3.4, the mean age at first birth was 19.4±3.3, the mean number of births was 4.6±3.2, the mean number of living children was 4.1±2.8, and the mean number of desired children was 4.7±2.2. The rate of those who had knowledge about family planning methods was 83.9%, and the rate of those who had used family planning methods was 50% at the time of the study. Of the women participating in the study 10.1% gave birth after coming to Turkey, 72% received prenatal and 40% postnatal care. The rate of using the family planning method and the knowledge of family planning among women who did not receive education/who did not complete primary school were higher than those who completed primary school or higher. The difference between the groups was found to be statistically significant ($p<0.05$). Blood hemoglobin levels were found to be in the normal ranges (≥ 12 g/dL) among 83.7% of the women while low (<12 g/dL) in 16.3% of the women.

Conclusion: The education level of the women included in the study was low. Women were disadvantaged in terms of fertility characteristics. Basic health services should be provided free of charge to women subjected to forced migration. Having information and services in their own language will also increase the effectiveness of the services offered.

Keywords: Yazidi Women, Forced Migration, Fertility, Anemia, Tent city.

GİRİŞ

Savaş sonucu gelişen zorunlu göçler insanların olağan koşullarda sürdürdükleri yaşamlarını kesintiye uğratmaktadır. Söz konusu göçün savaş, iç çatışma gibi nedenlerle zorunlu ve istenmedik zamanda olması da tüm yerinden edilmişlerin sorunlarını daha da ağırlaştırmaktadır. Göç genel olarak bireylerin sosyal etkileşim ağında ve kültürel yapısında birtakım değişim ve zorlanmaları beraberinde getirmektedir. Bu değişim ve zorlanmalar çocuklar, gençler ve kadınların da bulunduğu risk gruplarına daha yoğun etkide bulunur. Özellikle aile ve toplumdaki yeri düşünüldüğünde riskli gruplar içinde öncelikli ele alınması ve sorunlarına çözüm getirilmesi gereken önemli gruplardan birinin kadınlar olduğu farklı çalışmalarda belirtilmektedir¹.

Çocuklar ve kadınlar savaş ve göç durumlarında en korunmasız grupları oluştururlar ve olumsuz etkiler en çok bu korunmasız gruplar üzerinde

oluşur. Kadınlar ve kız çocukları erkek sığınmacılara göre daha farklı ve özel korunmaya ihtiyaç duyarlar. Genelde geldikleri ülkelerde de kadınların statüleri düşük iken sığınmacı oldukları ülkelerde toplumsal cinsiyet nedenli sorunlar daha da su yüzüne çıkmaktadır².

Dünya çapında, zorla yerinden edilme ve çatışmalar yılda 140.000 kadının ölümüne³ ve geçim kaynaklarının kaybolmasına, hastalık bulaşma riskinin ve yoksulluğun artmasına ve cinsel sağlık ve üreme sağlığı, aile planlaması ve doğum öncesi bakım hizmetleri dahil olmak üzere bir çok önemli hizmetin aksamasına neden olmaktadır. Yerinden edildikten sonra bile, rutin hizmetlerin eksikliği nedeniyle kadınların üreme sağlığı ihtiyaçları daha da kötüleşebilmektedir⁴.

Yapılan çalışmalarda mülteci kadınların doğum kontrol yöntemleri konusunda farkındalık eksikliği ve karşılanmamış doğum kontrol

ihtiyacının yüksek olması, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerine erişimin yetersiz olması gibi sorunlar olduğu bildirilmektedir⁵.

Mülteci kadınların doğurganlık özelliklerine, bu konuda yaşadıkları sorunlara ve ihtiyaçlarına odaklanmak oldukça önemlidir. Çünkü hem göç sırasında hem de sığındıkları ülkelerde doğurganlık ve aile planlaması ile ilgili sorunlar artmakta ve bu hizmetlere ulaşmada zorluklar yaşamaktadırlar⁶.

Anemi, düşük hemoglobin düzeyiyle karakterize edilen bir sağlık sorunudur ve anne ve bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Göçmen kadınlar arasında anemi yaygın bir sorun olabilir, çünkü sağlıklı beslenme, prenatal ve postnatal bakım hizmetlerine erişimde zorluklar yaşanabilir. Anemi, gebelik komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı, erken doğum gibi riskleri artırabilir. Bu nedenle, göçmen kadınların anemi taraması ve gerekli tedavi ve destek hizmetlerine erişimi sağlanmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre anemi: hemoglobinin, 15 yaşın üstünde erkekte 13g/dL altında, 15 yaşın üstünde ve gebe olmayan kadında 12 g/dL' nin altında, gebelerde ise 11 g/dL'nin altında olarak tanımlanır⁷.

Bu çalışma zorunlu göç ile ilimize gelen Ezidi kadınların doğurganlık özelliklerini, aile planlaması yöntemi kullanma durumlarını ve doğum öncesi/sonrası bakım hizmeti almadıklarını değerlendirmek ve anne ve bebek sağlığı için önemli bir gösterge olan hemoglobin düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Ezidi kadınların doğurganlık özelliklerinin saptanması, bu gruplara hizmet verenlere yol gösterici olması bakımından önemlidir. Literatürde göçmen kadınların doğurganlık özellikleri ve sorunlarına yönelik çalışmalar olsa da Ezidi göçmen kadınlarla yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu yönüyle bu çalışmanın literatüre de önemli katkı sunacağını düşünmekteyiz.

YÖNTEMLER

Araştırma Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel türde bir araştırmadır.

Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma Temmuz 2015-Şubat 2016 tarihlerinde Diyarbakır Büyükşehir Belediyesine bağlı Ezidilerin yaşadığı çadır kentte yapıldı.

Araştırma Bölgesinin Özellikleri

Irak'ın Şengal dağı eteklerinde yaşayan Ezidiler 2014 yılı sonbaharında iç savaş ve uğradıkları şiddet nedeniyle önce Suriye topraklarına oradan Türkiye sınırlarından geçmişlerdir. Yaklaşık 30.000 Ezidi Türkiye'ye sığınmıştır. Katliam korkusu sebebiyle yakın zamanda geri dönmeyi düşünmemekte ve dini inançları sebebiyle Avrupa'ya göçmek istemektedirler⁸.

Nüfus dağılımları ile ilgili de net bilgiler mevcut değildir. Bunun nedeni kayıtların ayrıntılı tutulmaması, Ezidilerin kayıt ve ikametindeki sorunlar, nüfusun hareketliliği, yurt dışına gidişler, kentlere ve köylere dağılımlık, koordinasyon ve bilgi eksikliği gibi farklı sebepler olabilir. Kamp yetkilisinin verdiği bilgiye göre toplu yaşam alanlarındaki mevcut nüfusun 13.000 olduğu, onlarla beraber toplam Ezidi nüfusunun 19.000 civarında olabileceği tahmin edilmektedir. Toplu yaşam alanlarındaki Ezidi Mülteci nüfusu (Tahmini) Diyarbakır Fidanlık (Kamp/toplu yaşam alanı) 3.383, Şırnak (Bişenk Kampı; eski TKI lojmanı) 853, Siirt kampı DUDERAN 470, Batman (Koruxe) 900, Batman Oğuz Köyü 160, Nusaybin (AFAD) kampı 3,706, Mardin Midyat kampı (AFAD) 2,375, Viranşehir 400, Toplam 12,247 kişi olduğu belirtilmektedir⁹. Bu çalışmanın yürütüldüğü sırada Diyarbakır kampında nüfus azalmış ve 2500 civarına inmiştir.

Araştırma Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın yürütüldüğü dönemde çadır yönetiminden alınan bilgiye göre çadır kente sürekli giriş çıkışlar olmakla birlikte yaklaşık 2667 kişi bulunmaktaydı. Bunların yaklaşık 650'si 15-49 yaş kadın ve bunların da 580'i evli idi. Araştırmada araştırmacı sayısının azlığı, araştırma bölgesinin uzaklığı ve ekonomik kısıtlılıklar nedeniyle 290 (%50) 15-49 yaş evli kadına ulaşmak hedeflendi. Çalışmaya katılmak istemeyen, anketi yarım bırakan ya da eksik bilgi veren kişiler çalışma dışı bırakıldı ve toplam 248 kadın (katılım oranı %89,6) örneklemi oluşturdu. Çadır kent bölgesi hizmet sunumunun daha iyi olması açısından 6 bölgeye ayrılmıştı. Araştırmamızda her bir bölgeden yaklaşık 48-50 kişiyle çalışılmak hedeflendi ve çadır numaraları kullanılarak 2 çadırdan birine gidildi. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Her bir görüşme 25-30 dakika sürdü.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Çalışmaya Diyarbakır Büyükşehir Belediyesine bağlı çadır kentte yaşayan 15-49 yaş arası evli olan, araştırmaya katılmayı kabul eden Ezidi kadınlar dâhil edildi.

Araştırmada Hariç Tutulma Kriterleri

Çalışmaya Diyarbakır Büyükşehir Belediyesine bağlı çadır kentte yaşamayan, 15-49 yaş grubunda olmayan, evli olmayan, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen, anketi yarım bırakan Ezidi kadınlar hariç tutuldu.

Veri Toplama Araçları

Katılımcıların demografik bilgilerini, doğurganlık özelliklerini içeren 35 sorudan oluşan yapılandırılmış anket hazırlandı. Araştırma evrenini oluşturan kadınların anadilinin Kürtçe olması nedeniyle anket uygulamasında Kürtçe bilen araştırmacılar görev aldı. Araştırmacılara anket içeriği ve uygulaması ile ilgili 1 günlük eğitim verildi. Anket sorularının denenmesi için on kişi üzerinde uygulanmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son halini almıştır.

Hemoglobin Düzeylerinin Saptanması

Çalışmaya dahil edilen kadınlardan aseptik koşullarda 4-5 mililitre kan alınarak antikoagulan (Etilendiamin tetraasetik asit:EDTA) içeren tam kan tüplerine bırakıldı. Tüpler en geç 2 saat içinde Dicle Üniversitesi Hastanesi Merkez Laboratuvarı'na ulaştırıldı. Tam kan tüpleri Cell-Dyn Ruby Hematology Analyzer (Abbott, ABD) oto analizörüne bırakılarak hemoglobin düzeyleri saptandı. Hemoglobin düzeyi referans değerleri 12-15 g/dl olarak belirlendi.

İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamına aktarıldı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 21 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanıldı. Elde edilen veriler için yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma hesaplandı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren verileri arasında anlamlı fark olup olmadığı Student-t testiyle değerlendirildi. Kategorik verilerin karşılaştırmasında ki-kare analizi kullanıldı. Tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Çalışmada Helsinki Deklarasyonuna bağlı kalındı. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 30.07.2015 tarih ve 304 sayılı kararı ile onay alındı.

Diyarbakır Valiliği ve Diyarbakır Büyükşehir Belediyesi'nden gerekli izinler alındı. Araştırma örneklemine alınma ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan sözel onam alındı. Önce anadillerinde yazılmış olan aydınlatılmış onam formu okutuldu, okuma yazması olmayanlara anket uygulayan kişi tarafından okunarak bilgilendirildi ve araştırmaya katılmayı kabul edenlere anket soruları sorularak verdikleri cevaplar ankete işlendi.

Sınırlılıklar

Bu çalışma Iraktan göç etmiş Diyarbakır sınırları içerisindeki bir çadırkentte yaşayan evli Ezidi kadınlarla yapıldı. Bu nedenle sonuçlar sadece bu

gruba genellenebilir. Çalışma kesitsel nitelikte yapıldığından katılımcılar takip edilemedi, bulguların süreç içindeki değişimi değerlendirilemedi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların %23,4'ü 25-29 yaş grubunda, %91,1'i Türkiye'ye gelmeden önce köyde yaşamış, %72,6'sı okuryazar değildi. Eşlerinin %20,2'si okuryazar değildi. Kadınların %94,0'ü resmi nikâhlı, %2,8'i kuma olarak, %47,2'si kaçarak evlenmişlerdi. Kadınların eşleriyle aralarındaki yaş farkları ise yaşıt veya kendilerinden büyük olup, %33,9'unun yaş farkı 0-2 yaş, %10,9'u on yaşın üzerindediydi (Tablo 1).

Tablo 1: Kadınların Demografik Özellikleri

Özellikler (n=248)	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları		
15-19	13	5,2
20-24	39	15,7
25-29	58	23,4
30-34	52	21,0
35-39	44	17,7
45-49	28	11,3
Cevapsız	14	5,7
Zorunlu göçten önce yaşadığı yer		
İl merkezi	16	6,5
İlçe	6	2,4
Köy	226	91,1
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	180	72,6
Okuryazar (terk)	30	12,1
İlköğretim mezunu	29	11,7
Lise mezunu	7	2,8
Yüksekokul /fakülte mezunu	2	0,8
Eş Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	50	20,2
Okuryazar (terk)	73	29,4
İlköğretim mezunu	92	37,1
Lise mezunu	1	0,4
Yüksekokul /fakülte mezunu	32	12,9
Nikâh Durumu		
Resmi nikâh	233	94,0
İmam nikâhı	6	2,4
Dul (eşi ölmüş)	2	0,8
Kuma	7	2,8
Evlenme Şekli		
Eşlerin anlaşmasıyla/isteyerek	37	14,9
Görücü usulüyle	57	23,0
Berdel usulü	37	14,9
Kaçma/Kaçarak	117	47,2
Eşi ile yaş farkı		
0-2 yaş	84	33,9
3-4 yaş	41	16,5
5-6 yaş	48	19,4
7-8 yaş	28	11,3
9-10 yaş	20	8,1
11-15 yaş	20	8,1
16 ve üzeri	7	2,8

Çalışmaya katılan kadınların evlenme yaşlarının ortalaması $17,8 \pm 3,4$, ilk doğumlarını yaptıkları yaşın ortalaması $19,4 \pm 3,3$ 'tü. Ortalama doğum sayıları $4,6 \pm 3,2$, yaşayan çocuk sayılarının ortalaması $4,1 \pm 2,8$, istediği çocuk sayısı ortalaması $4,7 \pm 2,2$ 'di. Bir kadın kaç yaşına kadar gebe kalabilir sorusuna ortalama $36,9 \pm 7,3$ yanıtını verdiler. Kadınların %21,9'u doğumlarını evde gerçekleştirmiş, %87,8'i normal doğum yapmıştır. Kadınların %62,3'ü son doğumunu hastanede sağlık personeli yardımı ile, %24,5'i evde sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleştirmişlerdir. Kadınların %38,9'unun son iki gebeliği arasındaki süre 2 yıldan azdır. Kadınların %67,3'ü son gebeliği sırasında doğum öncesi bakım hizmeti almış, %86,8'i bu hizmeti doktordan almış, %54,1'i doğum öncesi hizmeti almama nedeni olarak herhangi bir sorun yaşamadığı için, %10,8'i yakında sağlık kuruluşu olmadığı için hizmet almadığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan kadınların toplam gebelik sayısı 1125 olup, %91,8'i doğumla %8,2'si düşükle sonuçlanmıştır. Kadınların %20,5'i düşük yapmış, toplamda ise 92 düşük yapmışlardır. Düşüklerin %17,4'ü istemli düşüktür. Kadınların %16,3'nün hemoglobin düzeyi 12 g/dL'nin altında, %83,7'sinin ise 12'ye eşit ve üstünde bulundu (Tablo 2).

Kadınların %83,9'u doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi aldığını %45,7'si bilgiyi sağlık personelinde aldıklarını ifade etti. Kadınların %50,0'si şu an kendisi ya da eşinin yöntem kullanmadıklarını, %26,2'si geri çekme yöntemini kullandıklarını, kadınların %29,0'u sağlık kaygısı nedeniyle, %8,0'i nasıl temin edileceğini bilmediği için doğum kontrol yöntemi kullanmadığını ifade etti. Kadınların %79,1'i isteyerek gebe kaldığını ve %62,6'sı başka çocuk sahibi olmak istemediklerini ifade etti (Tablo 3).

Tablo II: Kadınların gebelik, doğum, düşük ve anemi durumlarıyla ilgili bilgiler

	Ortalama	SD
İlk evlenme yaşı	17,8	3,4
İlk doğumunu yaptığı yaş	19,4	3,3
Doğum sayısı	4,6	3,2
Yaşayan çocuk sayısı	4,1	2,8
İstediği çocuk sayısı	4,7	2,2
Bir kadın kaç yaşına kadar gebe kalabilir	36,9	7,3
	Sayı	Yüzde
Çocuklarınızın doğumları nerede gerçekleşti? (n=220)		
Evde	49	21,9
Hastanede	66	30,2
Bazıları evde bazıları hastanede	105	47,9
Çocuklarınızın doğum şekli ? (n=220)		
Normal	193	87,8
Sezeryan	27	12,2
Son doğumunuzu kim yaptırdı ? (n=220)		
Hastanede sağlık personeli yardımı ile	137	62,3
Evde sağlık personeli yardımı ile	17	7,7
Evde sağlık personeli yardımı olmadan	54	24,5
Eve gelen yaşlı mahalle ebeleri ile	12	5,5
Son iki gebelik arasındaki süre (n=190)		
2 yıldan az	74	38,9
2 yıldan fazla	116	61
Son gebeliğiniz sırasında doğum öncesi bakım hizmeti aldınız mı?(n=226)		
Evet	152	67,3
Hayır	74	32,7
Doğum öncesi bakım hizmetini kimden aldınız? (n=152)		
Doktor	132	86,8
Ebe/hemşire	20	13,2
Son gebeliğiniz sırasında doğum öncesi bakım hizmeti almamanızın nedeni neydi? (n=74)		
Bir sorun yoktu	40	54,1
Yakında sağlık kuruluşu yoktu	8	10,8
Gelenekler/töre	2	2,7
Maddi olanaksızlık	1	1,4
Bilmiyor	23	31,1
Gebelik ve doğum özellikleri		
Toplam gebelik sayısı	1125	100,
Toplam doğum sayısı	1033	91,8
Toplam düşük sayısı	92	8,2
Düşük yapma (n=248)		
Evet	51	20,5
Hayır	197	79,5
Düşük şekli (n=92)		
İstemli düşük	16	17,4
İstemsiz düşük	76	82,6
Anemi Durumu (n=248)		
Anemi var (Hbg<12g/dL)	44	16,3
Anemi yok (Hbg≥12g/dL)	204	83,7

Tablo III: Kadınların aile planlaması ile ilgili özellikleri

Ozellikler	Sayı	Yüzde
Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi alma (n=248)		
Evet	208	83,9
Hayır	40	16,1
Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi kaynağı (n=208)		
Aile büyüklerinden	16	7,7
Arkadaşlarından	77	37,0
Sağlık personelinin	95	45,7
Yazılı kaynaklardan	6	2,9
Basın organlarından	14	6,7
Şu anda kendisinin ya da eşinin kullandığı doğum kontrol yöntemi (n=248)		
Yok	124	50,0
Rahim içi araç	1	0,4
Kondom	17	6,9
Doğum kontrol hapi	19	7,7
Geri çekme	65	26,2
Takvim yöntemi	2	0,8
Tüplerin bağlanması	20	8,1
Doğum kontrol yöntemi kullanmama nedeni (n=124)		
Bulunmuyor/ulaşma güçlüğü	14	11,2
Nasıl temin edeceğini bilmiyor	10	8,1
Çocuk istiyor	31	25,0
Gebelik	3	2,4
Eşin istememesi	11	8,9
Dini nedenler	8	6,5
Sağlık kaygısı/sağlık sorunları	36	29,0
Diğer*	11	8,9
Son çocuğa isteyerek mi gebe kaldınız? (n=220)**		
Evet	174	79,1
Hayır	46	20,9
Başka çocuk sahibi olmak isteme (n=222)		
Evet	79	35,6
Hayır	139	62,6
Bilmiyorum/belki	4	1,8

*Şu anda yöntem kullanmayan histerektomili, kisti olan, eşi olmayan, süt verdiği için korunduğunu düşünen, pahalı olduğunu düşünen kişilerden oluşmaktadır. **Hiç çocuğu olmayanlar dahil edilmemiştir

Çalışmaya katılan kadınlara sağlık hizmetlerinde erişimde Türkçe bilip bilmemeniz etkiliyor mu sorusuna %36,3'ü (90 kişi) evet %14,1'i (35 kişi) kısmen etkiliyor yanıtını verdi. Kadın doğum ile ilgili sağlık hizmetlerine ulaşım durumları sorulduğunda ise %45,8'i ulaşabiliyorum ancak yeterli değil, %7,5 'i (18 kişi) hayır yanıtını verdi.

Son gebeliğiniz sırasında doğum öncesi bakım hizmeti aldınız mı sorusuna %67,3 (152 kişi) evet, %32,7 (74 kişi) hayır yanıtını vermiştir. Doğum öncesi bakım hizmetini kimden aldınız sorusuna %58,4 (132 kişi) doktor, %8,8 (20 kişi) ebe hemşire yanıtını vermiştir. Son gebeliğiniz sırasında doğum öncesi bakım hizmeti almamanızın nedeni neydi sorusuna %54,1 (40 kişi) bir sorun yoktu, %31,1'i (23 kişi) bu hizmeti alması gerektiğini bilmiyor, %10,8 (8 kişi). Araştırma kapsamına alınan kadınların %10,1'i Türkiye'ye geldikten sonra doğum yaptığını, %72,0'si doğum öncesi bakım aldığını, %40,0'ı doğum sonrası bakım hizmeti aldığını, %32,0'si doğum sonrası aşı olduğunu, %56,0'sının doğumdan sonra bebeğinin aşılandığını belirtti (Tablo 4).

Tablo IV: Kadınların Türkiye'ye geldikten sonra doğum yapma ve doğum sonrası bakım hizmeti alma durumları

	Sayı	Yüzde
Türkiye'ye geldikten sonra doğum yaptınız mı? (n=248)		
Evet	25	10,1
Hayır	223	89,9
Doğum öncesi bakım hizmeti aldınız mı? (n=25)		
Evet	18	72,0
Hayır	7	28,0
Doğum sonrası bakım hizmeti aldınız mı? (n=25)		
Evet	10	40,0
Hayır	15	60,0
Aşı oldunuz mu? (n=25)		
Evet	8	32,0
Hayır	17	68,0
Bebeğiniz aşılandı mı? (n=25)		
Evet	14	56,0
Hayır	11	44,0

Eğitim almamış/ilkokulu bitirmemiş kadınların doğum kontrol yöntemi kullanma oranı ve aile planlaması hakkında bilgisi ilkokul ve üstü eğitim alan kadınlardan daha yüksek olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo V: Kadınların öğrenim durumu ile aile planlaması kullanma ve bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

	Eğitim almamış/ilkokulu bitirmemiş n(%)	İlk okul ve üstü eğitim almış n(%)	Toplam	p*
Şu an kullandığı aile planlaması yöntemi (n=248)				
Yok	98(46,7)	6(68,4)	124(50,0)	
Var	112(53,3)	12(31,6)	124(50,0)	0,03
Aile planlaması hakkında bilgisi (n=248)				
Yok	29(13,8)	12(31,6)	40(16,1)	
Var	1(86,2)	6(68,4)	208(83,9)	0,007

*Ki kare testi

Eğitim almamış/ilkokulu bitirmemiş kadınların ortalama çocuk sayısı ilkokul ve üstü bir okul bitirenlerden fazla olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Eğitim almamış/ilkokulu bitirmemiş olan kadınlar daha fazla çocuğa sahip olmak istediklerini belirtmiş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). İlk evlenme yaşı ve ilk doğumunu yaptığı yaş bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo VI: Kadınların öğrenim durumu ile doğurganlık özelliklerinin karşılaştırılması

	Ortalama±SD	p*
Yaşayan çocuk sayısı		
Eğitim almamış/ilkokulu bitirmemiş	4,88±3,15	0,003
İlkokul ve üstü bir okul bitirenler	3,1±3,17	
Kaç çocuk istediği		
Eğitim almamış/ilkokulu bitirmemiş	5,01 ± 2,20	0,001
İlkokul ve üstü bir okul bitirenler	3,64 ± 1,88	
İlk evlenme yaşı		
Eğitim almamış/ilkokulu bitirmemiş	17,3±3,44	0,267
İlkokul ve üstü bir okul bitirenler	18,3±3,56	
İlk doğumunu yaptığı yaş		
Eğitim almamış/ilkokulu bitirmemiş	19,2±3,41	0,164
İlkokul ve üstü bir okul bitirenler	20,2±2,86	

*Bağımsız gruplarda t testi

TARTIŞMA

Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık dörtte üçü okuryazar değildi. AFAD 2013 Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar Saha Araştırması Raporu'na göre kampta yaşayan Suriyeli sığınmacıların %12'si, kamp dışında yaşayan Suriyelilerin %19'u okuryazar değildi¹⁰. Lübnan'da yapılan çalışmada Suriyeli mülteci kadınların %15'i her hangi bir eğitim almamıştır¹¹. Ürdün'de mülteci kadınların üçte birinin okuma yazma bilmediği belirlenmiştir¹². Türkiye'de yapılan bir çalışmada Ezidi kadınların diğer etnik gruplara göre eğitim düzeyi daha düşük bulunmuştur⁵. Bizim çalışmamızda öğrenim durumları diğer çalışmalara göre çok daha düşüktür. Bunun nedeni katılımcıların Kuzey Irak'ta köyde yaşıyor olmaları, geleneksel yapıları veya etnik azınlık grup olmaları, eğitim hizmetine erişememeleri olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık yarısı kaçarak, dörtte birine yakını görücü usulüyle evlenmişlerdir. Yüz yüze görüşmelerimizde kaçma usulü evlenmenin çok yaygın olduğu ve bu tür evliliklerin büyükler tarafından çokta kötü karşılanmadığı neticede af edildikleri ve kadınların bu tür evlenme şekliyle mutlu olduklarını dile getirmişlerdir. Türkiye'nin batısında Suriyeli göçmen kadınların %61,0'i görücü usulüyle evlenmiştir¹³.

Çalışmaya katılan kadınların evlenme yaşlarının ortalaması 17,8±3,4, ilk doğumlarını yaptıkları yaşın ortalaması 19,4±3,3, ortalama doğum sayıları 4,6±3,2, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 4,1±2,8, istediği çocuk sayısı ortalama 4,7±2,2'dir. Ocakoğlu'nun yaptığı bir iç göç çalışmasında kadınların ortalama ilk evlenme yaş ortalaması 20,4±3,5, ilk gebelik yaş ortalaması 21,3±3,7'dir¹⁴. Türkiye'de yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada adolesan gebelik oranı Suriyeli mülteci kadınlarda Türk kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur¹⁵. Yine Türkiye'de yapılan nitel bir araştırmada Suriyeli kadınlar ülkelerinde erken

yaş evliliklerinin yaygın olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların %40'ı 18 yaş ve altında evlendiğini, ortalama 3,44 gebeliğe ve en fazla 10 çocuğa sahip olduklarını belirtmişlerdir 5. Çalışmamızda adolesan evliliklerin ve doğurganlık özelliklerinin nispeten daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum çalışma grubumuzdaki kadınların daha çok doğurma eğiliminde olmaları, aile planlaması yöntemlerine erişmede güçlük çekmeleri, hamile kaldıklarında doğurmak istemelerine bağlı olabilir. Azınlık olma kırsal alanda yaşama kız çocuklarının temel ilköğretimden sonra okula gönderilmeyip daha erken yaşta evlendirilmelerine neden olmaktadır. Adolesan annelerin bebekleri çoğunlukla düşük kilolu doğmakta, bu bebeklerin ilk bir yıl içinde enfeksiyon ve malnütrüsyona bağlı olarak ölme riskleri yüksek olmaktadır. Anne sağlığı açısından 18 yaş altı gebelerin, gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle ölme riski 20-25 yaş arası gebelere oranla 2-3 kat artmaktadır¹⁶. Elimizde Ezidi kadınlarla ilgili bu veriler olmamakla beraber bu göstergelerin yüksek olduğu ve böyle devam etmesi halinde daha da artacağı öngörülebilir.

Kadınların doğumlarının önemli bir kısmı evde gerçekleşmiş, büyük çoğunluğu normal doğum yapmış ve üçte ikisinden fazlası son doğumlarını hastanede sağlık personeli yardımı ile gerçekleştirmişlerdir. Çalışmamızla benzer şekilde ülkemizde yapılan çalışmalarda Suriye'li kadınların normal doğum oranı daha yüksek bulunmuştur¹⁷. Lübnan'da mülteci Suriyeli kadınların %24,6'sı en az bir kez sezaryen olmuşlardır¹². Kaya ve ark.'nın yaptığı çalışmada araştırma kapsamına alınan kadınların dörtte üçü doğumunu sağlık personelinin yardım ile yapmışlardır¹⁸. DSÖ dünya sağlık raporuna göre 2006-2012 yılları arasında Irak ta sağlık personeli ile doğum yapma oranı %91 iken dünyada bu oran %72, Irakta sezaryen doğum oranı %22 iken dünyada bu oran %16'dır¹⁹. Buradan da anlaşılmaktadır

ki hastanede doğumlar ve sezaryen oranı kadınların geldikleri ülkede de giderek artmaktadır. Buna rağmen diğer çalışmalarla kıyaslandığında bu çalışmada hastanedeki doğum oranları ve sezaryen oranları düşüktür. Çalışmamızda evde doğum oranlarının yüksek çıkmasının nedeni çalışmaya katılanların köyde yaşamaları, sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşamaları, geleneksel yapıları olabilir. Sezaryen doğum sayısının az olmasının nedeni ise kadınların yaşadıkları yerin köy olması ve bu sebeple sağlık kuruluşuna uzak olması, neredeyse 10 yılı bulan iç çatışma ortamının sağlık hizmetine erişimi engellemiş ve kadınları evde doğum yapmaya zorlamış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların üçte birden fazlasının son 2 gebelikleri arasında geçen süre 2 yıldan azdır. Doğum aralıklarının incelenmesi, doğum aralığının örüntüsü, dolayısıyla anne ve çocuk sağlığı hakkında bilgi vermesi açısından önem taşımaktadır. Kısa doğum aralıkları anne ve çocuk ölümlülüğü riskini arttırmaktadır. Türkiye'de yapılan TNSA 2018 verilerine göre Suriyeli kadınların ilk doğum dışında kalan doğumların beşte birinden fazlasının bir önceki doğumla arasında 18 ay vardır. Bu doğumların yaklaşık %38'i 24 aydan az bir süre sonra gerçekleşmiştir²⁰. 1980 yılında yapılan Dünya Doğurganlık Araştırması'nda kısa doğum aralığının, bebeklerin yaşam şansını % 60-70, çocukların beş yaşına kadar yaşam şansını ise %50 azalttığını ortaya koymuştur²¹.

Araştırma kapsamındaki kadınların %67,3'ü son doğumlarında doğum öncesi bakım hizmeti almış ve hepsi bu hizmeti bir sağlık personelinde almışlardır. Lübnan'da Suriyeli mülteci kadınların %82,4'ü en az bir kez tüm gebelikleri süresince doğum öncesi bakım almıştır¹¹. Türkiye'deki Suriyeli mülteci kadınların ise %26,7'si doğum öncesi bakım hizmeti almamıştır²². Savaş, zorunlu göç vb nedenler doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerini önemli ölçüde aksatmakta ve anne

çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir. Çadır kentlerde ve gittikleri ülkede kayıt altında olanlar nispeten bu hizmetlere ulaşabilirken kayıtsız olanlarda neredeyse bu ve benzeri sağlık hizmetlerine erişimleri mümkün olmamaktadır. Nitekim çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlası gebeliğinde bir sorun olmadığı için doğum öncesi bakım hizmeti almadığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan kadınlar toplam 1125 gebelik geçirmiş, bunların %8,2'si düşükle sonuçlanmış ve %17,4'ü istemli düşüktür. Türkiye'de Suriyeli sığınmacı kadınların yaklaşık yarısında gebelik kaybı öyküsü olduğu belirtilmiştir²². Başka bir çalışmada ise Suriyeli sığınmacı kadınların neredeyse tamamı geleneksel bir kürtaj (isteyerek düşük) yöntemini kullandıklarını belirtmişlerdir⁵. Çalışmamızda bu çalışmalara göre hem istemli hem istemsiz düşük oranları daha azdır. Bu da kadınların gebe kaldıklarında doğurma eğiliminde olduklarını göstermektedir. Yüz yüze görüşmelerde de bunu sık sık "Allah ne kadar verirse, o kadar doğururuz" şeklinde dile getirmişlerdir.

Çalışmaya katılan kadınların önemli bir kısmı doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgi almış ve bu bilgiyi en çok sağlık personelinde ve arkadaşlarından almışlardır. Kadınların kendilerinin ve eşlerinin yarısı şu an herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmamakta olup yöntem kullananların dörtte biri geri çekme yöntemini kullanmaktadırlar. Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır^{5,12,13,22,24}. Temel sağlık hizmetinin önemli bir parametresi olan ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin alımı açısından bakılacak olursa göç eden bireylerin bu hizmetlerden de yeterince faydalanamadıkları görülmektedir. Bunun nedeni göç eden kadınlarda, geleneksel kültüre bağlı olarak çok çocuk doğurmanın sahip oldukları statünün devamı açısından önemli

olması ve bu konuda yeterli bilgiye sahip olmamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık üçte biri sağlık kaygısı/sağlık sorunları nedeniyle, dörtte biri çocuk yapmak istediği için doğum kontrol yöntemi kullanmamaktadır. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %6,2'si sağlığına zararlı olduğu için aile planlaması yöntemini kullanmadığını belirtmiştir¹⁸. Türkiye'de yapılan bir çalışmada Suriyeli göçmen kadınların doğum kontrol yöntemi kullanmamasının temel nedeni olarak tekrar gebe kalma isteği olduğu belirtilmiştir¹³. Yine Türkiye'de Suriyeli kadınların %9,6'sı gebe kalmak istedikleri için yöntem kullanmadıklarını belirtmiştir²⁴. TNSA 2018 verilerine göre ise Suriyeli kadınların en yaygın yöntem bırakma nedenleri, gebe kalmayı istemek (%38), yan etki/sağlık kaygısı (%21) ve yöntemi kullanırken gebe kalmak olduğu (%15) saptanmıştır²⁰. Irak'ta yapılan çalışmada kontraseptif kullanmama nedenleri olarak sağlık nedenleri/yan etkiler (%44,4) ve %23,2 ile daha fazla çocuk sahibi olma isteğidir²⁵. Bu çalışmada yöntem kullanmama nedenleri benzerdir. Sağlık kaygısı ve sağlık sorunları nedeniyle kontraseptif yöntem kullanmama nedenleri Türkiye'de yapılan çalışmalardan daha yüksek orana sahiptir. Bu durum kadınların bölgede göçmen olmaları nedeniyle sağlık sistemine güvenmemeleri ve doğurganlık özelliklerini kaybedebilecekleri endişesi yaşıyor olmalarından kaynaklanıyor olabileceği gibi kendi ülkelerinde de bu nedenlere bağlı kontraseptif kullanmamanın daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya dahil edilen kadınların büyük çoğunluğu son çocuğuna isteyerek gebe kalmıştır ve %62,6'sı başka çocuk istememekte, %1,8'i ise kararsız kalmaktadır. TNSA 2013 verileri Türkiye'de kadınların büyük bir çoğunluğunun gelecekte doğurganlıklarını kontrol etmek istediklerini göstermektedir. Evli kadınların %47'si ileride başka çocuk sahibi

olmak istememektedir²⁶. Yine Türkiye'de 15-49 yaş aralığında halen evli Suriyeli kadınların %43'ü başka çocuk sahibi olmak istememektedir ya da tüpleri bağlanmıştır²⁰. Lübnan'da Suriyeli mülteci kadınların yaklaşık yarısından fazlası (%52,1) mevcut gebeliği istemediğini %5,2'si kararsız olduğunu belirtmiştir¹¹. Bu çalışmada son çocuğuna isteyerek hamile kalma daha yüksek oranda bulunmuş olup, Ezidi kadınların zor yaşam koşullarına rağmen doğurganlık özelliklerini sürdürme isteklerine bağlanabilir.

Türkiye'ye geldikten sonra kadınların %10,1'i doğum yapmış olup bunların %72,0'si doğum öncesi bakım hizmeti, %40,0'ı doğum sonrası bakım hizmeti almış, %32,0'si aşı olmuş, %56,0'sının doğumdan sonra bebeği aşılanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de kadınların %94'ü doğum sonrası bakım hizmeti almıştır. Daha önce dezavantajlı olan Doğu Anadolu bölgesinde de şu an bu oran %90'a ulaşmıştır²⁶. Türkiye'de Suriyeli kadınlarla yapılan nitel bir araştırmada güvenli annelik hizmetlerine ulaşma durumlarının yetersiz olduğu saptanmıştır⁵. Başka bir araştırmada araştırmadan önceki son 5 yılda canlı doğumu olan 15-49 yaş arası mülteci kadınların çoğu en son doğumlarında uzman sağlık personelinden doğum öncesi bakım almıştır (%93). Kadınların %30'u gebelik dönemleri boyunca tetanos aşısı yaptırmıştır. 12-23 aylık Suriyeli göçmen çocukların %60'ının yaşamlarının ilk 23 ayında yaşına uygun tüm aşıları oldukları belirtilmiştir²⁰. Kanada'da yapılan çalışmada mülteci kadınların doğum öncesi bakıma erişimde gecikme oranları önemli ölçüde yüksek bulunmuştur²⁷. DSÖ Dünya Sağlık Raporuna göre 2006-2012 yılları arasında Irak'ta doğum öncesi bakım alma oranı en az 1 defa %78, en az 4 defa %50, dünyada ise en az bir kez doğum öncesi bakım alma %81, en az 4 kez %56'dır¹⁹. Bu oranlar çalışmamızdaki orandan daha yüksektir. Araştırmamızda bu oranların düşük olması bu

kişilerin mülteci statüsünde olmayıp sığınmacı olarak kabul edilmeleri, sağlık hizmeti alabilmeleri ile ilgili yasal düzenlemenin yetersiz olması, çadır kentte sağlık hizmetinin gönüllülük esasına dayalı ve hizmetin daha çok poliklinik ve ayaktan tedavi edici hizmet olarak verilmesi olabilir.

Çalışmaya katılan eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş kadınların ilkokul ve üzeri eğitim almış kadınlara göre doğum kontrol yöntemi kullanma oranı anlamlı olarak daha yüksektir. Literatürde bulgularımızı destekleyen çalışmalar olduğu gibi²⁸, eğitim düzeyi arttıkça herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma düzeyinin arttığını belirten çalışmalar da mevcuttur^{20,29}. Araştırma grubunda özellikle modern yöntem kullanım oranı daha düşüktür. Herhangi bir yöntem kullanan kadınların çoğu etkisiz bir yöntem olan geri çekme yöntemini kullanmaktadır. Bu da eğitimi düşük olan kadınların bu yöntemle daha fazla başvurması ile açıklanabilir.

Çalışmaya katılan kadınların %16,3'ü anemik (hemoglobin düzeyi 12g/dL' nin altında) bulundu. Şanlıurfa'da bulunan Suriyeli kadınlarla ilgili yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, kadınların %50'sinde demir eksikliği eksikliği bulundu²². Mülteci kadınlarla yapılan çalışmalarda kadınların anemi düzeyi daha yüksek bulunmuştur²³. Çalışmamızda kadınlarda aneminin görece düşük bulunmasının nedeni göç eden grubun daha küçük, göç ettikleri çadırkentte yaşam koşullarının daha iyi olmasına örneğin kampta gıda ihtiyacının iyi karşılandığı ve düzenli yemek yiyebildikleri için olabilir. Ayrıca bu insanlar Türkiye'ye gelmeden önce dağlık bölgede yaşamaları, yani yüksek irtifada yaşıyor olmaları aneminin daha az görülmesine neden olmuş olabilir.

Araştırma grubundaki eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş kadınların, ilkokul ve üstü bir okul bitiren kadınlara göre daha fazla aile planlaması hakkında bilgi sahibi olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızın aksine TNSA 2018 verilerine göre Suriyeli mülteci kadınların eğitim düzeyi arttıkça aile planlaması ile ilgili herhangi bir yöntem bilme düzeyi artmaktadır²⁰. Başka çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır²⁹. Eğitimi olmayan/okul bitirmemiş kadınların aile planlaması yöntemi bilgilerinin daha fazla olması, ortalama sahip oldukları çocuk sayısının fazla olması nedeniyle aile planlaması ile ilgili bilgi arayışı içine girmelerine bağlanabilir.

Çalışmaya katılan kadınlardan eğitim almamış/ilkokulu bitirmemiş olanların ortalama yaşayan çocuk sayısı ve çocuk isteme durumları ilkokul ve üstü bir okul bitirenlerden anlamlı şekilde daha fazladır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuş olup³⁰, kız çocuklarının en az temel eğitim almaları erken yaş evlilikleri ve erken yaşta anne olmalarını engelleme bakımından önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya katılan kadınlarda erken evlilikler, adolesan annelik ve çocuk sayıları yüksektir. Güvenli annelik hizmetlerinin yeterli düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça doğum kontrol yöntemi kullanma oranı ve aile planlaması hakkında bilgisi şaşırtıcı şekilde azalmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça ortalama çocuk sayısı ve daha fazla çocuğa sahip olmak isteği azalmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetinin toplum sağlığı açısından önemi göz önüne alınarak göç eden bireylerin bu hizmetlere erişebilirliği sağlanmalıdır. Bu kişilere burada oldukları sürece doğum öncesi ve sonrası bakım hizmeti, doğum kontrol yöntemlerinin teminini de içeren temel sağlık hizmetlerinin ücretsiz bir şekilde sunulması, sunulan hizmetlerin ve hizmetlere ulaşım ile ilgili bilgilerin bireylere kendi dillerinde aktarılması sağlanmalıdır.

Etik Kurul Onayı: Çalışmada Helsinki Deklarasyonuna bağlı kalındı. Dicle Üniversitesi Tıp

Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 30.07.2015 tarih ve 304 sayılı kararı ile onay alındı.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma Dicle Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projesi Dicle Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (DÜBAP) Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiştir.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Financial Disclosure: This study was supported by Dicle University Scientific Research Projects (DUBAP) Coordinatorship.

KAYNAKLAR

1. UNFPA (United Nations Population Fund) 2015. Migration: A world on the move. <http://www.unfpa.org/pds/migration.html>. Erişim Tarihi: 17.02.2023.
2. Savaş, göç ve sağlık. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Şubat 2016, Ankara.
3. Goldstein JS. War and Gender. 1st Ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2003, p: 91-110.
4. Murray CJ, King G, Lopez AD, Tomijima N, Krug EG. Armed conflict as a public health problem. *BMJ*. 2002; 324(7333):346-9.
5. Yaman Sözbir Ş, Erenoğlu R. Harmful traditional health practices used by Syrian refugee women in Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021; 26(2):148-54.
6. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jul 26;15(8):1583.
7. Stoltzfus R, Dreyfuss M. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia. International Nutritional Anemia Consultative Group (INACG). 1st Ed. Washington, ILSI Press, 2011, p:8-11.
8. Hayata Destek 2014. Durum Raporu: Türkiye'deki Ezidi Sığınmacılar, [https://www.hayatadestek.org/wp-](https://www.hayatadestek.org/wp-content/uploads/2021/09/2014-faaliyet-raporu.pdf)

[content/uploads/2021/09/2014-faaliyet-raporu.pdf](https://www.hayatadestek.org/wp-content/uploads/2021/09/2014-faaliyet-raporu.pdf) Erişim Tarihi: 17.02.2023

9. Çorabatır M, Alagöz B. Şırnak, Siirt, Batman ve Diyarbakır'da Yaşayan Ezidi Mülteciler Raporu ve Bulgaristan Sınırına Yığılma Nedenleri. Sivil Düşün; AB Programı, <http://docplayer.biz.tr/6314341-Ezidi-multeciler-sirnak-siirt-batman-ve-diyarbakir-da-yasayan-raporu-ve-bulgaristan-sinirina-yigilma-nedenleri.html> Erişim Tarihi: 17.02.2023

10. AFAD. Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılar, 2013 Saha Araştırması Sonuçları, Ankara, Türkiye. https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/25336/xfiles/1a-Turkiye_deki_Suriyeli_Siginmacilar_2013_1.pdf Erişim Tarihi: 17.02.2023

11. Benage M, Greenough PG, Vinck P, Omeira N, Pham P. An assessment of antenatal care among Syrian refugees in Lebanon. *Confl Health*. 2015; 9:8.

12. Bardaweel SK, Akour AA, Alkhawaldeh A. Impediments to use of oral contraceptives among refugee women in camps, Jordan. *Women Health*. 2019 Mar;59(3):252-65.

13. Özşahin A, Emre N, Edirne T. Contraceptive use and fertility behaviour among Syrian migrant women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021 Jun;26(3):209-13.

14. Gerçek H, Pala K. Nilüfer halk sağlığı eğitim araştırma bölgesinde 15-49 yaş arası evli kadınlarda göçle gelme durumunun doğurganlık davranışları üzerine etkisi. *Uludağ Üniv Tıp Fak Derg*. 2011; 37(1):21-6.

15. Karbancıoğlu Cantürk F, Songur Dağlı S, Cantürk M. Kırşehir ilindeki Suriyeli mültecilerin perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi. *Ahi Evran Med J*. 2019; 3(1):6-11.

16. Şen S, Kavlak O. Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. *Aile ve Toplum*. 2011; 12(7):35-44.

17. Çift T, Temur M, Korkmazer E, ve ark. Türkiye ve Suriyeli Göçmen Kadınlara ait Gebelik ve Seroloji Sonuçlarının Karşılaştırılması. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2017; 2:5-9.

18. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci SE. Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım

- Düzeinin Belirlenmesi. F.Ü. Sağ Bil Derg. 2008;22(4):185-91.
19. World Health Statistics 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf. Erişim Tarihi: 17.02.2023
20. 2018 Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örneklemi http://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/2018_TNSA_SR_compressed.pdf Erişim Tarihi: 17.02.2023
21. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüpleri Enstitüsü. 1988 Turkish Population and Health Survey. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/1988%20tdsa/1988_TPHS.pdf Erişim Tarihi: 17.02.2023
22. Şimşek Z, Yentur Doni N, Gül Hilali N, Yildirimkaya G. A community-based survey on Syrian refugee women's health and its predictors in Şanlıurfa, Turkey. *Women Health*. 2018; 58(6):617-31.
23. Hossain SM, Leidman E, Kingori J, Al Harun A, Bilukha OO. Nutritional situation among Syrian refugees hosted in Iraq, Jordan, and Lebanon: cross sectional surveys. *Confl Health*. 2016; 10(1):1-11.
24. Bahadır H, Uçku R. Geçici Koruma Politikası Altında İzmir'de Yaşayan Suriyeli Evli Kadınların Doğum Kontrol Yöntemi Kullanımları. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*. 2018; 3(2):122-9.
25. Ebrahim SM, Muhammed NK. Knowledge, attitude and practice of family planning among women in Basrah city South of Iraq. *Med J Basrah Univ*. 2011; 29(1):70-6.
26. TNSA 2013. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüpleri Enstitüsü, Kasım 2014 Ankara, Türkiye. <http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/02/Turkiye-Nufus-ve-Sa%C4%9Flik-Arastirmasi-2013.pdf> Erişim Tarihi: 17.02.2023
27. Kandasamy T, Cherniak R, Shah R, Yudin MH, Spitzer R. Obstetric risks and outcomes of refugee women at a single centre in Toronto. *J Obstet Gynaecol Can*. 2014; 36(4):296-302.
28. Çalıkoğlu EO, Bilge Yerli E, Kavuncuoğlu D, et al. Use of Family Planning Methods and Influencing Factors Among Women in Erzurum. *Med Sci Monit*. 2018; 24: 5027-34.
29. Sidibe AM, Kadetz PI, Hesketh T. Factors Impacting Family Planning Use in Mali and Senegal. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4399.
30. Çalışkan E, Dilbaz BÖ, Tan O, Katarş B, Haberal A. Eğitim Durumunun Doğurganlık Ve İsteğe Bağlı Düşüklere Etkisi. *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*. 2003;9(5):635-8.