

## INFORME TÉCNICO

INFORME DE EVALUACIÓN FINAL DEL PROYECTO **Promoción de la salud obstétrica como derecho humano y una forma de lucha contra la violencia hacia la mujer en el distrito de Geita, región de Mwanza, Tanzania.**

**(FVV/Jitambue)**

Realizado por: **E Maswanya, Ms. S Kilima and J Massaga**

## Tabla de contenido

RECONOCIMIENTOS .....	3
Lista de Tablas y Gráficos .....	4
Lista de Abreviaturas.....	5
Resumen Operativo.....	7
1.0 Introducción .....	13
2.0 Objetivos .....	15
2.1 Objetivo general.....	15
2.2 Objetivo Específico.....	15
2.3 Resultados Esperados.....	15
3.0 Metodología .....	16
3.1 Área de estudio y Población.....	16
3.2 Diseño del Estudio.....	16
3.3 Plan de muestreo .....	17
3.4 Lugares de estudio .....	17
3.5 Muestreo de encuestados.....	17
3.5.1 Definición del tamaño de la muestra .....	17
3.6 Gestión y Análisis de Datos .....	20
3.6.1 Datos Cuantitativos (del cuestionario usado en encuestas) .....	20
3.6.2 Datos cualitativos.....	21
3.6.3 Fuentes secundarios.....	21
3.7 Realización de encuestas.....	22
3.8 Parámetros de garantía.....	22
3.9 Consideraciones Éticas .....	22
4.0 RESULTADOS .....	23
5.0 Discusión .....	41
6.0 Conclusiones y Recomendaciones .....	42
6.1 Conclusión .....	42
6.2 Recomendaciones .....	43
7.0 Referencias.....	43

## RECONOCIMIENTOS

El equipo de investigación quisiera expresar su sincero agradecimiento por el apoyo recibido durante la realización de este estudio. Primero y ante todo, dar las gracias al equipo directivo de AMREF Mwanza bajo el mando de Edna Matasha y en particular a la Sra Cecilia Jonas. Nos dieron información privilegiada sobre el tema de la fístula obstétrica en Geita. Asimismo, habían realizado una labor de introducción preliminar del proyecto para las comunidades en el distrito electoral de Butundwe.

Agradecer al Consejo del Distrito de Geita y al Equipo de Gestión Sanitaria (CHMT) del Consejo. El Director Ejecutivo del distrito se reunió con el equipo y fue muy receptivo con el proyecto. El equipo de gestión sanitaria invirtió mucho tiempo en la difusión de información sobre la “fistula” en el distrito. También el Coordinador de la Salud Reproductiva estuvo a disposición del proyecto durante la visita a las comunidades y barrios con el equipo de investigación.

Queremos expresar un sincero agradecimiento a la dirección a nivel de subdistrito. Los Oficiales del Distrito electoral, los Oficiales Comunitarios y los responsables de las varias estructuras sanitarias que nos facilitaron información durante nuestras visitas.

Damos las gracias a los diferentes grupos comunitarios que participaron en los debates sobre el tema de la fistula obstétrica con grupos focales, donde se obtuvo mucha información.

Por ultimo quisiéramos agradecer a las madres embarazadas su colaboración. Respondieron a todas nuestras entrevistas del cuestionario cara a cara. Sin sus aportaciones no hubiéramos podido completar el estudio. Un muy sincero agradecimiento.

## Lista de Tablas y Gráficos

Tabla 1: Muestra de comunidades y barrios escogidos aleatoriamente

Tabla 2: Calendario del Programa de Servicios Médicos Especializados 2011

Tabla 3: Operaciones de Fistula realizadas en el Hospital del Distrito de Geita

Tabla 4: Operaciones de Fistula realizadas en el Centro Médico de Bugando

Tabla 5: Características Sociales y Demográficas de los encuestados

Tabla 6: Categoría profesional de los encuestados

Tabla 7: Ingresos mensuales de los encuestados

Tabla 8: Realizan las mujeres de su comunidad prácticas intravaginales

Grafico 1: Composición Étnica de los Encuestados

Grafico 2: Régimen de propiedad

Grafico 3: Métodos de planificación familiar utilizados por los encuestados

Grafico 4: Quien decide el lugar del parto

## Lista de Abreviaturas

AMREF	Fundacion Africana para la Medicina y la Investigación
ANC	Antenatal Clinic – Clínica Antenatal
BMC	Bugando Medical Centre – Centro Médico de Bugando
CCBRT	Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania – Rehabilitación amplia con base comunitaria en Tanzania
CHMT	Council Health Management Team – Consejo de del Equipo de Gestión Sanitaria
DED-	District Executive Director – Director Ejecutivo del Distrito
DMO	District Medical Officer – Oficial médico del Distrito
FGD	Focus Group Discussion –Discusiones con grupos focales
FP	Family Planning – Planificación Familiar
HF	Health Facility – Centro de Salud
HMIS	Hazardous Materials Identification System – Sistema de identificación de materiales peligrosos
IDI	In-depth Interview – Entrevistas a fondo
KAP	Knowledge Attitude and Practice – Conocimientos, Actitudes y Practicas
KII	Key Informant Interview - Entrevistas a Informantes Claves
MMAM	Mpango wa Maendeleo wa Afya ya Msingi –Programa de Desarrollo Básico en Salud
MoH&SW	Ministry of Health and Social Welfare. – Ministerio de Salud y bienestar social
NGO	Non-Governmental Organization – Organización no gubernamental
PHC	Primary Health Care – Salud Primaria
RVF	Recto- Vagina Fistula – Fistula rectovaginal
RCH	Reproductive Child Health – Salud reproductiva infantil
SSPS	Statistical Package for Social Sciences – Paquete de estadísticas en ciencias sociales

STATA	Data Analysis and Statistical Software for Professionals - Software Profesional de Analisis de datos y Estadísticas
SSI	Semi-Structured Interview - Entrevistas semi estructuradas
SHC	Secondary Health Care – Atención Secundaria de Salud
SRH	Sexual Reproductive Health – Salud Sexual y reproductiva
SRH&R	Sexual Reproductive Health and Rights – Derechos de Salud sexual y Reproductiva
TOR	Term of Reference – Términos de Referencia
VAW	Violence against Women – Violencia contra las mujeres
VEO	Village Executive Officer – Oficial ejecutivo de la comunidad
VVF	Vesico-Vagina Fistula – Fistula Vesico Vaginal
WEO	Ward Executive Officer – Oficial del Distrito Electoral
WHO	World Health Organization – Organizacion Mundial para la Salud

# Resumen Operativo

## Introducción

Aunque la prevalencia de la Fistula Vesico Vaginal (FVV) en la zona del lago no se conoce, el malestar que supone para las mujeres que las sufren podría valorarse con el gran número de operaciones realizadas desde el inicio del proyecto en los centros sanitarios de la zona del lago. Datos del centro Médico de Bugando , entre 2011 y 2012 indican que se han llevado a cabo un total de 355 cirugías, 327 eran FVV y las 18 restantes FVR. Datos del Hospital del distrito en Geita, sin embargo muestran que el número de operaciones de FVV y de FVR realizadas por los flying doctors desde 2001 a 2012 han sido 10. Esto muestra que desde la línea de base aquellas mujeres que sufrían de fístula se han movilizado para liberarse de dicha carga y han aprovechado los servicios ofrecidos por el proyecto.

Entre el 2010 y el 2012 AMREF inicio la primera fase de 18 meses del Proyecto de FVV en Jitambue. Al final de dicha fase AMREF contrató una consultoría para evaluar el proyecto con vista a verificar la pertinencia de la estrategia utilizada y el nivel de alcance de los resultados esperados, así como las lecciones aprendidas y las buenas prácticas, si existen, para tomarlas en consideración en futuras fases de desarrollo.

## Objetivo

El objetivo del estudio ha sido el de evaluar el proceso del proyecto desde el principio hasta el final para dar un entendimiento amplio del proyecto implementado y de los logros alcanzados según las metas y resultados esperados, así dando una base para replicar el proyecto y desarrollarlo en el futuro.

## Metodología:

Se realizó un análisis transversal en la división de Butundwe. El estudio fue llevado a cabo en Marzo del 2013 y se utilizaron métodos tanto cualitativos como cuantitativos. Los componentes cualitativos incluían el uso de entrevistas a informantes claves, discusiones con grupos focales de mujeres, de hombres, de ambos y con Equipos de Gestión Sanitaria de las Comunidades, profesores, personal sanitario, y líderes comunitarios. Los componentes cuantitativos incluyeron a mujeres embarazadas que visitaban las clínicas materno infantiles.

## FACTORES MÁS IMPORTANTES DEL PROYECTO

### A nivel de Zona

El Centro Médico de Bugando ofrece servicios de referencia sanitaria a toda la zona del Lago en Tanzania y más allá. Entre Enero del 2011 y Junio del 2012, 355 casos de fístula fueron operados. De estos 327 eran FVV y 18 de FRV. De las operaciones realizadas 32 de las pacientes provenían del distrito de Geita. La edad media ha sido de 27.3 años. No se ha podido determinar el éxito de las operaciones realizadas debido a que no ha habido un seguimiento postoperatorio de las pacientes. Los datos recogidos en la evaluación han sido elevados comparados con las cifras

iniciales de la línea de base, dónde se habían operado 85 pacientes, de las cuales 8 del distrito de Geita, y con una edad media de 25.6 años.

### **A nivel de Región**

Aunque este nivel no estaba contemplado en el proyecto FVV/Jitambue merece la pena mencionarlo. Por tanto, el Hospital de Sekou Toure debería de ser el referente para todos los centros sanitarios de nivel inferior en la zona. EL Hospital, empezó a realizar operaciones de reparación de fístula y a tener un servicio especializado de Ginecología en 2011. Hasta Junio del 2011 únicamente 6 pacientes fueron operadas de fistula: 2 de Mara, 2 de Kahama y 2 de Kagera.

### **Nivel de Distrito de Geita**

El servicio de los Flying Doctors de AMREF, es quien se encarga de las operaciones de fístula en el hospital. En total se realizaron 10 operaciones desde Enero del 2011 a Junio del 2011, y la edad media ha sido de 36.3 años. En el periodo del 2011 a 2012 el número de reparaciones de fístula en el Hospital del distrito en Geita ha sido bajo comparado con el de la línea de base, en el que se operaron a 16 pacientes. La edad media entonces fue de 25.6 comparada con la de 36.3, esto podría estar asociado al hecho de que se han reducido los embarazos precoces y que las mujeres acuden al centro antes de sufrir complicaciones de parto.

### **Resultados Cualitativos obtenidos de Informantes Claves y Discusiones con Grupos Focales**

#### **La Carga social que supone la FVV en el Distrito**

Durante los años 90 la carga social que suponía la FVV se decía estaba en aumento, hoy día está reduciéndose. Representantes del Centro Médico de Bugando admiten que es aquí donde se realizan la mayoría de operaciones de fístula. Sin embargo, en las conversaciones mantenidas manifiestan que el problema real de fístula está en las comunidades dónde desconocen la magnitud de dicho problema. El equipo de gestión sanitaria en la comunidad reconoce que el problema de la fistula está asociado con la carencia de personal cualificado en la atención de partos, la distancia entre las comunidades y los centros sanitarios y la falta de conocimientos en las comunidades donde dar a luz en casa es lo común y creen que la fístula es algo normal.

Durante las conversaciones quedo patente que la mayoría de las mujeres embarazadas está en riesgo de tener una fistula, pero que la mayoría de posibles víctimas son:

- Chicas jóvenes solteras
- Niñas en edad escolar
- Niñas que no van a la escuela
- Mujeres que han tenido muchos hijos

#### **Servicios disponibles**

Se ha visto que los servicios de atención prenatal existen en todos los centros sanitarios, y que las mujeres embarazadas acuden aunque tarde y de forma irregular. Existen servicios de vacunación tanto para madres como para niños. Servicios de prevención vertical de madre a hijo existen tanto en el hospital del distrito como en los centros de salud y se verificó que el Gobierno es el primer proveedor de servicios médicos.



### **Matrimonios tempranos**

En la división de Butundwe los matrimonios tempranos y embarazos precoces son el problema que mayoritariamente contribuye a los casos de fístula. Varios factores fueron mencionados durante las conversaciones mantenidas sobre las causas de los embarazos precoces y principalmente están en: pobreza, la exposición de niñas a la venta de alcohol y cacahuetes, a zonas de recreación de adultos como discotecas, bares, salones de juego, cines y a que existen largas distancias entre las escuelas secundarias y sus casas y estas no cuentan con internados ni autobuses que llevan a las niñas a casa.

### **Fistula Vesico Vaginal y Fistula Rectovaginal**

La mayoría de personas entrevistadas mencionaron haber conocido y visto mujeres víctimas de FVV en sus comunidades. Si bien fue un alivio que reconociesen la existencia de casos de Fistula y eran conscientes de que tiene solución, todavía existe la creencia de que las causas están relacionadas con la mala suerte de la familia y por tanto las víctimas eran estigmatizadas y culpabilizadas tanto por maridos como familiares. Bajo este contexto, la fistula se asocia a que la mujer ha mantenido relaciones sexuales durante todo el embarazo y la comunidad culpabiliza a la mujer por ello.

### **Parteras Tradicionales**

La mayoría del personal médico tanto en el hospital como del equipo de gestión sanitaria a nivel comunitario no muestra una actitud positiva con respecto a las parteras tradicionales porque aunque muchas embarazadas acuden a los servicios prenatales luego optan por dar a luz con las parteras. Aluden que las parteras tienen una educación muy básica para lidiar con situaciones complicadas y que refieren a las parturientas demasiado tarde a los puestos de salud. También manifiestan que la escasez de personal en los centros de salud contribuye a que las embarazadas acudan a las parteras tradicionales.

### **Abandono Escolar**

Ha sido interesante ver como el abandono escolar se ha reducido estos últimos dos años, y que se atribuye al inicio de la educación en materia de salud sexual y reproductiva en las escuelas (primarias y secundarias). Esto parece haber aumentado los conocimientos y destrezas de la vida cotidiana y para posicionarse ante posibles relaciones sexuales.

### **Costumbres tradicionales**

Con respecto a los matrimonios tempranos, la opinión común de la comunidad puede verse como un problema clave para las niñas no escolarizadas. Por ejemplo en la comunidad de Sukuma, el precio de la novia era un factor determinante detrás de las bodas pactadas, y las niñas son víctimas de esta práctica.

## **Creencias Culturales**

Se puntualizó que la educación ha ayudado a sobrellevar creencias culturales como que las mujeres embarazadas no deben de comer huevos duros porque nacerán niños con cabeza plana. O bien que una mujer en lactancia no debe de comer carne ni beber leche, cosa peligrosa debido a que otros alimentos escasean en la zona. Parece por otra parte que algunas prácticas si han protegido a las mujeres en lactancia, cómo la creencia que una mujer en lactancia no debe mantener relaciones sexuales porque el bebé se enfermaría.

## **Número ideal de niños por familia y la planificación familiar**

Mayoritariamente los encuestados manifiestan que el número ideal de niños por familia es de tres a cinco y que a veces la decisión sobre cuantos se deben tener se toma de forma conjunta si bien prevalentemente es el hombre quien decide. Asimismo también afirmaban que generalmente se cree que debido al alto precio que se paga por la novia que la mujer no tiene derecho a decidir y por tanto que debe ser el hombre quien decida el número de hijos que quiere tener. Parece ser que la difusión de información sanitaria y de derechos de las mujeres ha contribuido en los últimos tiempos a que se tome más en cuenta su opinión. Otro factor que influencia el hecho de que muchas mujeres acepten tener más hijos es por el miedo de que sus esposos tengan relaciones extraconyugales para tener más descendientes.

## **Tecnología**

El rol de los teléfonos móviles se ha visto como algo positivo a los largo del estudio. Muchos profesionales sanitarios así como representantes y personas en las comunidades han podido comunicar emergencias con mayor facilidad al hospital del distrito y a los puestos de salud gracias a ellos. En las comunidades ven útil que los trabajadores de salud comunitaria tengan un teléfono y que este número esté disponible a todos en la comunidad para poderse poner en contacto con esta persona siempre que haya una necesidad.

## **Conocimiento de la existencia del Proyecto “Jitambue”**

Todas las personas entrevistadas estaban al corriente del proyecto y la mayoría afirma que la educación en materia de salud sexual y reproductiva ha aumentado en la zona gracias al proyecto. Otros proyectos mencionados como de influencia positiva en materia de salud sexual y reproductiva en la división de Bututundwe incluyen: NELICO, Plan Internacional y el Ministerio de Salud.

## **DATOS CUANTITATIVOS A NIVEL COMUNITARIO**

### **Características Demográficas**

En las ocho comunidades se realizaron entrevistas cara a cara, a 102 mujeres embarazadas. De estas 36.3% tenían edades entre los 20 y 24 años. La mayoría eran casadas (89%)y el 70% ha completado el nivel primario de educación. Con respecto al grupo étnico, la mayoría de madres embarazadas representando el 71% de las encuestadas son de etnia Wasukuma.

### **Características laborales**

El 85% de las mujeres, madres y embarazadas entrevistadas trabajan en agricultura familiar.

### **Ingresos Mensuales**

Se ha concretado en la evaluación final que el ingreso medio del 60% las encuestadas es de 50,000 TZsh comparado con la línea de base que era la misma cifra pero para el 80% de os encuestadas.

### **Propiedad**

El 50.6% de las entrevistadas declara que la familia tiene una pequeña granja con pollos alguna vaca o cabra, y que poseen bicicletas como medio. Sólo el 20% cuenta con una radio en el hogar.

### **Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva**

Con respecto a los conocimientos y costumbres de la salud sexual y reproductiva, se ha constatado que la edad media para el primer embarazo entre las 95 mujeres entrevistadas se sitúa en 22.7 años.

Con respecto a si el último embarazo el bebe salió vivo, 79 contestaron y 77 (75.5%) nacieron vivos y 2 muertos. Las causas de muerte, una fue por anemia y la otra desconocida, pero mencionó haber tenido lesiones de parto. EL tipo de lesión que describió se asume como desgarro vaginal. La Matrona ayudo a todas durante el parto.

### **Costo de los servicios en un parto**

Por lo general las encuestadas no recordaban bien el precio aunque la mayoría mencionaba el precio de 1500 Shillings Tanzanos, y alguna dijo que fue gratis. Con respecto al tiempo que les llevó llegar a l centro de salud, la media decía que una hora aunque no tenían claro la distancia en kilómetros.

### **Lugar del parto en el último embarazo**

El lugar del parto para la mayoría en el último embarazo había sido el centro de salud. Durante la entrevista se preguntó sobre la duración del parto y la mayoría tuvo partos de más de 10 horas. Por otra parte con respecto a si el lugar del parto era el lugar deseado sólo un 50% dijo que si lo era.

Con respecto la línea de base dónde 59 embarazadas afirmaban haber sufrido lesiones durante su último parto, en la evaluación final de 102 mujeres entrevistadas sólo 2 habían sufrido lesiones de parto.

De 102 mujeres sólo una manifestó haber tenido problemas de VVF y que efectivamente empezaron después del parto, y que seguía casada con el mismo hombre. (casi justificando que él no la había dejado).

## **Conocimientos sobre Planificación Familiar**

De las 102 mujeres entrevistadas, 69% conocía métodos de contracepción. De las 99 que respondieron a estas preguntas 69.6% habían usado planificación familiar, con respecto al 15% de la línea de base. El método más utilizado fue la píldora con un 71.7% y la fuente de información más común para la planificación familiar: los trabajadores sanitarios.

## **La importancia de la Planificación Familiar y sus razonamientos**

Más del 66% de las participantes asintieron a la importancia de la planificación familiar y mencionaron las siguientes razones: distanciamiento entre hijos, 36 (62.1%); mejora de la salud materna 11 (19.0%), Prevención de embarazos no deseados 10 (17.2%). Aun así también hubo quienes no valoraban la planificación familiar como importante y aludían a las siguientes razones: tiene consecuencias negativas para la salud 7 (24%), hay que tener un primer hijo/a 13 (44.8%) y simplemente no es necesaria 2 (6.9%)

## **Acceso y uso de los servicios de Salud**

La mayoría de los 97 participantes, 53 (54,6%) afirma usar los hospitales y las clínicas (37.1%) para los servicios de salud mientras que sólo 3 mencionan la medicina tradicional (3.1%).

## **Prácticas intravaginales**

La pregunta realizada para obtener datos, fue si se llevaban a cabo prácticas intravaginales en la comunidad y 51 mujeres contestaron que si (66%), que el lavado vaginal era el más común.

## **La decisión sobre el lugar del parto**

De las 89 que contestaron a la pregunta 56 (63%) mujeres afirmaron decidir sobre donde dar a luz mientras que 24 (27%) respondieron que sus maridos decidieron.

## **Conclusiones**

- EL proyecto ha logrado darse a conocer y sensibilizar sobre la Fistula Vesico Vaginal
- Si bien se ha logrado alertar sobre la FVV la reducción del estigma hacia sus víctimas ha sido mínimo
- Información relativa al postoperatorio de las pacientes no está disponible debido a la mala gestión de la recogida de datos
- Aunque se ha contado con la participación de oficiales locales del gobierno en las actividades del proyecto; la implementación del proyecto no ha sido integrada completamente en la estructura administrativa del gobierno local.

## **Recomendaciones**

- Existe la necesidad de definir la estructura de gestión e implementación, así como los roles y responsabilidades, para que un proyecto así se integre y aliñe con los estatutos y agencias del Gobierno.

- Los roles y responsabilidades del gobierno y administraciones locales deberían recogerse en un memorando de entendimiento, claramente articulado, firmado por todas las partes colaboradoras.
- El éxito del proyecto con respecto a la concienciación de la población en el área de intervención, obliga a que la estrategia del proyecto sea difundida y consolidada.
- Es necesario desarrollar una estrategia que abarque e involucre a la juventud para fortalecer las actividades de prevención de FVV en las comunidades.
- El proyecto debería incrementar el número de centros de tratamiento de fístulas en el área de intervención para incrementar el servicio y que más mujeres se atrevan a acercarse para ser tratadas.
- Un posible servicio de transporte para las pacientes debería ser considerado, debido a la carga física que supone para la mujer el caminar hasta los centros y también debería de involucrarse a todas las partes interesadas de la sociedad para reducir la estigmatización que sufren.

## 1.0 Introducción

La verdadera incidencia de fístulas vesico-vaginales a nivel mundial no se conoce. Según algunas estimaciones, la prevalencia mundial es de más de 2 millones de mujeres en todo el mundo. Sin embargo, se sabe que las fístulas vesico-vaginal (VVF) y fístulas recto-vaginales (RVF) son los principales problemas del mundo en desarrollo en comparación con los países desarrollados.

Una fístula vesico-vaginal (VVF) es un orificio y / o comunicación entre la vejiga urinaria y la vagina o en la vagina y el recto recto-vaginal fístula (RVF) que se desarrolla durante un parto prolongado y obstruido. VVF provoca que la orina y las heces se salga de la vejiga urinaria de forma continua (incontinencia) lo que puede conducir a infecciones dolorosas de la vejiga y el riñón (TOR, CCBRT).

Según un informe reciente (CCBRT, 2011) en torno a 2,4 millones de mujeres dan a luz cada año y 13.000 mujeres mueren por causas relacionadas con el parto y el embarazo cada año en todo el país. Muere más de 45.000 recién nacidos mueran al año, se producen alrededor de 3.500 nuevos casos de fístula vesico-vaginal (VVF) al año y el 90% de las mujeres que sufren VVF pierden sus bebés (CCBRT).

Muchos expertos creen que VVF está causada, a menudo, por partos prolongados y obstruidos. La presión constante del cráneo fetal contra el tejido blando alrededor del canal del parto (vagina) y la vejiga urinaria y / o el recto corta el suministro de sangre a los tejidos, provocando que se rompan. El este orificio provoca fugas continuas y sin control en la orina y / o heces. En casi todos los casos de fístula obstétrica, el bebé muere. La VVF también se puede producir en

una violación violenta. Existe un pequeño número de fístulas que pueden ser causadas por problemas en la cirugía, tales como la cesárea o histerectomía, o como resultado de errores en la práctica de la circuncisión tradicional (fístula Nacional, Tanzania, 2012, Sambo, 2006, OMS 2011).

En principio, VVF y RVF pueden repararse quirúrgicamente a menos que sean demasiado grandes los daños o asociados a otros tejidos que hace imposible reparación. El tratamiento sólo está disponible en algunos hospitales especializados y la mayoría de las mujeres no saben que existe esta cirugía o cómo hacerlo. Las fístulas a menudo se podría evitar, y entre el 40% y 95% de las fístulas pequeñas o nuevas puede ser curadas de fácilmente con la inserción de un catéter para aliviar la presión en la vejiga durante un período de 4 a 6 semanas después del parto (fístula Nacional , Tanzania, 2012, Bangser M, 2001). Para los nacimientos posteriores, es recomendable realizar cerarias para evitar la re-apertura de la fístula. Pocas mujeres rurales de Tanzania tienen acceso físico o económico a los servicios obstétricos en los cuales se pueden realizar las cesáreas, por lo que es probable que las fístulas se vuelvan a abrir durante el parto. Esta situación se puede prevenir mediante la promoción de la calidad, el acceso y la atención obstétrica y puede ser un paso importante hacia la reducción de la incidencia de VVF. El problema de las fístulas no es un problema aislado que se puede resolver mediante técnicas médicas y quirúrgicas sólo. La prevención y sensibilización sobre este problema son igualmente importantes (Health alcance Mujeres 2012).

En el distrito de Geita en Tanzania la mortalidad materna es alta 355/100, 000 nacidos vivos, y la tasa de mortalidad en menores de cinco años es de 100/1000, el nivel de alfabetización es bajo 17% para mujeres y 20% varones. Casi el ocho por ciento (7.6%) de las niñas abandonan la escuela primaria debido a matrimonios forzados. La edad del primer embarazo es de 15 años, y en algunos casos incluso de 14 años. Las prácticas tradicionales aprueban el matrimonio precoz de las niñas mediante el pago de la dote, ya que se ve como una fuente legítima de ingresos de los padres.

Se puede afirmar que la mejor manera de reducir la incidencia de VVF y RVF es la intervención mediante la adopción de programas de desarrollo integral adecuados a nivel comunitario y sostenibles. Estos enfoques deben ser los que fortalezcan las capacidades locales disponibles para que las mujeres puedan mejorar su salud y su entorno social a través de la implementación de programas coordinados. Esos programas deben incluir aspectos que se refieren a la condición social / socio - económico de la comunidad en su conjunto, con especial atención en la educación

de las niñas, la alfabetización de adultos y la generación de ingresos y el desarrollo de habilidades para las mujeres en edad fértil.

La evaluación final de prevención de la fístula vesico-vaginal (VVF) se llevó a cabo en 4 poblados del distrito de Geita, en los wards de Katoro y Nyakagomba de la División de Butundwe. La evaluación final la realizó un consultor en el plazo de una semana y se basó en 8 poblados que fueron seleccionados al azar.

## 2.0 Objetivos

### 2.1 Objetivo general

El objetivo del estudio fue evaluar el proceso del proyecto desde el inicio hasta la fecha para proporcionar una comprensión global de la ejecución del proyecto y los logros obtenidos en cuanto a los objetivos y resultados marcados y que servirán de base para la futura réplica del proyecto.

### 2.2 Objetivo Específico

Los objetivos específicos de la evaluación final del proyecto de prevención de la fístula son los siguientes:

1. Evaluar el grado en que el proyecto ha alcanzado los objetivos y resultados esperados - centrándose en el impacto y sostenibilidad de los resultados
2. Evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, las niñas y los miembros de la comunidad sobre los efectos de los matrimonios precoces, la salud reproductiva y la participación de los hombres y de los miembros de la comunidad para mejorar respecto a la igualdad de género.
3. Describir la capacidad de los HMIS comunidad en respuesta a los problemas obstétricos en el área del proyecto.
4. Evaluar la asociación creada para la prevención de los matrimonios precoces y la violencia contra las mujeres
5. Evaluar la integración de las actividades del proyecto en la estructura y los sistemas existentes

### 2.3 Resultados Esperados

- Informe inicial que detalla la interpretación y la comprensión de los términos de referencia, el diseño de la evaluación, la metodología, las herramientas, el plan de trabajo y presupuesto para el debate con AMREF
- Las herramientas de recolección de datos, los datos se establecen en una lista

de códigos

- Los informes de seguimiento se compartirán con el Equipo Técnico de AMREF y los comentarios serán incorporados por los consultores
- En los informes previos a finalizar el informe de evaluación final externa del proyecto se comprobará el estado de los indicadores basándose en las metodologías aplicadas y los objetivos que se han descrito anteriormente
- Copias de los datos originales, las notas de campo, cintas de audio y material transcrito
- Un conjunto completo de datos (en SPSS, Access o STATA) y el listado de acrónimos.
- El informe final se presentará 3 días después de la presentación al Equipo Técnico de AMREF

## 3.0 Metodología

### 3.1 Área de estudio y Población

El estudio se realizó en la división de Butundwe, Distrito de Geita , en la región de Mwanza. Geita es uno de los distritos más poblados de Tanzania. Tiene una población estimada de cerca de 1,2 millones de personas. Los servicios de salud son proporcionados por varias organizaciones, pero el principal actor es el Gobierno de Tanzania a través del Ministerio de Salud y Bienestar Social (Ministerio de Salud y Bienestar Social).

Una de las grandes preocupaciones son los servicios de salud materna ya que Geita tenía indicadores muy pobres: una mortalidad materna de 355/100, 000. Los datos apuntan a que por cada mujer que muere durante el parto, entre 15 -20 mujeres sufren discapacidad a corto o largo plazo, incluyendo VVF / RVF.

### 3.2 Diseño del Estudio

Se utilizó un estudio cruzando datos descriptivos y aplicando métodos de recogida de datos tanto cualitativos como cuantitativos tomando el conjunto de resultados de la matriz del marco lógico del proyecto como punto de partida. El componente cuantitativo era esencialmente para generar datos sobre la disponibilidad, la utilización y la calidad de la atención obstétrica de emergencia, también se recogieron datos secundarios y primarios sobre la Atención Primaria de Salud (APS), las instalaciones y la atención secundaria (SHC) objeto de la encuesta. Para el componente cualitativo se implicó a grupos de discusión focal (FGD), entrevista en profundidad (IDI) y entrevistas a los informadores clave (KII).



### 3.3 Plan de muestreo

Se empleó el muestreo intencional y al azar; el distrito de Geita fue seleccionado a propósito, ya que es el lugar donde se llevó a cabo la línea de base. En dicho distrito de las siete divisiones administrativas, se seleccionó la División o distrito electoral de Butundwe, dos municipios de siete, es decir Katoro y Nyakagomba fueron escogidos al azar. Por otra parte, a partir de los dos municipios, todas las aldeas fueron enumerados y al azar el equipo selección a dos pueblos por municipio. Finalmente todos los pueblos y aldeas fueron enumerados siendo 4 comunidades y 8 aldeas los incluidos en el estudio.

### 3.4 Lugares de estudio

Tabla 1: Poblados y comunidades seleccionados al azar para el estudio

<b>Division/Distrito Electoral</b>	<b>Ward/Municipio</b>	<b>Comunidades</b>	<b>Aldeas</b>
Butundwe	Katoro	1.Ibondo	1.1: Imalamawazo
			1.2:Ibondo
		2.Kaduda	2.1:Mlimani
			2.2:Buyoga
	Nyakagomba	3.Nyakagomba	3.1:Bwensule
			3.2:Nyasembe
		4.Mwenegezi	4.1.Kiziba
			4.2.Mwenegezi

### 3.5 Muestreo de encuestados

#### 3.5.1 Definición del tamaño de la muestra

#### **Para las instalaciones de salud**

Para los establecimientos de salud, se seleccionaron los participantes en base a los servicios prestados por ellos en los establecimientos en los que se ha trabajado, por ejemplo enfermeras-parteras, etc. En la práctica, una vez en los establecimientos sanitarios, las personas que se encontraron disponibles fueron visitadas y entrevistadas. Se visitó el hospital del distrito de Geita donde el Oficial Médico de Distrito (DMO) proporcionó datos en base de los últimos 2 años (2010 - 2012) recogidos en los informes de salud del distrito mediante que se pusieron a disposición y donde aparecen documentados casos de VVF / RVF.

Con los proveedores de servicios de salud, se organizaron discusiones de grupos focales (FGD) junto con los miembros del Equipo de Gestión de Salud del Consejo (CHMT). Los centros de salud y dispensarios de la División de Butundwe, y específicamente los de los wards de Katoro y Nyakagomba se muestrearon y entrevistaron a los funcionarios responsables de los establecimientos.

#### **Para las escuelas**

Dos escuelas primarias y dos escuelas secundarias, de cada Ward fueron seleccionadas al azar. Los profesores que participaron en los temas de mejora de las habilidades fueron entrevistados mediante las entrevistas para informantes clave. Se discutió sobre el abandono escolar debido a los embarazos y / o cualquier otra razón. También se discutió el contenido curricular.

#### **Para las Comunidades**

Se entrevistó a oficiales de los distritos electorales (WeOS) y Funcionarios Ejecutivos de los poblados (VEOS) de los dos wards y comunidades seleccionados al azar. Además, se realizaron discusiones de grupos focales con miembros de la comunidad.

#### **Los criterios de inclusión y exclusión**

##### Los criterios de inclusión

- Todas las personas de 15 años o más (límite de edad de 59 años) que viven o trabajan en los dos wards

##### Los criterios de exclusión

- Aquellas personas se niegan a participar en la encuesta

#### **3.5.1 Determinación de tamaño del muestreo**

El tamaño de la muestra para el estudio cuantitativo se determinó según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la fórmula del tamaño de la muestra para los estudios de salud (Luanga y Lemeshow 1999/2000) fueron:

Nivel de confianza (95%): 95

Precisión absoluta:  $d = 0,01$

Número de estratos:  $h = 2$

$$N = \frac{[z_{21-\alpha/2} \sum N_h P_h (1-P_h)]^2 W_h}{N^2 d^2 + z_{21-\alpha/2} \sum N_h P_h (1-P_h)} = 90$$

Para tener en cuenta posibles abandonos durante las encuestas, se añadió un 10% (9) al tamaño de la muestra calculada para obtener así 100 individuos a ser reclutados. Durante la ejecución 102 participantes dieron su consentimiento / acuerdo para participar.

### **Procedimientos de Campo**

Las movilizaciones sociales fueron continuas. Los canales de comunicaciones durante la ejecución y la movilización social fueron la Directora Ejecutiva de Distrito (DED), el médico del distrito (DMO), el Secretario de la División, a los oficiales del Distrito Electoral (WeOS) y, finalmente a los Consejeros de los poblados (VEOS) además de representantes de las comunidades.

### **Datos cualitativos**

Se tomaron muestras al azar de la población para el estudio y de las unidades identificadas tanto para los aspectos cuantitativos como cualitativos de la recolección de datos. Los participantes fueron entrevistados mediante entrevistas semi-estructuradas.

Métodos de recopilación de datos

#### *Técnicas de recolección de datos*

- a. Cuestionarios Cara a cara
- b. Las entrevistas en profundidad
- c. Discusiones de Grupos Focales

### **Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de encuesta**

El cuestionario cara a cara que se realizó entre la población contenía los siguientes aspectos: información demográfica como edad, sexo, estado civil, ocupación, residencia, e información sobre salud sexual y reproductiva que recogía datos como número de hijos, el número de embarazos, lugares de parto, las razones para la elección del lugar del parto, y cualquier información adicional sobre la maternidad y el parto.

## **Discusiones de Grupos Focales**

Los grupos focales de discusión (GDD) son un método bien establecido para la investigación social cualitativa y se consideran muy adecuados para los temas de investigación que involucran temas que pueden ocasionar conflictos. El efecto sinérgico de la configuración del grupo permitió al investigador observar el proceso de formación de opiniones, el desacuerdo y las opiniones en conflicto

En la zona de estudio, hubo cuatro (4) grupos focales: trabajadores de la salud a nivel de distrito y a nivel comunitario hubo un grupo formado por hombres (1), otro grupo exclusivamente femenino y uno (1) mixto. A nivel de trabajadores de salud a nivel de Distrito el grupo lo formó trabajadores de la salud a nivel de distrito integrados por miembros del Equipo de Gestión de la Salud del Consejo (CHMT), mientras que los grupos a nivel comunitario se estratificaron en hombres adultos por edad (15-19 años, 20 -24 años, 25 +), y las mujeres adultas estratificados por edad (15-19 , 20-24 y 25 +) y que participaron en las discusiones de los grupos focales.

## **Las entrevistas semi-estructuradas**

Las entrevistas semi-estructuradas (SSI) se utilizaron para el seguimiento más a fondo de los temas que surgieron en los grupos focales. Al entrevistar a los individuos acerca de sus propias experiencias, el equipo de investigación fue capaz de pasar de una visión más teórica a las experiencias prácticas contadas por los propios individuos. Las entrevistas semi-estructuradas permitieron obtener mayor flexibilidad y conseguir mayor riqueza y variedad en los temas que iban surgiendo durante las charlas con los encuestados.

### **3.6 Gestión y Análisis de Datos**

#### **3.6.1 Datos Cuantitativos (del cuestionario usado en encuestas)**

En el campo, se recogieron datos mediante cuestionarios y listas de control estándar. A continuación, los datos se introdujeron en el ordenador mediante el software Epidata. Después los datos fueron transferidos al SPSS versión 12 para el análisis.

El estadístico se aseguró que el análisis de datos se llevara a cabo cuidadosamente en consideración a los objetivos y temática del estudio. El estudio de los datos se realizó mediante el uso de técnicas gráficas como el 4-plot y algunos métodos estadísticos clásicos, Si se producían diferencias entre ambos métodos se realizó un estudio para explicar el porqué.

El análisis de datos se realizó por etapas: es decir primero se utilizó un análisis en cadena descriptivo seguido por análisis univariado y bivariado

### 3.6.2 Datos cualitativos

Los investigadores realizaron el análisis del contenido y la interpretación de los datos de forma independiente y luego compararon notas a fin de averiguar si tenían más o menos el mismo significado asignado a los datos, y de este modo garantizar la máxima fiabilidad entre los investigadores.

Los datos que fueron grabados en cintas y en notas que posteriormente fueron transcritos y reproducidos en el texto. Los contenidos de las transcripciones fueron analizados cualitativamente en torno a las principales áreas temáticas de la investigación y en la identificación de puntos de convergencia y divergencia en las respuestas de los diferentes participantes.

### 3.6.3 Fuentes secundarios

Las fuentes de datos secundarios fueron otra fuente importante de información. Los datos secundarios se obtuvieron de los servicios de salud y las escuelas y tuvieron relación con la salud materna y la educación de las niñas, analizando los abandonos escolares y los motivos de esos abandonos.

#### **Alcance del estudio y limitaciones**

Geita es un gran distrito y el tiempo disponible era muy limitado. Además la recopilación de datos tenía que ser supervisado muy de cerca por el Consultor.

#### **Reclutamiento capacitación del personal de campo**

Especialistas en la recolección de datos. Se hizo énfasis en las herramientas específicas de recolección de datos para este estudio. Durante la orientación para la realización de las discusiones a través de los grupos focales, se impartieron conocimientos sobre la manera de coordinar eficientemente las sesiones de grupos focales, teniendo puntos principales y transcribir la información de las cintas a los recolectores de datos. Encuesta de hogares y la revisión de los registros se llevaron a cabo por los trabajadores de campo experimentados (proporcionado por AMREF) quienes están capacitados en cuestiones éticas y técnicas de recolección de datos para garantizar la calidad de los datos con la supervisión un epidemiólogo junior (EM), mientras que la revisión documental fue supervisada por un estadístico (KS) y finalmente la supervisión general la realizó un epidemiólogo junior (JM)

### 3.7 Realización de encuestas

#### Test preliminar y estudio piloto

Se desarrollaron las herramientas de recolección de datos para los componentes cuantitativos y cualitativos. Las herramientas originales fueron traducidas al idioma kiswahili y fue hecha una copia de la traducción al inglés. A las encuestas pre-prueba y piloto se les hicieron las modificaciones necesarias, después de lo cual fueron discutidas con miembros de AMREF antes de iniciar el trabajo de campo.

#### La consulta con las diversas partes interesadas

La entrevista con el equipo de AMREF en el proyecto, se llevó a cabo para consensuar la totalidad del trabajo. Por otra parte, las autoridades administrativas y de salud regionales y de distrito fueron consultadas para discutir el fin, el desarrollo y los resultados esperados del estudio. Durante estas sesiones, se buscó el consentimiento oral y escrito para llevar a cabo el estudio en el susodicho distrito. Después de las conversaciones con las autoridades regionales y de distrito, el equipo de estudio consultó a la dirección de la División y de las municipalidades, incluyendo las comunidades seleccionadas de igual manera que con las autoridades regionales y de Butundwe. Las poblaciones de estudio individuales fueron también visitadas para informales y lograr su consentimiento para participar en el estudio por escrito. Los más tímidos o con dudas fueron re-informados sobre el objetivo y la realización del proyecto, pero en el caso los que no estuvieran convencidos, su decisión fue respetada.

### 3.8 Parámetros de garantía

Las herramientas de estudio traducidas fueron sometidas a pruebas preliminares, probadas y rectificadas antes del trabajo de campo. Los recolectores de datos fueron capacitados y al final de cada día los cuestionarios rellenos fueron revisados, lo que proporcionó un espacio para la identificación de los errores y las medidas adoptadas. Los datos fueron introducidos por doble partida en formato electrónico y programas de revisión informática especialmente diseñados para identificar los errores de datos.

### 3.9 Consideraciones Éticas

Este estudio fue considerado como un componente de la intervención en curso, que ha recibido la aprobación del gobierno. Se otorgó el consentimiento informado por parte de las autoridades regionales, del distrito y de la comunidad. Además, los asistentes de campo estaban pidiendo a los participantes su permiso antes de todas las entrevistas. Los datos recogidos son confidenciales y las herramientas de recolección de datos se almacenan de forma segura. Los datos fueron almacenados y analizados sin ningún tipo de identificadores. El proyecto no recoge ninguna información sensible y no confiere ningún riesgo o beneficio significativos para los participantes.

## 4.0 RESULTADOS

### Introducción

De acuerdo con los documentos del proyecto (Mwaluko, 2011), entre el 30 de mayo y 6 de junio de 2011, AMREF presentó el proyecto VVF a nivel de distrito y de los siete municipios en la división Butundwe. A nivel de distrito, el Comisionado de Distrito (DC), Director Ejecutivo del Distrito (DED), el oficial médico del distrito (DMO), el Equipo de Gestión de la Salud del Consejo y todos los Consejeros fueron visitados para presentarles el proyecto. A nivel de municipio-todos los comités de desarrollo de distritos fueron visitados y se destacaron los términos de referencia del proyecto. Se discutió la duración del proyecto. El principal desafío encontrado en ese momento fue la solicitud de los beneficiarios del proyecto que deseaban que el proyecto incluyese todas las escuelas públicas y privadas y formara clubes en las escuelas.

Un grupo de diez (10) personas, compuesto de médicos, oficiales clínicos, parteras, oficiales de salud, auxiliares farmacéuticos y administradores de salud en el hospital del distrito. Todos ellos eran miembros de la CHMT.

La encuesta actual:

Se presentan resultados de fuentes de varios niveles con una ventaja comparativa para proporcionar, información basada en evidencia, sobre el problema de la fístula. Estos datos se obtuvieron en la zona del lago, el nivel regional de Mwanza región, distrito Geita, Butundwe división , dos municipios de esa división y 4 aldeas y ocho ( 8 ) sub -aldeas . En cada nivel, en algunos casos , se consideró más de un área de origen .

Nivel Zona- Centro Médico Bugando :

Centro Médico Bugando (BMC) provee servicios de salud referidos a la zona del lago de Tanzania y más allá. Abarca las siguientes regiones administrativas: Mara, Mwanza , Shinyanga y Kagera , la zona núcleo de Lake Zone . Además, el centro también atiende casos de Kigoma y Tabora.

La reparación de la fístula en BMC aporta un tercio de las operaciones en la zona. La mayoría de los casos de fístula se refieren a los servicios de salud, pero otros son referencias de la misma zona. EL municipio de J5 en el centro, es específicamente para los casos de fístula y cuando está lleno, se envían al centro 407. Ese fue el caso el día de la visita. Entre enero de 2011 y junio de 2012, trescientos cincuenta y cinco (355) casos de fístula fueron operados en el centro médico de Bugando . De ellos, 327 eran VVF y 18 fueron RVF.

De los 355 casos reparados, treinta y dos (32) casos de fístula eran del distrito de Geita. Su edad media estaba entre los 27,3 años. No fue posible obtener información de sus residencias habituales en Geita. Todas habían sido operaciones con éxito. En comparación con los datos de la línea de base de 85 casos reparadas con 8 casos procedentes de Geita , y con una edad media de 25,6 años ( Mwaluko et al, 2011 ).

Hay cuatro ginecólogos en BMC que son responsables de operaciones de fístula. Su trabajo ha sido apoyado por AMREF / Nairobi y la oficina de Mwanza . Además se ha formado una

Asociación de Cirujanos de Fístula en Tanzania. Está compuesta por más de una veintena de miembros y tiene el reconocimiento y el apoyo del Ministerio de Salud y Bienestar Social, AMREF y el Programa Dignidad Mujer ( WDP ). Además, Peramiho Mission Hospital en Songea es el centro para la reparación de la fístula. Se señaló que la fístula puede ser simple o mayor dependiendo del tamaño de la abertura. Una fístula sencilla se define en términos de lo fácil que es de reparar - a pocos puntos de sutura, mientras que las complicadas es cuando se encuentran agujeros anchos. Eran pocos en comparación con los simples ( Mwaluko et al, 2011 , Gudomoka et al, 2010 ) .

Desafíos:

Según los registros disponibles en el BMC ( Gumodoka et al, 2010 ) , no fue posible evaluar el éxito de los trabajos de operaciones de fístula. No hubo un seguimiento de las pacientes. No regresaron al hospital lo que fue utilizado como un indicador de éxito. Una estimación informada de grado / nivel de éxito de la operación se consideró por encima del 90 %.

El camino a seguir:

La prevención de la aparición de la fístula se considera lo ideal para paliar este problema. Se ha observado que en el tercer lugar de la carga de trabajo en el Centro ha sido la reparación de la fístula. Los métodos de prevención mejor valorados son el suministro de:

- Mejor atención obstétrica
- Atención adecuada en el hogar

Se observó, además, que muchas de las fístulas no reciben tratamiento debido a la "estigmatización " de la enfermedad una vez que se produce.

Nivel Regional:

Aunque este nivel no estuvo involucrado en el proyecto VVF / Jitambue vale la pena mencionar , según el informe de línea de base ( Mwaluko et al, 2011 ) , la organización jerárquica de la Consejería de Salud y Bienestar Social , MOHSW , el nivel regional , con su funcional equipo de gestión regional de salud ( RHMT ) , se encarga de la prestación de apoyo técnico a los niveles más bajos , es decir el distrito. El distrito es el brazo ejecutor del MOHSW. Así, el Hospital de Sekou Touré está destinado a proporcionar servicios de referencia a las estructuras en el nivel más bajo del sistema de salud. El hospital comenzó a proporcionar servicios de reparación de la fístula en el 2011 cuando un cirujano especialista en Ginecología fue enviado al hospital. En junio de 2011, ya había operado a seis (6) pacientes de la fístula : 2 de Mara, 2 de Kahama y 2 de Kagera .

Nivel distrital Geita

La siguiente información se obtuvo del Hospital de distrito. El Servicio Médico Aéreo AMREF ha financiado operaciones de todos los casos de fístula atendidos en el hospital. Noticias acerca de la llegada de los cirujanos de reparación de la fístula se distribuyen a todos los establecimientos de salud. Las pacientes con fístula se presentan al hospital de Geita en el distrito. La Tabla 2



muestra la lista de las visitas de los especialistas de los proveedores de servicios clínicos en zonas de difícil acceso de AMREF:

**MWANZA CIRCUIT**  
**(DOUBLE CIRCUIT)**  
**SPECIALIST OUTREACH PROGRAMME**  
**2011 TIME TABLE**

HOSPITAL DATE	SENGEREMA	LOLIONDO	GEITA	KAHAMA	KIBONDO	KASULU	KABANGA	KIGOMA
31/1 - 3/2/11	UROLOGY	PAEDIATRI	ORTHOP	OBS/GYN	OBS/GYN	GEN SURGEON	PAEDIATRIC SURGEON	UROLOGY
16 - 19/5/11	LAB TECH	ENT	RECONST SURGEON	VVF	ORTHOP	OBS/GYN	ENT & AUDIO	PHYSICIAN
1 - 4/8/11	GEN SURGEON	ORTHOP	VVF	ENT & AUDIO	ENT	UROLOGY WACHIRA LAB TECH	GEN SURGEON	GENERAL SURGEON
26 - 29/9/11	RECONST SURGEON	OPHTHALMOLOGIST	OBS/GYN	PHYSICIAN	GEN SURGEON	ENT	UROLOGY	ORTHOPAEDIC
31/10 - 3/11/11	OBS/GYN	OBS/GYN	PHYSICIAN	OBS/GYN	UROLOGY	OPHTHALMOLOGIST	ORTHOP.	RECON SURGEON
5 - 8/12/11	RECON SURGEON	UROLOGY WACHIRA	UROLOGY	ORTHOP	VVF	ORTHOP	OBS/GYN	ENT

Como puede observarse en la tabla de arriba, hay varios servicios clínicos de extensión sanitaria prestados por especialistas. Para la fistula en 2011, hubo un equipo de cirujano (s) visitando el hospital de Geita del 1 a 4 agosto 2011. En el primer día, las pacientes son examinadas por el cirujano y las que requieren una operación son llamadas para asistir a una cirugía programada. El cirujano especialista realiza la reparación con un médico en el hospital. Desde enero de 2011, se repararon los siguientes fístulas (véase la Tabla 3)

Tabla 3: Reparaciones de Fistula en el Hospital de Geita

Año	Mes	Numero de Fistulas operadas		Comunidad de origen de la paciente	Edad
		Number of VVF	Number of RVF		
2011	Agosto.	6	1*	Nyantorotoro	30
				Nyamilotwa	29
				Loselo	39
				Kagu	40
				Bugondo	41

				Katolo	55
2012	Enero	4		Bunda	42
				Busanda	49
				Kasaisai	20
				Chigunga	18

\*no se anotaron las direcciones de las comunidades

La edad promedio de las diez (10) mujeres era de 36,3 años. El resultado de la reparación de la fístula no se sabía ya que no hubo seguimiento. El médico basado en Geita que asistió a la operación de reparación tomó la decisión de darle el alta a la paciente después de la recuperación. No hubo información sobre posibles fracasos de las operaciones ya que después de la operación no se había dado seguimiento ni se había tenido en cuenta en el proyecto.

En 2011/2012 el número de reparaciones de la fístula en el hospital del distrito de Geita era pequeña en comparación con el valor de la línea de base de 16 fístulas. El promedio de edad fue subiendo de 25,6 el último año a 36,3, lo que significa que el embarazo temprano se ha reducido y parece que las mujeres buscan cuidados especializados antes de llegar a las complicaciones de parto.

De todas formas hay que señalar que hubo varios casos de operaciones de fístula en Bugando, porque en Bugando debido a la presencia de especialistas en la reparación de VVF / RVF. En 2011, en el Centro Médico Bugando un total de dieciséis (16) VVF y un (1) FVR fueron operadas en comparación con el 2012 en el que hubo catorce (14) operaciones de VVF. La siguiente tabla muestra el número de operaciones de VVF / RVF realizadas en el Centro Médico Bugando, clientes referidos desde el distrito de Geita, aunque no se registraron las direcciones pueblos

Tabla 4 Reparaciones/operaciones de fístula en el Centro médico de Bugando

<b>Año</b>	<b>Mes</b>	<b>Número de operaciones de Fístula</b>	<b>VVF/RVF</b>	<b>Edad</b>
2011	Enero	1	VVF	21
	Marzo.	2	VVF	19 & 17
		1	RVF	45
	Abril	1	VVF	38
	Junio	3	VVF	38, 22 & 25

	Agosto	4	VVF	28, 36, 50, 35
	Diciembre	5	VVF	33, 29, 30, 21, &17
	<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>16 VVF &amp; 1 RVF</b>	<b>17 to 50</b>
2012	Marzo	2	VVF	20 & 24
	Mayo	1	VVF	35
	Junio	5	VVF	26, 16, 20, 18,20
	Agosto	4	VVF	34, 19, 21, & 30
	Septiembre	1	VVF	48
	Noviembre	1	VVF	21
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>VVF</b>	<b>16 a 48</b>

\*no se anotaron las direcciones de las comunidades

#### 4.1 Entrevistas a informantes clave de Geita y Discusiones con Grupos Focales

##### La lacra que supone la Fistula Vesico Vaginal para las mujeres en el Distrito

La carga de la fistula vesico vaginal se dice que aumentó en los 90 , pero actualmente está disminuyendo. El representante del Centro Médico en Bugando donde se están llevando a cabo la mayor parte de operaciones de fístula comenta lo siguiente;

"Se trata de un problema, al principio en 1997-1999 los pacientes eran muchos, en 2003-2005 se vivió otro aumento, y ahora la tendencia está disminuyendo, ellas mismas vienen al hospital cuando creen que puede haber complicaciones. Las comunidades son conscientes de que hay una solución viable". (Representante del Centro Médico Bugando)

Sin embargo, en el debate se dijo que el problema de las Fistula Vesico Vaginales existe en las comunidades, pero la magnitud del problema no se conoce. El equipo de gestión sanitaria de la comunidad (CHMT) reconoce que la condición de la fístula se asocia con la escasez de personal sanitario calificado durante el parto, la distancia del hogar a los servicios de salud y el limitado conocimiento entre los miembros de la comunidad, que todavía prefieren dar a luz en casa creyendo que es normal, especialmente para los que tienen muchos hijos. La siguiente cita lo ilustra.

"En nuestra comunidad el problema de la fístula existe, pero no tenemos datos precisos, debido al hecho de que algunos no saben reconocer el problema a tiempo, y los que sí han sabido y

acudieron a las instalaciones fueron pocos en comparación. Así que hay una necesidad de tener médicos especializados en la reparación de la fístula en vez de depender de los Flying Doctors que vienen estacionalmente"(FGD - distrito de Geita trabajadores de la Salud)

"Conocimiento limitado, las madres embarazadas no entienden la importancia de dar a luz en las instalaciones de salud, una les dijo "estoy por parir mi 9 hijo y todos han nacido en casa, porque he de ir ahora al hospital", por eso que cuando hay complicaciones la mayoría mueren o acarrear con una fístula "(FGD - distrito de Geita trabajadores de la Salud).

Durante la discusión se concluyó que la mayoría de las mujeres embarazadas corren el riesgo de formación de fístulas sin embargo las clientes más vulnerables mencionadas fueron:

✓ Jóvenes solteras,

✓ Niñas en la escuela

✓ Niñas fuera de la escuela

✓ Las mujeres que han tenido muchos partos

Servicios disponibles:

Se encontró que los servicios de atención prenatal están disponibles en todos los centros de salud, las madres embarazadas acuden a los servicios prenatales, pero normalmente llegan tarde y de forma irregular. Existen servicios de vacunación tanto para madres como para los niños y niñas. La prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) estaba disponible tanto en el hospital de distrito como en los centros de salud. El Gobierno es el principal proveedor de servicios de salud, la siguiente cita lo ilustra;

"Algunos servicios no están disponibles y los que están disponibles no son suficientes, a veces no hay SP( sulfadoxina-pirimetamina) , prueba del PMTC y las ETS, ni equipamiento y el personal es insuficiente. Los servicios disponibles en todos los centros son las vacunaciones y pruebas de embarazo "(representante del hospital del distrito).

"Cuando una madre embarazada viene a dar a luz se supone que debe traer kerosene y guantes, no tiene que pagar, pero los medicamentos no son suficientes por lo que deben comprarlos (representante dispensario Ibondo)

Matrimonios tempranos:

Existen varios factores que contribuyen a los embarazos precoces, entre los factores mencionados por los grupos focales y los participantes IDI , estaban: pobreza, la exposición de niñas a la venta de alcohol y cacahuets, a zonas de recreación de adultos como discotecas, bares, salones de juego, cines y a que existen largas distancias entre las escuelas secundarias y sus casas y estas no cuentan con internados ni autobuses que llevan a las niñas a casa

En la división de Butundwe los matrimonios tempranos y embarazos precoces son el problema que mayoritariamente contribuye a los casos de fístula. Esto se debe a que cuando las niñas llegan al patrimonio deben de quedar embarazadas rápidamente lo que incrementa la posibilidad de Fístula debido a que el cuerpo no está preparado.. Uno de los entrevistados

comenta que: " El matrimonio precoz es la principal causa de la fístula, ya que las chicas aún son jóvenes para tener un hijo y los servicios de salud no están muy cerca de nosotros como resultados cuando se pone de parto la distancia hasta el puesto de salud es larga y no se llega a tiempo conque o ella muere o se desgarrá. " (FGD Mixed grupo Ibondo)

Sin embargo hay que remarcar que existen educadores pares, tutores, comités escolares y maestros para educar sobre el impacto de los matrimonios precoces a las/los estudiantes de la escuela.

. "Siempre realizamos seminarios y reuniones para hablar de los efectos de los matrimonios precoces. Además se les advierte de los efectos y riesgos del VIH y se les da asesoramiento a los estudiantes para que tengan cuidado " (Life Skills profesores - Nyakagomba ).

#### Fistula Vesico Vaginal y Fistula Rectovaginal

La condición puede darse inmediatamente después de un parto prolongado o puede ser algo que llega más adelante. Muchos de los informantes clave admiten haber conocido a víctimas de FVV en sus comunidades.

" Conozco a una señora que tiene ese problema de la fístula desde el año pasado y su madre la llevó al hospital de Geita y más tarde fue remitido al Centro Médico de Bugando para el tratamiento, ahora ya no es que tiene tal problema" (FGD - Mixed Ibondo )

" Conozco a una señora que tuvo a su primer hijo por cesárea y luego desarrolló el problema de la fístula , y ahora ya está bien" (FGD - Mujeres Nyakagomba )

Antes se creía que la Fístula era una condición intratable, pero hoy en día gracias a la sensibilización sabemos que es todo lo contrario. Además, se asocia con malos hábitos, como la prostitución y el adulterio, principalmente se relacionaba con la edad del grupo más afectado , ya que se decía que afectaba mayoritariamente a menores de 18 años y por encima de 35 mujeres.

" Si bien al principio la fístula se creía que era una condición sin tratamiento , después de la sensibilización , supimos que se trata y es prevenible , y además que las personas con fístula después del tratamiento vuelven a su estado normal " (representante de la comunidad - pueblo Nyakagomba )

"Este problema de la fístula apareció sobre todo en mujeres menores de 18 y mayores de 35 , por ello la comunidad consideraba a las niñas con la fístula responsables de tenerlas debido a sus malas costumbres de prostitución . Así es que, recibían malos tratos en su comunidad , pero después de la sensibilización ya la gente sabe que este es un problema que puede afectar a cualquier persona " (FGD - Mixed grupo Ibondo )

Aun así en muchas comunidades sigue siendo percibido algo debido a la mala suerte en la familia y en la mayoría de los casos, la víctima tiene la culpa y sufre la estigmatización por parte del marido y la familia . Por otra parte , la fístula se asocia con las relaciones sexuales durante el embarazo, por lo que si una mujer sufre de fístula la comunidad asume que estaba teniendo relaciones sexuales durante todo el embarazo. Una entrevistada dice lo siguiente ;

"Las mujeres tienen la culpa a veces porque algunas de ellas durante el embarazo mantienen relaciones sexuales durante mucho tiempo, por lo que la fricción entre el canal de parto y el bebé en el interior hará que se haga un agujero entre el canal del parto y de la vejiga urinaria y que tengan una fístula " (FGD grupo mixto )

" Sigue siendo un problema en nuestra comunidad , los esposos a veces se separan de su esposa , otros piensan que se trata de un problema relacionado a los temas de brujas ( kulongwa ) u otras personas piensan que es una familia con mala suerte ( mkosi )" ( Geita representante hosp ) .

En el hospital los Casos de fístula se operan de forma gratuita y los gastos hospitalarios también son gratuitos. Por lo general pasan catorce (14) días después de la operación en el hospital. Todos los casos de fístula reciben asesoramiento temprano para el VIH por si acaso.

Parteras tradicionales (PT):

En la mayoría de entrevistas realizadas a personas clave en el hospital y con los equipos de gestión sanitaria de la comunidad no muestras ninguna actitud positiva hacia las parteras tradicionales. Opinan que, aunque las mujeres embarazadas asisten a los cuidados prenatales luego prefieren parir en presencia de las parteras tradicionales, porque piensan que es el lugar correcto. Además, el problema principal es que no tienen preparación avanzada y frente a las complicaciones tienden a referir a las pacientes a los centros de salud demasiado tarde así potenciando la aparición de fistulas en las mujeres. Un comentario:

" Las parteras tradicionales son un desafío, porque las madres embarazadas piensan que el establecimiento de salud no es el lugar adecuado para dar a luz , prefieren los servicios de las parteras y solo cuando se enfrentan a complicaciones es que van al hospital, pero normalmente es demasiado tarde y es probable que el resultado sea una fistula " ( Representante - Geita hospital de distrito )

Sin embargo durante las discusiones con los grupo focales de la comunidad , la mayoría dijo que las parteras siguen contando con la confianza de varios miembros de la comunidad y mencionan que, debido al poco personal de los establecimientos de salud y la distancia para llegar, la madre embarazada cree que las parteras tradicionales pueden ayudar porque tienen el conocimiento y pueden llegar a de forma rápida para proporcionar asesoramiento y ayuda . Los grupos focales destacaron que veían que, debido a la pandemia del VIH, las parteras tradicionales serían muy útiles si recibiesen formación, en realizar servicios de prevención de la transmisión de madres a hijos. " Las parteras todavía existen en nuestra comunidad y creemos que pueden ayudar, porque ellas pueden llegar a la madre embarazada rápidamente y ofrecer ayuda" ( FGD pueblo de hombres - Nyakagomba )

"En caso de una mujer con fístula la partera puede ser de gran ayuda, aunque no pueden proporcionar tratamiento , pueden proporcionar asesoramiento a las víctimas sobre dónde ir recibir tratamiento " (FGD mujeres - Kaduda villae )

## Abandono escolar

Durante la entrevista con los profesores se indicó que no había habido abandono escolar en los últimos dos años, y se atribuía a la educación en salud sexual y reproductiva impartida a los jóvenes en las escuelas (primaria y secundaria). La educación en SSR se ha impartido a alumnos de 5 a 7, pero para los de primaria el curso es muy básico en comparación con el de la escuela secundaria que se tratan a fondo varios temas de relevancia para entender el derecho a una sexual y reproductiva y para contribuir a aumentar el conocimiento y las habilidades para la vida activa y sobre todo las habilidades de negociación y decisión sobre las relaciones sexuales. Desgraciadamente, mencionaron que no hay maestro especial capacitado para impartir el tema.

" Antes, el abandono escolar era un problema, pero en los últimos dos años no ha habido estudiantes que abandonan la escuela " ( maestro de habilidad primaria Nyakagomba vida )

Por otra parte , el abandono escolar sigue siendo un problema en alguna escuela primaria a pesar de que parece haber disminuido, según uno de los participantes "no es un gran problema , pero por ejemplo en una clase de 50 alumnos unas 10 de ellas abandonan por los matrimonios precoces " (profesor de habilidades vitales - Nyakagoma primaria).

### Las costumbres tradicionales:

En cuanto a los matrimonios precoces, durante las discusiones con los grupos focales de la comunidad, si consideraban que era un gran problema, especialmente para las niñas no escolarizadas. Cuando las niñas no pueden continuar con la educación secundaria la única opción que queda es casarse. Por otra parte, se indicó que el precio de la novia es el factor que impulsa los matrimonios precoces en la mayor parte de familias en la comunidad Wasukuma . Las niñas se ven obligadas a casarse con no sólo hombres que no aman sino frecuentemente mucho mayores.

" A veces los padres son la causa de los matrimonios precoces , para conseguir la dote, obligan a las niñas a casarse " (FGD Men grupo Nyakagomba )

"Los casamientos tempranos son un gran problema, ya que se escudan en la tradición y la cultura y la gente adinerada usa trucos de dinero para convencer a las jóvenes a casarse con ellos " (profesor Habilidad - Nyakagomba primaria)

"En esta comunidad, una vez alcanzado el séptimo grado si no son elegidas para seguir con los estudios con una beca la única opción para ellas es el matrimonio " (VEO Nyakagomba pueblo)

### Guardianes tradicionales:

Los grupos focales e informantes claves y los participantes KIIS definieron a estas personas como los hombres más ancianos , los residentes de largo plazo de la zona, famosos , con una fuerte historia familiar. En este grupo se incluyen los descendientes de los gobernantes tradicionales . Cuando se les preguntó si estos guardianes de la cultura tienen alguna influencia en la salud sexual y reproductiva de los miembros de la comunidad , se señaló que la educación ha servido para deshacerse de alguna práctica cultural, como la que impedía comer huevos a las mujeres embarazadas porque puede que el niño nazca con la cabeza plana. Pero también señalaron que

había alguna práctica cultural que habían servido de ayuda a las mujeres, cómo la creencia que durante la lactancia materna el marido no debe tener relaciones sexuales fuera del matrimonio o de lo contrario el niño se enfermará.

"La educación sobre la salud reproductiva nos ha ayudado mucho , no podemos negar que en el pasado tuvimos algunas costumbres negativas y tabúes , por ejemplo para las mujeres embarazadas algunos alimentos estaban prohibidos, la gente solía creer que una mujer embarazada no debía comer huevos o daría a luz un bebe de cabeza plana " (FGD Hombres Nyakagomba pueblo)

" Se creía que durante la lactancia materna el marido no debía tener relaciones sexuales fuera del matrimonio o de lo contrario el niño se enfermaría " (FGD Mujeres grupo Kaduda pueblo) "

"además está prohibido que una mujer embarazada duerma con otro hombre fuera del matrimonio , porque se cree que va a tener un problema durante el parto , esta creencia tienen efectos protectores y ayuda a proteger a la madre embarazada contra el adulterio , así como la infección por VIH " ( FGD- Men Nyakagomba )

Sin embargo, hay más efectos colaterales como que prohíba a las madres lactantes beber leche, comer pollo o carne (especialmente de los ríos)

Número ideal de hijos por familia y planificación familiar:

Los participantes preguntados por el número ideal de hijos y la capacidad de decidir el número de hijos, respondieron en el caso de los grupos focales que el número ideal de hijos es de tres (3) a cinco (5) y que algunas veces era una decisión conjunta , pero en la mayoría de los casos los hombres deciden. Por otra parte, se dijo que debido a los precios altos que se pagan por la novia, las mujeres no tienen derecho a decidir sobre el número de niños. Sin embargo, en la actualidad la educación en salud ha ayudado a la comunidad e incluso en cierta medida, a las mujeres a decidir sobre el número de hijos que quieren tener.

"Los seminarios nos han ayudado mucho , todos sabemos que tener muchos hijos no es saludable , con sólo tres o cuatro hijos es suficiente , hoy en día la comunidad ha comenzado a entender mientras antes las personas solían tener hasta veinte niños. Hoy en día los médicos están llegando a educarnos y ha sido de gran ayuda, ya que los miembros de la comunidad no están teniendo tantos hijos como antes " (FGD Grupo mixto - Ibondo pueblo)

Por otra parte, los encuestados dicen que algunas mujeres buscan tener un mayor número de hijos para asegurar que sus maridos no se vayan a tener hijos con otras mujeres. Esto fue lo que comentaron ;

"Incluso nosotras las mujeres somos la causa del problema, algunas veces los hombres pueden decir esto niños son suficientes pero nosotras insistimos diciendo ' yo debería tener todos tus niños , si no quien se hará cargo de mí , tú dices que no debemos tener más, para así tener otros niños con otra "( FGD- Mujeres Kaduda )

Los servicios de planificación familiar están a disposición de forma gratuita , pero la mayoría de los hombres dice no tener tiempo y no son capaces de acompañar a sus esposas dando



diferentes razones, pero principalmente la falta de educación en temas de salud reproductiva , la terquedad y la estigmatización son el problema.

"Durante la temporada de cultivo es difícil para los hombres acompañar a sus mujeres a la clínica debido al tiempo limitado, porque él tiene que ir a la granja y continuar con su trabajo mientras que si va a un centro de salud pierde tiempo, al menos hoy en día los servicios están disponibles en nuestro dispensario cercano, pero antes suponía viajar 06 a.m.-6:00p.m, por lo que podría preguntarse a sí mismo si durante todo el tiempo que pasó en ir a la clínica no podría haber hecho algo para ayudar a los ingresos de la familia " (FGD Mujeres Kaduda pueblo)

"Algunos no quieren acompañar a su esposa a la clínica de planificación familiar debido al hecho de que sus compañeros se burlen de él, sintiendo que está siendo controlado por su mujer" ( FGD- Mujeres Kaduda pueblo)

" En esta comunidad los hombres no tienen educación en salud sexual y reproductiva , como saben los hombres son tercos , cuando le dices que nos dijeron que tenemos que ir con nuestro marido a la clínica este mes , él te dice que lo dejes en paz, que si quieres ve tu o quédate en casa" (FGD pueblo Mujeres - Kaduda )

#### Programa de embarazos precoces

La mayoría de los participantes manifiesta que no había programas especiales para los embarazos precoces , los servicios se prestan en general para todas las madres embarazadas de acuerdo a la directriz del gobierno .

#### Papel de teléfono móvil

Los teléfonos móviles son útiles ya que un trabajador de la salud puede estar en contacto con el hospital del distrito o centro de salud y pedir ayuda, con una ambulancia o un simple consejo. En Butundwe se dijo que alrededor del 75 % de los miembros de la comunidad tiene un teléfono móvil propio. Por otra parte, miembros de la comunidad expresaron la opinión de que los trabajadores de salud deberían dar a conocer sus números de teléfono con el fin de ser fácilmente alcanzados en caso de emergencia.

" En esta comunidad el 75 % de las personas tienen teléfono móvil, y sugerimos que los trabajadores de salud proporcionen su número de teléfono y poderles llamar durante la noche o en cualquier momento en caso necesario. Incluso llamando a las motocicletas ( boda boda ) para ayudar con el transporte durante las complicaciones del parto "( escuela primaria representante Nyakagomba ) .

La mayoría de los trabajadores de la salud tienen teléfono móvil al igual que los miembros de la comunidad.

Cabe mencionar que el sistema de carga de los móviles no es un problema, ya que la mayoría de la gente hace uso de energía solar para recargar siendo un medio barato que cuesta alrededor de Tshs 200 a 300 .

## Conocimientos sobre el Proyecto Jitambue

Todos los participantes entrevistados conocían el proyecto Jitambue y para ellos ha contribuido mucho en aumentar el conocimiento y la educación en tema salud reproductiva. Además, mencionaron el otro jugador clave en la salud sexual y reproductiva en la división Bututundwe incluir ; NELICO, Plan Internacional y MOHSW

"Sí, soy consciente. Ha tenido éxito porque la comunidad cooperó la gente asistía a las reuniones y seminarios. Se invitó a todos los grupos a asistir " (representante de la escuela primaria Nyakagomba.

## Sugerencias sobre cómo mejorar el problema de la salud sexual y reproductiva y la fístula

Algunos miembros de la comunidad pertenecientes a los grupos focales y los informantes clave tenían las siguientes sugerencias sobre cómo mejorar la salud sexual y reproductiva y el problema de la fístula en la división de Butundwe.

- Se necesita la educación continua en FVV / FVR en la comunidad y en las escuelas más maestros deben recibir capacitación en salud sexual y reproductiva
- Aumentar el número de trabajadores de salud capacitados especialmente en las aldeas
- Disponer de varios grupos y capacitar a líderes locales / los miembros de la comunidad sobre temas relacionados con FVV/FVR . En cada pueblo debe haber una comisión de alrededor de 5 personas con el fin de difundir información comprensible sobre la fístula y así tener un mayor alcance e impacto positivo.

"Tener muchas personas capacitadas para difundir información sobre la fístula ayudará porque uno los trabajadores de salud del pueblo no será capaz de llegar a todas las personas, se necesitaría mucho tiempo para sensibilizar a todo el pueblo " ( hombres FGD - nyakagomba pueblo )

- Ampliación del proyecto FVV/FVR a otras áreas, incluyendo la sensibilización y educación sobre el cuidado parental para los jóvenes y adultos.
- Proporcionar educación sobre salud reproductiva, especialmente de fístula, con folletos que todas las personas accedan a la información. Esto fue sugerido debido a que hay gente en Butundwe que sabe leer y escribir, y por timidez a exponerse en público no pregunta y prefieren leer. Con esto se aumentaría el conocimiento de base sobre los problemas de fístula y su impacto para la prevención sería mayor.
- Mejorar la construcción del centro de salud en términos de infraestructura, ambulancias, suministro de agua, energía eléctrica o la energía solar.

"El gobierno debe proporcionar el equipo necesario, para tener servicios de salud en cada pueblo, con suficientes trabajadores de la salud, así mismo debería dar mantenimiento a los caminos y vías de comunicación y proporcionar medios de transporte para llegar a los centros de salud. También, seleccionar los trabajadores de la salud que se comprometan a trabajar en centros de salud comunitarios, también durante la formación práctica deben de hacer el

seguimiento adecuado y proporcionar educación a la comunidad, con capacitadores cuidadosamente seleccionados " (representante del hospital del distrito ) .

"El Proyecto Jitambue" debe extenderse durante los próximos años y los educadores deben tener transporte " (representante de la escuela primaria - . Nyakagomba

- Mejorar el sistema de comunicación para que los miembros de la comunidad puedan acceder a los servicios de salud cuando se necesite.
- Aumentar el acceso de la construcción de centros de salud para estar cerca de la comunidad y estar bien equipado

#### 4.2 Datos Cuantitativos a nivel comunitario

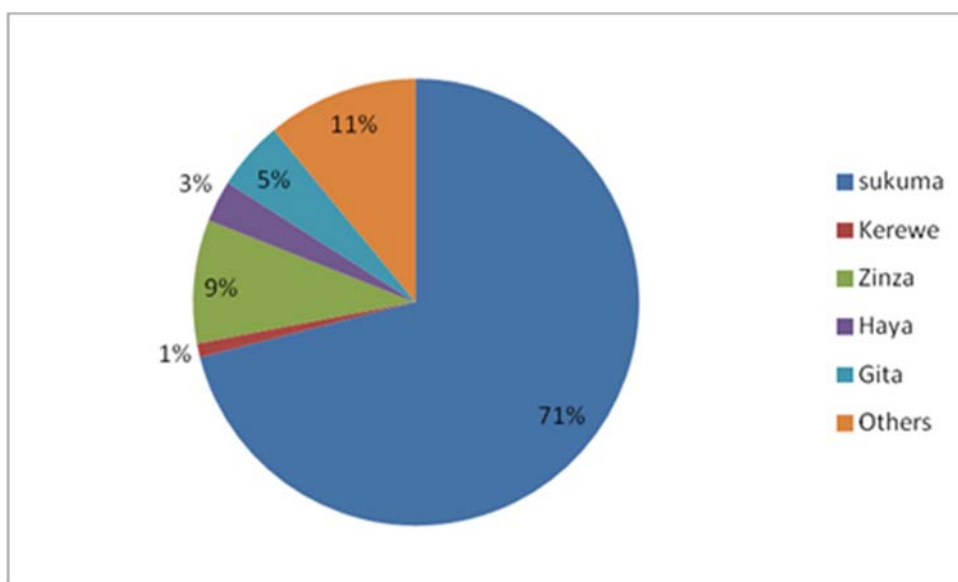
De las ocho sub-aldeas, ciento dos (102) madres embarazadas fueron entrevistadas mediante cuestionarios cara a cara. De las 102 mujeres embarazadas entrevistadas, el 36,3% tenían entre 20-24 años de edad. De estas, 26% no sabían su edad. La mayoría de estas mujeres estaban casadas, (89%), sólo el 4% eran solteras, mientras que el 6% separadas y el 1% divorciadas. En cuanto al nivel educativo, el 70% había completado la educación primaria y el 25% nunca había ido a la escuela. Ver tabla 5.

Tabla 5: Características Socio Demográficas de las entrevistadas; N= 102

Características	Frecuencia	Porcentaje(%)
<b>Grupo de edad</b>		
15-19	33	32.4%
20-24	37	36.3%
25-29	11	10.7%
30+	14	13.7%
No saben	27	26.5%
<b>Estado civil</b>		
Soltera/o	4	3.9%
Casada/o	91	89.2%
Separada/o	6	5.9%
Divorciada/o	1	1.0%
<b>Nivel educativo</b>		

Escuela Primaria	71	69.9%
Escuela Secundaria	6	5.9%
Nunca se ha escolarizado	25	24.4%

Figure 1: Pertenencia Étnica de encuestadas



Con respecto al grupo étnico, la mayoría de las madres embarazadas son de la tribu Wasukuma. Este es el grupo étnico dominante en esta área.

#### 4.2.1 Profesión de encuestados

Tabla 6: Ocupación de los Encuestados; N=102

	<b>n</b>	<b>%</b>
Agricultura	87	85.3
Comercio	12	11.8
Profesión	2	2.0
Pesca	1	1.0%

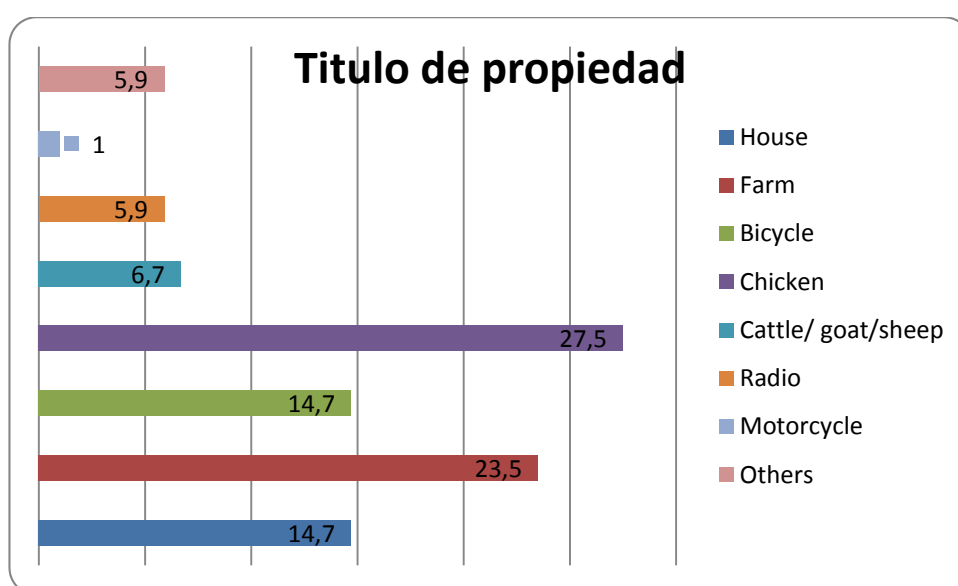
#### 4.2.2 Ingresos mensuales

Cuando se le preguntó por sus ingresos mensuales, el 60% tenía un ingreso mensual de menos de 50.000 chelines tanzanos por mes en comparación con los datos de la línea de base donde el 80% decía contar con ingresos mensuales de menos de 50.000. El resto, tienen ingresos de entre Tshs 50.000,00 y 200.000,00, con 20 encuestados (19,6%) que ganan entre 50.000 y 99.000,00 y 6 (5,9%) ganan 200,000.00

Régimen de la propiedad:

En cuanto a la propiedad, el 50,6% tenía una granja y propiedades como la bicicleta, pollos, ganado / cabras, y útiles como la radio obtuvieron resultados de menos del 20%.

Véase la Figura 7



#### 4.2.3 Conocimientos sobre la Salud Sexual y Reproductiva

En cuanto a los conocimientos y prácticas sobre SSR , los resultados muestran que la edad media del primer embarazo fue de 22,7 años para el 95 mujeres que respondieron. La edad mínima fue de 15 y el máximo fue de 28 años. También se reveló que la mayoría de las mujeres tuvieron su primer embarazo entre la edad de 18-24 años ( 57,9 % ), seguido de 15 a 17 años ( 37,9 %) y sólo el 4,2 % tuvo su primer embarazo a los 25 años o más.

Cuando se les preguntó si el último parto fue saludable , hubo 82 participantes que contestaron y de estas 77 ( 75,5 % ) habían tenido un bebé vivo y sólo dos no. La causa de la muerte se dijo que era en un caso anemia y el otro no lo sabía. A las dos madres que perdieron a su primer hijo, se les preguntó si habían sufrido lesiones, todas ellas dijeron que sí. Y el tipo de lesión fue mencionado como desgarro vaginal por una de las mujeres y la otra no supo describir el tipo de lesión que sufrió . La partera ayudó a todas ellas durante el parto.

En términos de coste durante el parto , la mayoría de entrevistadas no era capaz de recordar la cantidad pagada y una dijo que pagó 1.500 Chelínes de Tanzania y otra dijo que el servicio se ofrece de forma gratuita . Con respecto a la distancia de los centros de atención para el parto, manifestaron mayoritariamente que tardaban una hora, pero no sabían en términos de kilómetros.

Preguntadas por el lugar del último parto, hubo respuestas similares ya que todas respondieron que en las instalaciones sanitarias ( Katoro RCH y Majengo MAPYA ) . También se intentó averiguar durante cuánto tiempo tardó el parto , y en la mayoría fue más de 10 horas . Con respecto a si el lugar del parto era el deseado, las respondientes estuvieron divididas en un 50% por las que estaban satisfechas con su elección y las que hubieran preferido parir en casa.

En comparación con la línea de base donde 59 mujeres manifestaron haber tenido una lesión de parto, en la evaluación se encontró que , de 102 mujeres entrevistadas sólo dos de ellas experimentaron lesiones durante su último parto .

De las 102 mujeres entrevistadas, sólo una confiesa que ha tenido una fistula besico vaginal qué originó del parto, pero que había tenido suerte y seguía casada con el mismo hombre.

#### 4.2.4 Conocimientos sobre la planificación familiar

El estudio sondeó los conocimientos generales de la población en materia de planificación familiar. De los 102 encuestados el 69% conocía los anticonceptivos, el 27,5% no. Aparte de los métodos de planificación familiar comunes, el estudio quería saber realmente cuánta gente la realiza. De los noventa y nueve (99) encuestados que respondieron 69.6 % dicen haber usado métodos de planificación en comparación con el valor de la línea de base que fue solo un 15%, esto demuestra un aumento significativo en el uso de los servicios de planificación familiar. Los métodos más utilizados han sido los anticonceptivos orales con un 71.7% como se puede ver en la figura 3.

Figura 3: Métodos de planificación familiar usados por los encuestados

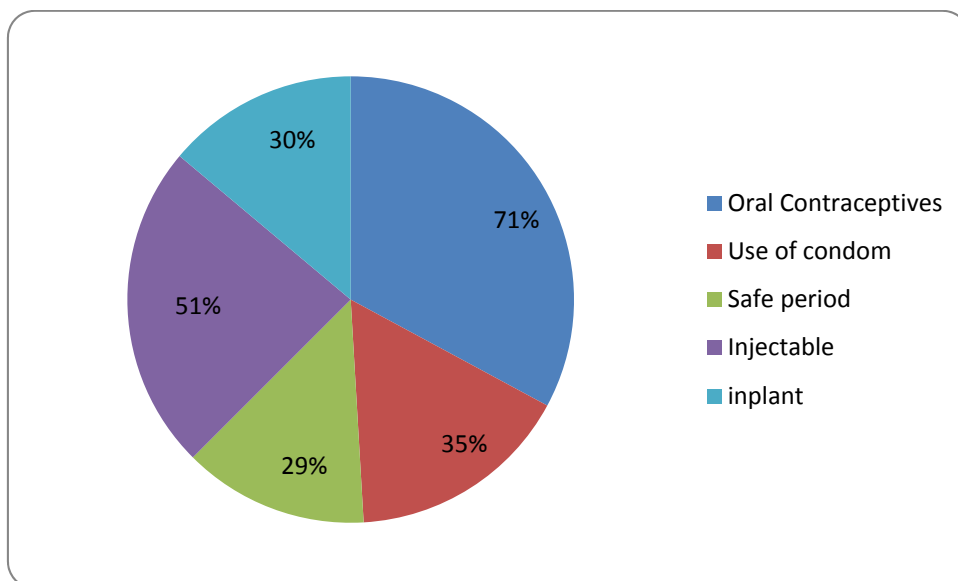


Tabla 7: ¿Quién le dio información sobre la planificación familiar?

Profesional de la salud	35	47.9
Doctor/a	7	9.6
Enfermera/o	13	17.8
Lider comunitario	18	24.7
Total	73	100.00

Importancia de realizar la Planificación Familiar y las razones:

Más de la mitad de los participantes (66%) estuvo de acuerdo con la importancia de la planificación familiar, y mencionaron las siguientes razones para secundar su opinión: 36 dijeron el espaciamiento de los hijos (62,1%); 11, mejorar la salud de madres (19,0%); y 10, evitar los embarazos no deseados (17,2%). Por otra parte, entre los que señalaron que no es importante, las principales razones aducidas fueron: 7, tienen efectos secundarios (24%); 13, la necesidad de tener un primer hijo (44,8%) y otros 2 dijeron que simplemente no es necesario (6,9%)

Acceso a y la utilización de los servicios de salud:

Los encuestados también fueron interrogados sobre su preferencia a la hora de buscar o necesitar los servicios de salud. La mayoría de los 97 participantes, 53, afirmaron haber recurrido a hospitales (54,6%), 39 a clínica privada u ONG (37,1%), 3 (3,1%) a la medicina tradicional y 2 (2,1%) no habían recurrido a ningún servicio sanitario.

Prácticas intravaginales:

Cuando se hizo la pregunta de si las mujeres en sus comunidades realizan prácticas intravaginales, 50 (66%) afirmaron que lo hicieron. En la tabla 8 se resume las prácticas más usadas.

Tabla 8: ¿Las mujeres de su comunidad hacen uso de prácticas intravaginales?

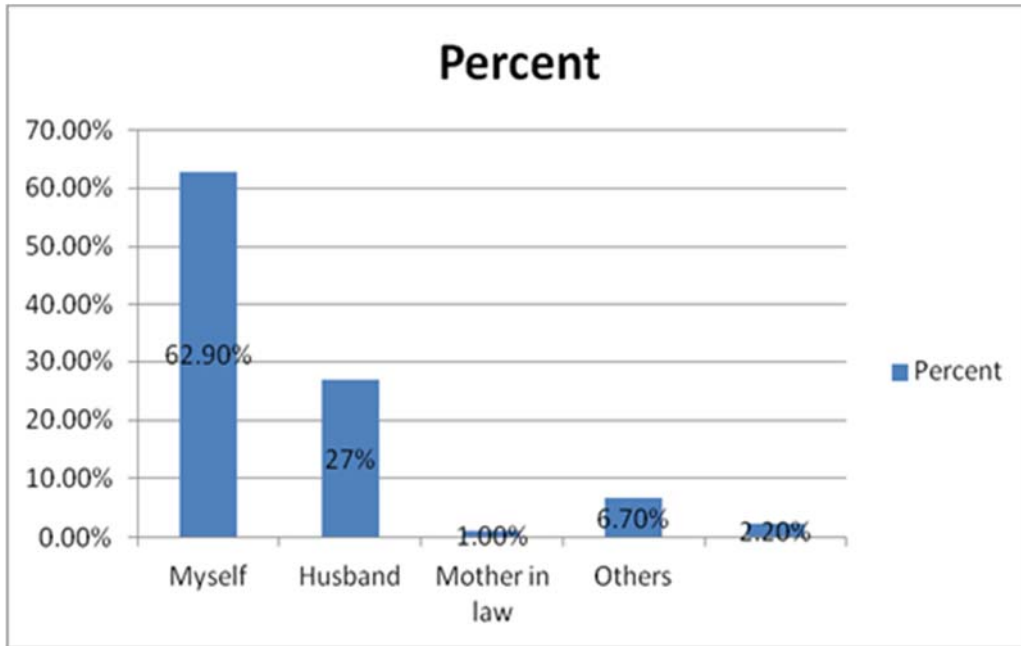
Duchas vaginales	1	1.1%
frotar	12	13.2%
Insertar sustancias	1	1.1%
Limpieza íntima	36	39.6%
secado	1	1.1%
No saben	40	44.0%
Total	91	100.00

La toma de decisiones sobre dónde dar a luz:

De las 89 participantes a la encuesta 56 (63%) respondieron que fueron capaces de tomar la decisión por sí mismos, mientras que 24 (27%) de ellas afirmaron que el esposo fue quien tomó la decisión y 6 (6,7%) tomaron la decisión conjuntamente con el esposo. Un 15 de los casos mencionó que la suegra participó en la decisión.



Figura 4: ¿Quién toma la decisión sobre el lugar del parto? N = 89



La integración de las actividades del proyecto en la estructura y los sistemas existentes

El proyecto Jitambue integró de forma coherente sus actividades en las estructura existentes, así garantizando la sostenibilidad de las actividades una vez finalizado el proyecto. Al ser una iniciativa basada en la comunidad se vincularon los establecimientos de salud a través del sistema de referencia basado en la comunidad y las actividades de promoción e información para fomentar las buenas costumbres y la maternidad sin riesgo, sistemas eficaces e intervenciones tempranas para aquellas mujeres que experimentan complicaciones de parto. De esta forma se ha difundido la prevención de Fistula Vesico Vaginal en el distrito (Documento de proyecto).

## 5.0 Discusión

Los resultados revelaron que, la sensibilización de la comunidad en temas de la SSR han ayudado a los miembros de la comunidad a entender mejor la problemática de la fístula y a que se puede tratar y prevenir. A través de la sensibilización de la comunidad también se reduce el estigma hacia la fístula que hace que muchas mujeres acudan a los centros sanitarios en busca de ayuda. Esto se evidencia por un aumento del número de pacientes atendidas en el Hospital BMC. Los datos muestran que en el hospital BMC un total de 355 personas han sido operadas desde enero 2011 hasta diciembre 2012 . Se estimó que la reparación de la fístula fue la segunda operación con mayor número de operaciones realizadas en el BMC ( Gumodoka et al, 2011 ) . Asimismo ,

hay informes del Hospital Regional que también muestran que la operación en casos de fístula era entre las más comunes de la instalación.

El matrimonio precoz sigue siendo un problema en Butundwe y se dice que es de las principales causas de fístula, debido a que las niñas se casan antes de que se complete su desarrollo físico y sufren con frecuencia las complicaciones del embarazo, incluyendo la fístula. Entre la población de Sukuma los hombres se sienten orgullosos de dejar embarazadas a las mujeres más jóvenes, es decir a las niñas, es una sensación de poder.

Por otra parte, la educación comunitaria realizada a través de este proyecto ha ayudado a las comunidades de Butundwe a entender mejor el derecho a la reproducción sexual segura y a conocer los peligros de los matrimonios precoces. Educación de SSR continua a través del uso de los CORPS ha ayudado a reducir el abandono escolar en Butundwe. Se ha constatado que si además, los CORPS contasen con transporte podrían llegar a un mayor número de amplio personas en Butundwe así ayudando a reducir la incidencia de los matrimonios tempranos.

Aunque el matrimonio temprano sigue siendo un problema, los resultados muestran un aumento significativo de la edad en el primer embarazo, ya que la edad media registrada fue de 22,7; lo cual varió desde 15 en la línea de base hasta 28. Esto es similar a los resultados del informe CCBRT de 2010 ( Gudomoka et al, 2011, informe CCBRT, 2010 ). Este aumento de la edad al primer embarazo se puede atribuir al proyecto y otras organizaciones clave trabajando en la zona como NELICO, Plan Internacional y el Ministerio de Salud y Bienestar Social.

Durante el estudio de línea de base más del 59 % de las mujeres embarazadas sufrieron lesiones vaginales durante el parto, mientras que en el ejercicio final de evaluación esta cifra bajo a menos de un uno por ciento. Esta enorme mejora puede atribuirse al esfuerzo realizado por el equipo del proyecto Jitambue.

En cuanto a la planificación familiar, está en aumento, en este estudio el 69% practican FP en comparación con el bajo 15 % en el estudio de línea de base. Es interesante señalar que más mujeres pudieron decidir su lugar de parto, y aun así el 50% hubiera preferido hacerlo en casa, en lugar del hospital que es dónde acudieron la mayoría. Esto sin duda es debido a los esfuerzos de AMREF y otras organizaciones que trabajan el tema de reducir la mortalidad materna e infantil en la zona.

En este estudio, más del 75% de las entrevistadas dio a luz en las instalaciones de salud en comparación con la línea de base donde el 50 % de las mujeres entrevistadas había dado a luz en su casa. Esto es un factor clave, ya que el parto prolongado es una de las causas que mayoritariamente causan fistulas vesico vaginales y rectales. Otro gran éxito para este proyecto.

## **6.0 Conclusiones y Recomendaciones**

### **6.1 Conclusión**

En la comunidad de Butundwe se ha visto un gran cambio en el comportamiento y en la percepción de la población con respecto a las causas que llevan a que una mujer sufra una

fístula, la importancia de la planificación familiar, las consecuencias de los matrimonios tempranos, y los daños causados por algunas prácticas tradicionales. En el distrito electoral de Butundwe la prevalencia de la fistula era alta pero gracias a la sensibilización comunitaria y la concienciación de la población se ha reducido el impacto de la FVV. Por otra parte la sensibilización y educación en el ámbito escolar relativo a la salud sexual y reproductiva ha ayudado también a reducir los embarazos adolescentes y los matrimonios. La colaboración con otros programas existentes en el área de intervención del proyecto han sido vitales para reducir la incidencia de casos de fistulas en las comunidades y sobre todo para disminuir las prácticas tradicionales nocivas.

## 6.2 Recomendaciones

En vista de los resultados y conclusiones arriba mencionadas recomendamos que:

- Se incremente el número de profesionales sanitarios formados, especialmente a nivel comunitario, para reconocer y detectar complicaciones de parto y ser capaces de enviar las pacientes con tiempo a los centros médicos de referencia.
- Formar a los promotores comunitarios en temas de fistulas para que puedan realizar actividades de sensibilización en las comunidades, detecten a las posibles víctimas y ayuden a aquellas mujeres que las sufren informándolas y acompañándolas a un centro sanitario.
- Seguir con la educación e información a nivel comunitario haciendo uso de la estructura de los CORPS
- Facilitar medios de transporte para los CORPS, así asegurando el desarrollo de su labor de informantes clave.
- Los profesionales de la salud tanto de los centros sanitarios como de los puestos de salud deben recibir más formación en temas relacionados con la salud obstétrica.
- La Asociación de Cirujanos de Fístula de Tanzania debería recibir apoyo para poder realizar conferencias/reuniones anuales en diferentes áreas del país, así dando a conocer la extensión del problema, la forma de prevención y el tratamiento disponible.
- AMREF debería desarrollar, producir y difundir mensajes informativos y de prevención para obtener un mayor alcance en la gestión del problema de la Fistula a nivel nacional.
- Seguir con la formación de líderes/miembros de la administración en materia de Fistula. Crear un comité en cada comunidad encargado de difundir información relacionada con los servicios y tratamiento.
- Aumentar el área de influencia del proyecto para que las buenas prácticas se repliquen en otras zonas, incluyendo educación a madres y padres y a la población joven.
- Mejorar las infraestructuras de los edificios sanitarios y los recursos como agua, electricidad y servicios de ambulancia.

## 7.0 Referencias

1. Mwaluko G. "Jitambue" - Community based model focusing on primary prevention of obstetric consequences of early marriages as salient form of Violence Against Women (VAW) in

Geita District Mwanza Region in Tanzania. A REPORT ON VESICO-VAGINAL FISTULA (VVF) BASELINE SURVEY. 2011

2. Gudomoka B., Mach E and Majinge C.R. Genito- Urinary Fistula Patients at Bugando Medical Centre, East African Medical Journal Vol 87, no. 7 July 2010.
3. Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania.. Changing Lives, Changing lives, changing communities. [www.ccbirt.or.tz](http://www.ccbirt.or.tz)
4. Bangser M, Tanzania Fistula Survey: Women Dignity Project report. 2001
5. Sambo M.N.(2006) Report of evaluation of prevention, treatment and rehabilitation of obstetric fistula in northern Nigeria project (Kankara and Nassarawa LGA s)
6. Risk and resilience: obstetric fistula in Tanzania, women dignity project and engenderhealth, in partnership with Health action promotion association, kivulini women rights organization and Peramiho Mission Hospital, November 2006.
7. Programmes and UNFPA, experience in the campaign end fistula draft report Nigeria country assessment 09.07.2009
8. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes, among adolescents in developing countries, 2011.

## 8.0 Appendix

TOOL 1:

A: Face to face Questionnaire

### END TERM EVALUATION ON VESICO-VAGINAL FISTULA (VVF) PROJECT IN TWO WARDS OF BUTUNDWE DIVISION, KATORO AND NYAKAGOMBA IN GEITA DISTRICT.

Section A: 1 Respondent's ID

1.1	ID No.	
1.2	Date of interview	/  /2013
1.3	Interviewer's staff code	
1.4	Ward	1=Katoro; 2=Nyakagomba;
1.5	Village	
1.6	Sub-village	

### Section B: 2 Demographic Information

2.1	Sex of respondent. 1=Male 2=Female	
2.2	What is your tribe? 1=Sukuma; 2=Kerewe; 3=Zinza; 4=Haya; 5=Kurya; 6=Gita; 9=NK; 7=Other _____	
2.3	How old were at your last birthday? Age in years 99= Don't know	
2.4	What is the highest level of education/schooling that you have completed? 1= Primary education; 2=Secondary education; 3=Advanced secondary education; 4=University/College/Vocational training; 5= Never been to school; 6=Other (specify) _____	

2.5	Marital status <b>1=Single; 2=Married; 3=Separated; 4=Divorced; 5=Widowed;</b>	<input type="checkbox"/>
2.6	What is your religion? <b>1=Christian; 2=Moslem; 3=Other Religion (including traditional/pagan); 4=No religion; 9=NK</b>	<input type="checkbox"/>
2.7	Are you the head of the household? <b>1=Yes; 2=No; 9=NK</b> <i>If No, go to question No 2.9</i>	<input type="checkbox"/>
2.8	<i>If yes, to Q2.7</i> How many people depend on you?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.9a	How long have you lived in the village which you are living in now? <b>1=Less than 1 year; 2=1-2 yrs; 3= 2-4 yrs; 4= ≥5yrs; 8=NA; 9=NK</b>	<input type="checkbox"/>
2.9b	Where were you living before coming to this area (Village/Sub-village)? <hr/>	
2.9.1a	What is your main current occupation? <b>1=Agriculture; 2=Fishing; 3=Business; 4=Professional; 9= NK</b> <b>Others e.g. petty business</b> (Specify) _____	<input type="checkbox"/>
2.9.1b	How much do you earn per month from your current occupation? <b>1=Less than Tshs 50,000/=; 2= Tshs 50,000/= to 99,000/=; 3= Tshs 100-149,000/=; 4= Tshs 150, 000/= to 199,000/=; 5= Tshs 200,000/= and above; 9=NK</b>	<input type="checkbox"/>
2.9.2	Do you have access to savings and credit facilities in this community? (i.e. SACCOS, VICOBA, Ifogong'ho, etc). <b>1= Yes 2= No 9=DK</b>	<input type="checkbox"/>

### Section C: 3. Poverty levels.

3.1	<p>Part of House Classification (House)</p> <p>Roof</p> <p>Walls</p> <p>Floor</p> <p>Doors</p> <p>Windows</p> <p><b><u>Materials used:</u></b></p> <p><b>Roof: Aluminium iron roofing; grass thatch, earth</b></p> <p><b>Walls: Cement bricks, mud bricks, mud, poles</b></p> <p><b>Floor: Cement, earth</b></p> <p><b>Windows: Timber, mosquito gauze, open</b></p> <p><b>Doors: Timber, reeds, etc</b></p>	<p>Overall</p> <p>1. Good</p> <p>2. Medium</p> <p>3. Poor</p> <p><input type="checkbox"/></p>
3.2	<p>Do you own property? <b>READ OUT</b> the options <input type="checkbox"/></p> <p><b>1=house; 2=farm; 3=bicycle; 4=chickens; 5=cattle/goats/sheep; 6=radio; 7=motorcycle; 8=others</b></p> <p>(specify) _____</p>	

#### Section D: 4. Knowledge and Practices

4.1	How old were you at your first marriage?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.2	How many times have been pregnant until now ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.3	How old were you at your first pregnancy?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.3.1	Did you deliver a live child at your first pregnancy? 1=Yes; 2=No; 9=NK	<input type="checkbox"/>

4.4	<p><b>If answer to Q4.3.1 was Yes, skip to Q 5.1 below</b></p> <p><b>If answer to Q4.3.1 was No, what was the cause of death?</b></p> <p>_____</p>	
4.5	<p>Did you suffer any personal injuries? <span style="float: right;">1=Yes; 2=No;</span></p> <p>9=NK</p>	_
4.5.1	<p><b>If answer to Q 4.5 was Yes, describe type of injury</b>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	_
4.6	<p>Who helped you during the delivery of your latest child? <b>1.Nurse;</b></p> <p><b>2.Midwife; 3.Traditional Birth Attendant; 4. Other</b></p> <p><b>(specify)</b>_____</p>	_
4.7	<p>How much did you pay for the service offered (if payment was by kind, specify payment)?_____</p>	
4.8	<p>How far was the health facility from your house where you delivered the child?</p> <p><b>Distance in km</b> _____ <b>or time (in hours/minutes) of walking</b>_____</p>	
4.8	<p>Was the TBA who assisted you trained in attending births? <span style="float: right;"><b>1=Yes;</b></span></p> <p><b>2=No; 9=DK</b></p>	_
4.9	<p>Where did the delivery take place? _____</p>	
4.10	<p>How long did labour take? _____</p>	
4.11	<p>Was the delivery place your choice? <span style="float: right;"><b>1=Yes;</b></span></p> <p><b>2=No; 9=DK</b></p>	_
<p><b>5. For those with VVF and/or RVF</b></p>		



<b>5.1</b>	When did you start to see the problem (VVF/RVF)? <b>1=As soon as I gave birth; 2=A while when I gave birth; 9=Dont know;</b> <b>4=Other</b> <b>(specify)</b> _____ —	<input type="checkbox"/>
<b>5.2</b>	What was the reaction of your husband, the family and community when you had that problem? _____	
<b>5.3</b>	Are you still married to the same man? <b>1=Yes; 2=No;</b>	<input type="checkbox"/>
<b>5.3.1</b>	<b>If answer is No, what was the reason for separation?</b> _____ _____	
<b>5.4</b>	What would you have wished to be done in order to avoid what happened to you? _____ _____	
<b>5.5</b>	Do you have a mobile phone? <b>If yes, what is your number</b> _____ and could it have helped you in that situation? If yes, how/in which way? _____	
<b>5.6</b>	How many methods of family planning do you know? <b>1=Mentioned; 2=Not mentioned;</b>  <b>1= Oral contraceptive pills</b> <b>2=Use of condoms</b> <b>3= Safe periods</b> <b>4=Injectibles</b> <b>5=Implants</b> <b>6=Other (specify)</b> _____ <b>9=Don't know</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.7	<p><b>If answer to Q 5.6 is Don't know, skip to Q 5.8 below</b></p> <p>Have you ever practiced family planning? <b>1=Yes; 2=No;</b></p>	<input type="checkbox"/>
5.7.1	<p>Who informed you about family planning? <b>1=Health worker; 2=Doctor; 3=Nurse;</b></p> <p><b>4=Other (specify)</b>_____ -</p>	<input type="checkbox"/>
5.8	<p>Do you think it is important to practice family planning?</p> <p><b>1=Yes; 2=No;</b></p>	<input type="checkbox"/>
5.8.1	<p>Why do you think family planning is/is not important?_____</p>	

#### Section E: 6. Access to Health Services and Utilisation

6.1	<p>Where do you usually go for health services? <b>1=Traditional healing; 2=Clinic; 3=Hospital; 4=Community organization (NGO), mention</b>_____</p> <p><b>5=Private doctor; 6=Traditional Birth Attendant; 9=Dont know;</b></p> <p><b>7= Other (specify)</b>_____</p>	<input type="checkbox"/>
6.2	<p>Are health services accessible? <b>1=Innaccessible; 2=Accessible; 3=Very accessible;</b></p> <p><b>4=Other (specify)</b>_____</p>	<input type="checkbox"/>

#### Section F: 7. Socio cultural practices

7.1	<p>Do you drink alcohol? <b>1=Yes; 2=No; 9=Dont know</b></p>	<input type="checkbox"/>
7.1.1	<p><b>If yes, how many times in the past 4 weeks? 1= Never drank; 2=Everyday; 3=Once a week; 4=Once to twice;</b></p>	<input type="checkbox"/>

7.2	Do women around your community practice intra-vaginal practices? <b>1=Douching;</b> <b>2=Drying; 3=Rubbing; 4=Insertion of substances; 5=Cleaning; 9=Don't know</b> <b>7=Other (specify)_____</b>	<input type="checkbox"/>
7.3	Who makes decision on place of delivery of pregnant mother? <b>1=Myself;</b> <b>2=Husband;</b> <b>3=Father in law; 4=Mother in law; 5=Uncle; 6=Other (specify)_____</b>	<input type="checkbox"/>
7.4	<b>(For males only):</b> Have you been circumcised? <b>1=Yes; 2=No; 9=DK;</b>	<input type="checkbox"/>
7.4.1	<b>If yes, at what age?</b>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
7.4.2	Where was it done? <b>1=Hospital; 2=Clinic; 3=Traditional healer;</b>	<input type="checkbox"/>
7.5	<b>(For females only):</b> Have you been circumcised? <b>1=Yes; 2=No; 9=DK;</b>	<input type="checkbox"/>
7.5.1	<b>If yes, at what age?</b>	<input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>
7.5.2	Where was it done? <b>1=Hospital; 2=Clinic; 3=Traditional healer;</b>	<input type="checkbox"/>

**Section G: 8. Gender and Associated Violence**

8.1	<b>(For males only):</b> It is right for a man to force sex to his partner if he wants it? <b>1=Yes; 2=No; 9=DK;</b>	<input type="checkbox"/>
8.2	<b>(For females only) :</b> It is right for a woman to refuse sex at her partner when she feels her partner is having multiple affairs? <b>1=Yes; 2=No; 9=DK;</b>	<input type="checkbox"/>
8.3	<b>(For females only):</b> It is right for a woman to use a condom with her partner when she feels insecure? <b>1=Yes; 2=No; 9=DK;</b>	<input type="checkbox"/>

**I have finished my questions; I wonder whether you would like to ask me on anything? Please feel free:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**Thank you very much for giving me your time.**

## **TOOL 2**

### **B: Key Informant Interview Schedule (KIIS)**

#### **B1: Target respondents:**

DMO, RCH District Coordinator; WEO, VEO, Head of health facilities (Health Centres, Dispensaries)

### **B: Key Informant Interview Schedule (KIIS)**

#### **Introduction:**

The African Medical Research Foundation (AMREF) and NIMR as Consultant in collaboration with the Ministry of Health and Social Welfare (MoHSW) are carrying out a survey under the “Jitambue” – a Community based model focusing on primary prevention of obstetric consequences of early marriages as salient form of Violence against Women (VAW) in Geita district Mwanza region in Tanzania. It will be a project focusing on Vesico-Vaginal Fistula (VVF) and will be a baseline survey. The objectives of the project are:

- **General Objective:**

The objective of the study is to evaluate the process of the project since beginning to date to provide a comprehensive understanding of the project implementation and the successes made against the original targets and output that will serve as the basis for project replication and scaling up.

The main activity under the current plan will be to conduct the End term evolution survey having the key output ‘Increased awareness amongst women and girls and community members on the effect of early marriages to reproductive health and involvement of men and community members to improve gender equality’.

Thank you for accepting to be interviewed by our team. The interview is going to focus on the following topics:

1. Your views on the early marriages and pregnancy outcomes of young girls (15-19; 20-25 year-olds).
2. The range, extent of traditional attitude, behaviour and practice regarding useful or harmful practices in the community resulting from early marriages

3. Utilization of health services and specifically obstetric ones as they affect young pregnant girls in the age groups of 15-19 and 20-24 year olds, the effort for reduction of maternal deaths and VVF resulting from obstructed labour.
4. The existence and effectiveness of policies, programs on sexual and reproductive health under the MMAM communities.
5. Level of Knowledge on sexual and reproductive health and rights in the community in Geita District.
6. Any suggestions on how obstetric services can be improved in your community.

Now I would like to go through them:

*1. Early marriages:*

- a. In your own assessment, how big a problem are early marriages in Geita District? Girls being married as young as 15-19 and 20-24 year olds?
- b. If it is a big problem, what are the factors that promote the practice in the community?

*2. Sexual and reproductive health services availability, accessibility and utilisation:*

- a. Are maternal and child health and related services to these available in this community?
- b. If yes, what services are available, can you enumerate them?
- c. Are these services being used?
- d. What are the perceptions of the users with regard to quantity and quality of services that are offered?
- e. How much do they cost?
- f. In the final analysis who makes the decision to use such services, give specific examples.
- g. Can you discuss the problem of VVF and RVF in this community and how are clients of such conditions treated by their husbands, families and communities?

*3: Traditional practices, attitudes and behaviour regarding SRH and Rights:*

1.1. *Traditional practices Issues:*

- a. Are there specific traditional practices in relation to early marriages, pregnancy and delivery issues?
- b. Who makes the decision where a wife will deliver her baby?
- c. Are traditional birth attendants common in this community and what is your opinion on services they render? Can you comment on VVF and RVF?
- d. Can you comment on positive and negative traditions in relation to SRH and Rights?
- e. Are women familiar with their sexual rights in this community? Can you give examples?

4: *Reproductive Health Policies and programmes:*

- a. Are you satisfied with what is being done in relation to Government policies and programmes on reproductive health?
- b. What specific activities are being carried out for pregnant mothers?
- c. Are there special services offered to early marriage clients e.g. married girls aged 15 -19 or 20 -24?
- d. Can you comment on the quality of services offered to patients who attend hospitals or those who stay at home when pregnant?
- e. What factors inhibit them from going to deliver at hospitals?
- f. Are you satisfied with record capturing and storage with regard to SRH&R?

5: Are you aware of Jitambue VVF project?

- a. Do you think Jitambue Project contributed to changes on community perception on VVF? *Probe to know if the project successful attained its goal or objectives and why?*

6: Can we discuss other organisations/agencies working on reproductive health in your area?

- b. Who are they and how many are they?
- c. What type of services do they actually provide and with what effect? *Probe to all project mentioned*
- d. At what cost?
- e. Are beneficiaries satisfied?

- f. How is your office (HF) linked with the project.
- g. What are the other projects contribution on the Reproductive health Rights and VVF issues
- h. Do you think the observed effects are the results of the project or there are other players out there who have contributed significantly?

6: 7: Can we discuss the role and utility of mobile phones? How useful can they be in helping accessibility to maternal services in this community?

Probe for:

- a. How many people have mobile phones?
- b. Accessibility of services for charging those phones.
- c. Can they be used to obtain advice, services or transport?

8: What can be done to improve SRH&R services?

- a. Could you please make suggestions on how services can be improved?

Thank you.



### **TOOL 3**

#### **B: Key Informant Interview Schedule (KIIS)**

##### **B2: Target respondents:**

DEO, WES, Head teachers (primary and Secondary Schools)

Introduction:

The African Medical Research Foundation (AMREF) and NIMR as Consultant in collaboration with the Ministry of Health and Social Welfare (MoHSW) are carrying out a survey under the “Jitambue” – a Community based model focusing on primary prevention of obstetric consequences of early marriages as salient form of Violence against Women (VAW) in Geita district Mwanza region in Tanzania. It will be a project focusing on Vesico-Vaginal Fistula (VVF) and will be a baseline survey. The objectives of the project are:

- **General Objective:**

The objective of the study is to evaluate the process of the project since beginning to date to provide a comprehensive understanding of the project implementation and the successes made against the original targets and output that will serve as the basis for project replication and scaling up.

The main activity under the current plan will be to conduct end term evaluation survey having the key output ‘Increased awareness amongst women and girls and community members on the effect of early marriages to reproductive health and involvement of men and community members to improve gender equality’.

Thank you for accepting to be interviewed by our team. The interview is going to focus on the following topics:

1. Your views on the early marriages and pregnancy outcomes of young girls (15-19; 20-25 year-olds).
2. The range, extent of traditional attitude, behaviour and practice regarding useful or harmful practices in the community resulting from early marriages.
3. Educational Services.

How is the education sector contributing to good practices on outcomes of pregnancy in the community?

Probe for:

- i. Can you comment on whether the school curriculum contains sexual and reproductive health education for in-school youth?
- ii. Can you discuss if there are any differences in the contents between primary and secondary schools curricular?
- iii. Are there special teachers trained to deliver the subject?
- iv. Can you comment on how useful the subject has been to both teachers and students?
- v. Can we discuss on the advantages/disadvantages of use peer health educators, Guardian teachers and School committees in the area of early marriages and other issues affecting girls?

4. How big is the problem of school drop-outs?

- i. In the last two years how many students have dropped out of school in primary and secondary schools in your area of jurisdiction?
- ii. Can you comment on the main reasons of drop outs? Is pregnancy one of them? Is information available on the outcome of those pregnancies?

5: How big is the problem of VVF and RVF in the community?

Probe for:

- i. The most affected age group.
- ii. The consequences of the condition on marriages and attitude of husbands, families and community at large.

6: Are you aware of Jitambue VVF project?

Do you think Jitambue Project contributed to changes on students knowledge, awareness and practice on early marriages and reproductive health?

*Probe to know if the project successful attained its goal or objectives and why?*

7: Can we discuss other organisations/agencies working on reproductive health in your area?

- i. Who are they and how many are they?
- ii. What type of services do they actually provide and with what effect? *Probe to all project mentioned*
- iii. At what cost?
- iv. Are beneficiaries satisfied?
- v. How is your office (HF) linked with the project.
- vi. What are the other projects contribution on the VVF and reproductive issues
- vii. Do you think the observed effects are the results of the project or there are other players out there who have contributed significantly?

8. Can we discuss the role and utility of mobile phones? How useful can they be in helping accessibility to maternal services in this community?

Probe for:

- a. How many people have mobile phones?
- b. Accessibility of services for charging those phones.
- c. Can they be used to obtain advice, services or transport?

I have finished my questions, I wonder if you would like us to discuss anything along the subject that we have covered.

i. \_\_\_\_\_

ii. \_\_\_\_\_

iii. \_\_\_\_\_

Thank you for your time.

## **TOOL 4**

### **C: GUIDE FOR FOCUS GROUP DISCUSSIONS (FGDs):**

#### **Target Groups:**

**Women group; men Group; Mixed Sexes Group , Health Workers (CHMT)**

1: Do you think early marriages are a problem in your community?

Probe with regard to:

Magnitude of the problem, any special groups that are more vulnerable and why? Main channels of communication regarding marriages of young girls aged 15 -19 or 20 -24?

2: Sexual and reproductive health services availability, accessibility and utilisation:

Probe on variety of services that are available and from where can they be obtained? Who is the major provider?

- i. Mention any risky early marriages and associated pregnancy and explain the influencing factors?
- ii. Are there any maternal deaths in this community? If yes, can you describe them and their context?
- iii. Are there any women with VVF and RVF in this community? What do people think are the causes?
- iv. How are Victims of VVF and RVF treated by their husbands, families and community in general?
- v. Are there any services available to these women in terms of repair? If there are, how easily accessible are they and how much do they cost and who makes the decision to access them?
- vi. How do people consider the services of traditional birth attendants?

3: ***Traditional practices, attitudes and behaviour regarding SRH and Rights:***

- i. Can you discuss on positive and negative traditional practices in relation to a pregnant woman in this community?

- ii. Who are the gate-keepers of these traditions if they are available and are they strictly observed by the community?
  - iii. How do they affect sexual and reproductive health and rights of women? Can they be sources of gender violence?
- 4: Is there a centre in the community where people can obtain information on pregnancy, delivery and treatment in general? Who runs it and how often is it open? What types of materials are given? Are they helpful?
- 5: Can you discuss on the number of children a man and wife should have?

Probe on:

- i. Who makes the final decision?
  - ii. Are family planning services available in the community? Which ones are these? How are they used and how much do they cost?
  - iii. Should a husband go with his wife to attend ANC during her pregnancy? If yes why? If not, why? What factors influence both situations?
- 6: Can we discuss on Health service providers?

Probe on the following:

- i. Are the numbers available adequate for the needs of the pregnant mothers?
  - ii. Can you comment on the quality of services offered?
  - iii. How can they be made even better?
  - iv. For pregnant women living far from health facilities, are there facilities for a 'waiting shelter' closer to the time of delivery?
7. What can the WEO or VEO's office do to help women having problems of VVF or RVF?
8. What comments do you have on the availability, adequacy and quality of SRH&R services in this area?

9. Do you have any suggestions on how services for SRH&R can be improved in your community?

10. Can we discuss the role and utility of mobile phones? How useful can they be in helping accessibility to maternal services in this community?

Probe for:

- a. How many people have mobile phones?
- b. Accessibility of services for charging those phones.
- c. Can they be used to obtain advice, services or transport?

I have finished my questions, I wonder if you would like us to discuss anything along the subject that we have covered.

i. \_\_\_\_\_

ii. \_\_\_\_\_

iii. \_\_\_\_\_

**Thank you.**