T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

BENİN'DE HANELERİN SEZARYEN HARCAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tchomi Oluwa Romuald Tchadrack GNİMASSOU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Emel FİLİZ

KONYA–2021

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince zamanını, bilgisini ve deneyimini paylaşan yol gösterici tutumu, hoşgörülü oluşu, destek olmaktan hiç vazgeçmeyişi, sabrı ve değerli katkılarıyla bana rehberlik eden ve her zaman yanımda olduğunu hissettiğim danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Emel FİLİZ'e;

Tez önerisi ve veri toplama araçlarının geliştirilmesinde yardımcı olarak çalışmam üzerinde zaman ayırdığını bildiğim Arş.Gör. değerli Mehmet Akif Erişen ve Müjdat Yeşildal'a;

Sağlık yönetimi alanında yüksek lisans eğitimimin bir parçası olarak bana verdikleri değerli dersler için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki tüm öğretim görevlilerine;

Türkiye'de çalışma projemin gerçekleştirilmesi çerçevesinde mali ve teknik destekler veren Yurt dışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı'na;

Ve çalışma projelerini yürütmemde çeşitli şekillerde bana destek olmak için hiçbir çabadan kaçınmayan aile üyelerime

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım

Tchomi Oluwa Romuald Tchadrack GNIMASSOU
Konya / 2021

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR vi

ÖZET vii

SUMMARY viii

1. GİRİŞ 1

1.1. Kavramsal Açıklama 3

1.1.1. Anne Ölümü 3

1.1.2. Yenidoğan Ölümü 4

1.1.3. Sezaryen Doğum 6

1.2. Anne ve Yenidoğan Ölüm Düzeyleri ve Ölümlerdeki Değişimler 7

1.2.1. Küresel Düzeyde Anne ve Yenidoğan Ölümleri 7

1.2.2. Bölgesel Düzeyde Anne ve Yenidoğan Ölümleri 9

1.2.3. Benin'de Anne ve Yenidoğan Ölümleri 13

1.3. Anne ve Yenidoğan Ölümlerini Azaltma Stratejileri 15

1.4. Obstetrik Bakıma Erişimin Önündeki Engeller 17

1.4.1. Obstetrik Bakıma Erişimin Önündeki Fiziksel Engeller 17

1.4.2. Acil Obstetrik Bakımın Önündeki Mali Engeller 18

1.4.3. Acil Obstetrik Bakımın Önündeki Sosyokültürel Engeller 19

1.5. Sahra-altı Afrika'da Sezaryen Maliyeti 20

1.6. Kaynak Temini Mekanizmaları 21

2. GEREÇ VE YÖNTEM 23

2.1. Araştırmanın Türü 23

2.2. Çalışma Bölgesinin Coğrafi Konumu ve Özellikleri 23

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 26

2.3.1. Örneklemin Belirlenmesi 26

2.3.2. Örneklem Tanıtımı 27

2.4. Araştırma Amacı ve Araştırma Soruları 31
2.4.1. Araştırmanın Amacı 31
2.4.2. Araştırma Soruları 31
2.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları 31
2.6. Araştırmanın Değişkenleri 33
2.6.1. Bağımlı Değişken 33
2.6.2. Bağımsız Değişkenler 33
2.7. Veri İşleme ve Analiz 34
2.8. Araştırmanın Etiği 35
2.9. Araştırmanın Çalışma Takvimi 35
3. BULGULAR 37
3.1. Benin'de Sezaryen Doğumun Maliyeti ve Maliyetin Türü 37
3.1.1. Sezaryen Doğumun Ortalama Maliyeti 37
3.1.2. Hastanelere göre sezaryen doğumun niteliği ve maliyeti. 39
3.1.3. İkamet Yerine Göre Sezaryen Doğumun Maliyeti ve Maliyetin Türü 40
3.1.4. Sezaryen Endikasyonuna Göre Sezaryen Maliyeti ve Maliyet Türü 41
3.1.5. Komplikasyona Göre Sezaryen Doğumun Maliyeti ve Maliyetin Türü 42
3.2. Sezaryen Harcamalarının Karşılanması İçin Gerekli Kaynakların Temini 43
3.2.1. Sezaryen Harcamaları İçin Kaynak Temini Stratejileri 43
3.2.2. Hanelerin Refah Düzeyine Göre Kaynak Temini Stratejileri 44
3.3. Sezaryen Harcamalarıyla İlişkili Belirleyiciler 47
4. TARTIŞMA 49
4.1. Araştırma Evreninin Özellikleri 49
4.2. Benin'de Haneler Tarafından Ödenecek Sezaryen Maliyeti 50
4.3. Benin'de Sezaryen Harcamaları ile İlişkili Belirleyiciler 51
4.4. Kullanılan Kaynak Temini Stratejileri 53

4.5. Çalışmanın Sınırlılıkları 54
4.6. Çalışmanın Güçlü Yönleri 56
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 57
5.1. Sonuçlar 57
5.2. Öneriler 58
6. KAYNAKLAR 59
7. EKLER 63
EK-A: Benin Sağlık Sisteminin Organizasyonu 63
EK-B: Anket Formu 64
Ek-C: Sosyoekonomik Endeksin Oluşturulması 67
Ek-D: Etik Kurul Onayı 74
Ek-E: Kurum İzinleri 75
EK-F: Aydınlatılmış Onam Formu 76
EK-G: Turnitin Raporu 77
8. ÖZGEÇMİŞ 79

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKH	Binyıl Kalkınma Hedefleri
BM	Birleşmiş Milletler
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
€	Euro
FCFA	Afrika Finans Topluluğu Frangı
FEMHealth	Anne Sağlığı İçin Ücret Muafiyeti
GA	Güven Aralığı
HIV/AIDS	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
INSAE	Ulusal İstatistik ve Ekonomik Analiz Enstitüsü
UNİCEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

ÖZET

TC
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Benin'de Hanelerin Sezaryen Harcamalarının Değerlendirilmesi

Tchomi Oluwa Romuald Tchadrack GNIMASSOU
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/ KONYA-2021

Yıllarca süren çabalardan sonra, Sahra-altı Afrika, anne ve yenidoğan sağlığı göstergelerinde çok az iyileşme görmüştür. Tüm kadınların acil obstetrik bakıma erişiminin sağlanması, anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmak için kabul edilmiş etkili bir stratejidir. Ancak bu bakım pahalıdır ve obstetrik bakıma erişimde bir engel teşkil etmektedir. Benin bu tıkanıklığı ortadan kaldırmak için ücretsiz sezaryen uygulamasını hayata geçirmiştir. Ancak, bu politikaya rağmen, haneler sezaryen sırasında ödeme yapmaya devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı, Benin'de hanelerin sezaryen harcamalarını değerlendirmek ve hanelerin sezaryen harcamalarını karşılamak için gerekli kaynakları temin etme stratejilerini belirlemektir.

Littoral bölgesindeki 3 hastane ve 505 hane örneklenmiş ve kadına refakat eden kişilere anket uygulanarak veriler toplanmıştır. Hanelerin sosyo-ekonomik durumu, temel bileşen analizi ile oluşturulmuş bir servet endeksi kullanılarak değerlendirilmiştir. Harcama ile önemli ölçüde ilişkili faktörler, çok değişkenli doğrusal regresyon analizi kullanılarak belirlenmiştir.

Yürürlükte olan ücretsiz sezaryen politikasına rağmen, haneler sezaryen için ortalama 152 € (99.705 FCFA) harcamakta olup, bunun %76'sı doğrudan, %17'si dolaylı maliyet ve %7'si fırsat maliyetidir. Harcamalar hane halkı ikamet bölgesine, komplikasyonun varlığına, sağlık sigortasının varlığına, hanelerin sosyoekonomik sınıfına, kadının öğrenim düzeyi ve çalışma durumuna bağlı olarak önemli ölçüde değişmektedir. Son olarak, sezaryen faturasını ödemek için haneler 11 kaynak seferberliği stratejisini birleştirir. Yoksul haneler dış yardımlara, varlık satışlarına ve/veya cari harcama kesintilerine başvururken, zenginler kazandıkları gelir ve/veya tasarruflarını sezaryen harcamalarını karşılamak için kullanmaktadır.

Sonuçlar, yürürlükteki ücretsiz sezaryen politikasına ek olarak, en yoksul haneler tarafından ödenecek sezaryen maliyetlerinin doğrudan muaf tutulmasına yönelik bir mekanizmanın kabul edilmesi lehindedir.

Anahtar kelimeler: Acil obstetrik bakım; Anne ölümü; Sağlık harcamaları; Sezaryen

SUMMARY

REPUBLIC OF TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Evaluation of Cesarean Expenditures of Households in Benin

Tchomi Oluwa Romuald Tchadrack GNIMASSOU
Department of Health Management

MASTER THESIS / KONYA-2021

After years of efforts, Sub-Saharan Africa has seen little improvement in its maternal and newborn health indicators. Ensuring access to emergency obstetric care for all women is a recognized effective strategy for reducing maternal and newborn mortality. However, this care is expensive and constitutes a barrier to access to obstetric care. In order to eliminate this blockage, Benin has introduced free cesarean sections. However, despite this policy, households continue to pay during a caesarean episode. The objective of this study is to assess the cesarean section expenses borne by households and to identify the strategies by which households mobilize the necessary resources to pay their cesarean section expenses in Benin.

In the Littoral, 3 hospitals region and 505 households were sampled and data was collected by administering questionnaires to people accompanying the woman. The socio-economic status of households was assessed using a wealth index constructed with principal component analysis. Factors significantly associated with expenditure were determined using multivariate linear regression analyzes.

Despite the free health care policy in force, households spend an average of 152 € (99,705FCFA) for a cesarean section, of which 76% is direct cost, 17% indirect cost and 7% opportunity cost. Expenditures vary significantly depending on the residence area of the household, the presence of complications, the presence of health insurance, the socioeconomic class of the households, the education level of the woman and the working status. Finally, to pay the cesarean bill, households combine 11 resource mobilization strategies. While poor households have resorted to outside help, selling assets and / or cutting current spending, the rich use their earned income and / or savings to pay for their cesarean expenses.

The results plead in favor of the adoption, in addition to the free health care policy in force, of a mechanism to exempt the direct costs of cesarean sections payable by the poorest households.

Keywords: Cesarean section; Emergency obstetric care; Health expenditure; Maternal mortality

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne (2019a) göre, anne ölümleri son otuz yılda küresel düzeyde %44 oranında 'lük azalmasına rağmen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde hala önemli bir halk sağlığı sorununa işaret etmektedir. Dünyada her gün yaklaşık 808 kadın gebelik veya doğumla ilgili komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir. DSÖ 2017 yılında, 295.000 kadının gebelik, doğum sırası veya sonrasında öldüğünü, anne ölümlerinin neredeyse tamamının (%99) gelişmekte olan ülkelerde ve bunların da yarısından fazlasının Sahra-altı Afrika'da meydana geldiğini tahmin etmektedir. Sahra-altı Afrika ülkelerinde 2017 yılında anne ölüm oranı 100.000 doğumda 542 iken, Avrupa ülkelerinde bu oran 100.000 doğumda sadece 10'dur (WHO 2019b).

Benin, kişi başına düşen yıllık 1.250 ABD doları geliri ve 11,94 milyonluk nüfusuyla Sahra-altı Afrika'nın en yoksul ülkelerinden biridir (Dünya Bankası, 2019). Bu nüfusun %38,2'si, Hanehalkı Yaşam Koşullarına İlişkin Uyumlaştırılmış Anket (EHCVM) yaklaşımına göre 458,17 ABD doları olarak tahmin edilen küresel yıllık yoksulluk sınırının altında kalmaktadır (INSAE, 2020). Ayrıca Benin anne ölümlerinden en çok etkilenen ülkelerden biridir. Anne ölüm oranı 2019 yılında 100.000 doğumda 391'dir ve bu ölümlerin büyük bir kısmı ülkenin kırsal kesimlerinde meydana gelmektedir (Ministry of Health of Benin 2020).

"*Anne ölümlerini azaltmak için doğumun bir sağlık merkezinde nitelikli bir sağlık personel tarafından yapılmasını sağlamak gerekmektedir. Komplikasyon durumunda, anne ölümlerini azaltmak için acil obstetrik bakıma (AOB) erişimin sağlanması esastır*" (Fournier ve ark 2009 s.26). Eylül 2000'de düzenlenen Birleşmiş Milletler (BM) toplantısında 2015'e kadar yerine getirilmesi planlanan Binyıl Kalkınma Hedeflerinde (BKH) obstetrik bakıma erişim konusu önemli bir yer tutmuştur. Belirlenen sekiz hedeften dördüncüsü dünya çapında çocuk ölümlerini üçte iki oranında azaltmakla ilgilenmiş; beşincisi de anne ölümlerini %75 oranında azaltmayı hedeflemiştir (UN, 2005). Bu hedeflere ulaşmak için, Benin de dahil olmak üzere Sahra-altı Afrika ülkelerinin çoğu, çeşitli sağlık hizmeti ücreti muafiyet stratejileri benimsemiştir. Bu sağlık politikaları arasında 2009 yılında Benin'de başlatılan ücretsiz sezaryen de yer almaktadır. Bu politikanın amacı, 43 akredite hastanede sezaryen ile ilgili doğrudan maliyetleri (tıbbi check-up, ilaç ve sarf malzemeleri, ameliyat ve hastaneye yatış) karşılamaktı (Presidency of the Republic of Benin 2008). Operasyonelleştirmede, Mongbo ve ark (2016), hastanelere sezaryen

başına 100.000 FCFA (Afrika Finans Topluluğu Frangı) (152.08 ABD doları) sabit bir tutarın ödendiğini ve bu miktarın Sezaryen Kiti için sabit bir oranı temsil ettiğini tespit etmiştir. Ulusal İstatistik ve Ekonomik Analiz Enstitüsü (INSAE) (2019), bu önlemin Benin'de 2019 yılında sezaryen ile doğum oranını %5,1'e ve nitelikli sağlık personelinin katıldığı doğum oranını %78'e getirmeye yardımcı olduğunu tespit etmiştir. Bu önemli kapsama rağmen Benin, sezaryen oranı %15'in üzerinde olan ve yardımlı doğumların neredeyse tüm toplumu kapsadığı gelişmiş ülkelerin performansından hala uzaktır (WHO 2019b).

Gebeleri sezaryen ücretlerinden muaf tutmaya yönelik bu önleme rağmen, Benin'de doğum bakımına erişim, 2019 Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre fiziksel ve finansal zorluklarla karşı karşıya kalmaya devam etmektedir. Fiziksel zorluk, konutlar ile en yakın sağlık merkezi arasındaki coğrafi mesafeyi ifade etmekte ve ankete katılan kadınların %31'i tarafından dile getirilmektedir. Sağlık ocağına gitmeye karar veren hanelerin %53'ü doğumdan kaynaklanan tüm doğrudan ve dolaylı harcamaları kendi ceplerinden ödemek zorunda kaldıkları için maddi zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (INSAE, 2019). Doğurganlık düzeyinin 2019 yılında kadın başına 5,7 çocuk olması, nüfusun neredeyse tamamının sağlık sigortasının olmaması ve hanelerin sağlık giderlerini ödemekte güçlük çekmesi ile karakterize edilen bu bağlamda, bu konuda bir araştırma yapmak ilginç olacaktır. Arsenault (2012)'a göre, ücretsiz sezaryen politikasına rağmen sezaryenle ilgili harcamalar bazı haneler için ciddi boyutlarda olabilmektedir.

Benin'de sezaryenle ilgili birkaç çalışma yapılmıştır. Ouedraogo ve ark (2013) ve Anne Sağlığı İçin Ücret Muafiyeti Projesi (Fee Exemption for Maternal Health/FEMHealth) (2014), ücretsiz sezaryen politikasının işlevsel hale getirilmesini değerlendirmiştir. Mongbo ve ark (2016), Benin'de sezaryen kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve sezaryen maliyetini araştırdı. Lange ve ark (2016), ücretsiz sezaryen politikasının uygulamaya konmasından sonra doğum maliyetlerinin niteliksel bir analizini yapmışlardır. Son olarak Ravit ve ark (2018), Benin ve Mali'de obstetrik bakıma erişimdeki eşitsizliklerin azaltılmasında ücretsiz sezaryen politikasının katkısıyla ilgilenmişlerdir. Bu çalışmalara ek olarak, araştırmamızda hane halklarının ödediği sezaryen harcamalarının ayrıntılı bir envanteri yapılmış, sezaryen harcamalarının belirleyicilerine ışık tutulmuş ve haneler tarafından kullanılan kaynak seferberliği stratejileri belirlenmiştir.

Bu çalışma, hane halklarının sezaryen harcamalarını değerlendirerek ve obstetrik acil durumlarda kaynakları harekete geçirme stratejilerini vurgulayarak, sağlık ücreti muafiyet politikalarının iyileştirilmesi için bilimsel bir ölçüt görevi görecektir. Çalışma aynı zamanda yüksek sağlık harcamalarının sosyoekonomik sonuçları ile ilgili literatüre de katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, obstetrik bakım hizmeti alanlardan talep edilen doğrudan ödemelerin yol açtığı sıkıntıları da vurgulayıp anne sağlığı için hükümetlerden ve bağışçılardan daha fazla destek alınması çağrısında bulunmaktadır. Son olarak politika yapıcıların dikkatini, haneleri yüksek sağlık harcamalarının ekonomik yükünden kurtarmak için Benin'de bir genel sağlık sigortası planı oluşturma sürecini hızlandırma ihtiyacına çekmeye yardımcı olmaktadır.

O halde, bu çalışma aşağıdaki araştırma sorularına cevap bulmaya çalışacaktır:

- Benin'de ücretsiz sezaryen politikasına rağmen hanehalkı tarafından ödenen sezaryen harcamalarının türleri ve miktarları nelerdir?
- Beninli haneler sezaryen harcamalarını karşılamak için gerekli kaynakları nasıl temin ediyor?
- Benin'de hanelerin sezaryen harcamalarını etkileyen faktörler nelerdir?

1.1. Kavramsal Açıklama

Öncelikle bu çalışmada ele alınan konuyla ilgili temel kavramların açıklığa kavuşturulmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu başlık altında anne ölümü, yenidoğan ölümü ve sezaryen kavramları ele alınmıştır.

1.1.1. Anne Ölümü

Anne ölümü, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "*Bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı(doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği(dolaylı) ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan ölümü*" olarak tanımlanmaktadır (WHO 1993). Anne ölüm hızı, 100.000 canlı doğumdaki anne ölümlerinin sayısına karşılık gelmektedir (Institut de Veille Sanitaire 2006). Fransız Sağlık ve Tıbbi Araştırma Enstitüsü (2013) anne ölümlerini doğrudan obstetrik nedenlere bağlı ölümler ve dolaylı obstetrik nedenlere bağlı ölümler olmak üzere iki kategoriye ayırmaktadır. "*Doğrudan obstetrik nedenlere bağlı ölümler, obstetrik komplikasyonlar, müdahaleler, ihmaller veya yanlış tedaviden kaynaklanmaktadır*" (Deneux-Tharaux ve ark 2017 s.6). Diğer yandan, "*Dolaylı*

obstetrik ölümler, doğrudan obstetrik nedenlere bağlı olmaksızın gebelik sırasında ortaya çıkan, ancak gebeliğin fizyolojik etkileriyle ağırlaşan önceden var olan bir hastalık veya rahatsızlıktan kaynaklanmaktadır" (Abdoun ve ark 2020 s.97).

Kadınlar gebelik sırasında veya sonrasında veya doğum sırasında meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu komplikasyonların çoğu gebelik sırasında ortaya çıkar ve önlenebilir veya tedavi edilebilir komplikasyonlardır. Daha önce var olan sağlık sorunları, özellikle bakım çerçevesinde dikkate alınmazlarsa, gebelik sırasında kötüleşebilmektedir (WHO 2019a). Say ve ark (2014), 2003 ile 2013 yılları arasında 115 ülkedeki tüm anne ölümlerinin yaklaşık %73'ünün doğrudan obstetrik nedenlere bağlı olduğunu ve dolaylı nedenlere bağlı ölümlerin de tüm ölümlerin %27'sini oluşturduğunu bildirmektedir. Çalışmanın diğer bulgularına göre, anne ölümlerinin %27,1'ini obstetrik kanamalar, %14'ünü hipertansif bozukluklar ve %10,7'sini enfeksiyonlar oluşturmaktadır. Ölümlerin geri kalanı güvenli olmayan kürtajlara bağlı olarak %7,9, pulmoner emboliye bağlı olarak %3,2 ve çeşitli diğer nedenlere bağlı olarak %9,6 oranında olmuştur. Diğer komplikasyon nedenleri, gebelik sırasında sıtma ve HIV/AIDS gibi hastalıklarla ilişkilidir.

Anne ölümlerini raporlama standartları sürekli olarak gelişmektedir. Hastanede Yatışlara İlişkin Bilgi Teknik Ajansı (ATIH) (2019) tarafından önerilen hastalıkların uluslararası sınıflandırmasının 10. versiyonunda, "geç anne ölümü" ve "gebeliğe bağlı ölüm" kavramları vurgulanmıştır. Geç anne ölümü, "*bir kadının gebeliğin sona ermesinden sonra 42 günden fazla, ancak bir yıldan kısa bir süre içinde meydana gelen, doğrudan veya dolaylı obstetrik nedenlerle meydana gelen ölümü*" olarak tanımlamaktadır. Diğer yandan, gebeliğe bağlı ölüm, "*bir kadının gebelik sırasında veya doğumdan sonraki 42 gün içinde, ölüm nedenine bakılmaksızın ölümü*" olarak tanımlamaktadır. Tanımın bu evrimi, anne ölümleri konusunda çalışma alanının genişlemesine yardımcı olacak ve kadınların gebelik veya doğum sonrası ölüm nedenlerinin analizine yönelik bilim camiasında artan bir ilgi uyandıracaktır.

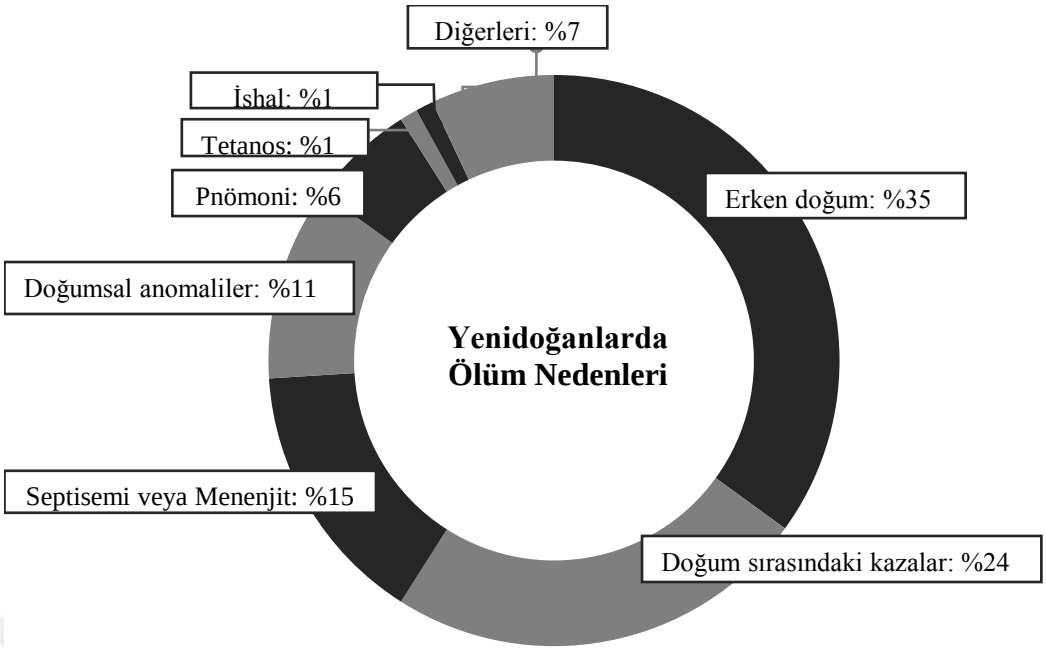
1.1.2. Yenidoğan Ölümü

Annelerin sağlığı, yenidoğanların sağlığıyla ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır ve anne-yenidoğan ölümlerini önlemek için çoğu zaman aynı müdahaleler gereklidir (UNICEF 2010). Yenidoğan ölümü, perinatal ve neonatal ölümü arasında ayrım yapılarak değerlendirilmektedir.

Perinatal ölüm, "ölü doğumlar" ve "erken neonatal ölüm" olmak üzere iki bileşen içermektedir. İlk bileşen, Taşkin (2016)'e göre 20. gebelik haftasının ardından anne karnında ölen bebekler için kullanılmaktadır. Yirminci haftadan önce anne karnında ölüm olması durumu ise düşük olarak adlandırılır. İkinci bileşen olan erken neonatal ölüm, Duran ve ark (2015) tarafından çocukların doğumdan sonra ilk yedi gün içinde ölümleri olarak tanımlanmaktadır. O halde perinatal ölüm, cansız doğan ve 7 günün altındaki bebek ölümlerinin toplamını ifade etmektedir. Perinatal ölüm hızı, 1000 doğumda, cansız doğan bebeklerin ve 7 günden önce ölen bebeklerin, canlı ve cansız doğan toplam bebek sayısına oranıdır.

Neonatal ölümü, "*ağırlığı ve gebelik yaşı (gestasyonel yaş) ne olursa olsun, canlı doğan bir bebeğin doğumundan sonraki 28 gün içinde ölümü*" olarak tanımlanmaktadır. (WHO 2011). Chelo ve ark (2012) ilk haftadaki ölümleri "erken neonatal ölümler", sonraki üç haftadaki ölümleri "geç neonatal ölümler" olarak ifade etmektedir. Neonatal ölüm hızı, belirli bir yılda kaydedilen 28 günlükten küçük bebek ölümlerinin 1000 canlı doğumda sayılmasıyla hesaplanmaktadır.

DSÖ, yenidoğan ölümlerinin %75'inin yaşamın ilk haftasında meydana geldiğini ve ilk 24 saatte yaklaşık bir milyon yenidoğanın öldüğünü bildirmektedir (WHO 2018). Çocukların ölüm nedenleri yaşlarına göre değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, erken doğumlar, doğum sırasındaki komplikasyonlar (doğum asfiksisi veya tam nefes alamama), enfeksiyonlar ve konjenital malformasyonlar çoğu yenidoğan ölümünün nedenidir. Yenidoğan döneminden sonra ve ilk 5 yıl içinde başlıca ölüm nedenleri zatürre, ishal, doğum kusurları ve sıtmadır.



Şekil 1.1. Yenidoğan ölüm nedenleri (2016).
Kaynak: WHO (2018)

Bu çalışmada, daha çok gebelik veya doğum sırasında meydana gelen komplikasyonlarla doğrudan ilişkili olan yenidoğan ölümlerine dikkat çekilmiştir.

1.1.3. Sezaryen Doğum

Anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmada etkili olduğu kabul edilen stratejilerden biri, sezaryen dahil olmak üzere acil obstetrik bakıma erişimi sağlamaktır (WHO 2018). Sezaryeni "*karın duvarı ve rahmin kesilmesinden sonra yenidoğan bebeğin karın yolundan çıkarılmasından oluşan cerrahi bir müdahale*" olarak tanımlamaktadır (High Authority of Health 2013). Vajinal doğumun imkansız veya kontrendike olduğu durumlarda uygulanır.

Rahmin nasıl kesildiğine bağlı olarak birkaç çeşit sezaryen vardır. Mandal (2019), geleneksel sezaryen, alt uterin segment sezaryen ve sezaryen histerektomi olmak üzere üç sezaryen yönteminden bahsetmektedir. Geleneksel sezaryende, karın orta hattında dikey bir kesi yapılır. Alt uterin segment sezaryen, uterusun kasık saç çizgisinden mesanenin üstüne kadar olan bölgede yatay bir kesi yapılarak uygulanır. Son olarak, sezaryen histerektomi, geleneksel sezaryen ile aynı prosedürle rahmin alınmasını içermektedir. Plasenta uterus duvarlarından ayrılamadığında sezaryen histerektomi gerekebilmektedir.

Damer'e göre (2014) sezaryen planlı, acil veya hastanın isteği üzerine yapılabilmektedir. Gebeliğin bitiminden önce doğum doğal yollarla kontrendike olduğunda planlanmış bir sezaryenden bahsedilmektedir. Planlanmış sezaryen, uterusta skar olması, çoğul gebelik, anneden bebeğe enfeksiyon bulaşması, bebeğin makat prezentasyonu veya makrozomi gibi durumlarda endikedir. Doğum eylemi sırasında sezaryen kararı verildiğinde buna acil sezaryen denir. Fetal acil (fetal hipoksi) veya maternal acil (kanama veya maternal gebelik patolojisinin ciddi komplikasyonları) durumlarda acil sezaryen endikedir. Öte yandan, sezaryen talebi, tıbbi veya obstetrik endikasyon olmaksızın hastanın iradesinden kaynaklanıyorsa, sezaryen ameliyatının hastanın isteği olduğu söylenmektedir.

Trabelsi ve ark (2006), iyi bir anne ve bebek güvenliği sağlamak için cerrahi tekniklere getirilen yeniliklerin, sezaryen doğumu yaygın bir müdahale haline getirdiğini doğrulamaktadır. Ancak ameliyat sonrası komplikasyonlar anne için hayati tehlike oluşturabilmektedir. Tunus'taki Sfax hastanesinde 1404 hastayı gözlemledikten sonra, ameliyat sonrası altı komplikasyon tespit edildi. Bu komplikasyonlar arasında şiddetli ağrı, kanama, enfeksiyonlar, kan pıhtıları, histerektomi ve rahimde hasar bulunmaktadır (Trabelsi ve ark 2006).

1.2. Anne ve Yenidoğan Ölüm Düzeyleri ve Ölümlerdeki Değişimler

Özellikle anneler ve yenidoğanlar olmak üzere hassas popülasyonların sağlığı önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. DSÖ'nün periyodik raporları ve küresel düzeyde anne ve bebek ölümleri araştırmaları kıtalar, bölgeler ve ülkeler arasında yüksek oranlara ve önemli farklılıklara dikkat çekmektedir.

1.2.1. Küresel Düzeyde Anne ve Yenidoğan Ölümleri

Küresel düzeyde anne ölümleri

Anne ölümlerinin sayısı önceki yıllara göre sürekli düşüş gösterse de dünyada hala önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya çapında anne ölümlerinin sayısının %35 azalarak 2000 yılında 451.000'den 2017'de 295.000'e düştüğünü bildirmiştir. Küresel anne ölüm oranı, 2000 yılında 100.000 canlı doğumda 342 iken, 2017 yılında 100.000 canlı doğumda 211 anne ölümü şeklinde olmuştur. Bu da yaklaşık yirmi yılda %38'lik bir azalmayı temsil etmektedir. 2000-2017 döneminde küresel anne ölüm oranındaki yıllık ortalama azalma oranı %2,9 olmuştur. Diğer bir

deyişle bu, ortalama olarak, küresel anne ölüm hızının 2000 ile 2017 yılları arasında her yıl %2,9 oranında azaldığı anlamına gelmektedir (WHO 2019a).

15 yaşındaki bir kız çocuğu için yaşam boyunca anne ölüm riski 2000'de %1'den 2017'de %0.53'e olacak şekilde neredeyse yarı yarıya düşmüştür. Üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınlar için toplam ölüm oranı 2000 yılından bu yana %26,3 azalmıştır ve 2017'de %9,2 olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2019b).

Ayrıca, HIV/AIDS'in 2017'deki anne ölümleri üzerindeki etkisinin önceki yıllara göre daha az belirgin olduğu görülmektedir. Dolaylı HIV/AIDS ile ilişkili anne ölümleri, 2000 yılında %2,5 iken şimdi tüm anne ölümlerinin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır (WHO 2019c).

Küresel düzeyde yenidoğan ölümleri

Anne ölüm hızı gibi, küresel yenidoğan ölüm hızı da son yıllarda düşmüş olsa da yenidoğanların durumu endişe verici olmaya devam etmektedir. Ancak bu azalma, yenidoğan ölümleriyle ilgili Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi ile karşılaştırıldığında yavaş kalmaktadır (Say ve ark 2014)., Hug ve ark (2019) 1990 ile 2017 yılları arasında yenidoğan ölümlerinin 1000 canlı doğumda 36,6'dan 18'e (%51) düştüğünü belirtmiştir. Aynı dönemde tahmini yenidoğan ölüm sayısı 5 milyondan 2,5 milyona düşmüştür. Ülkelerin yenidoğan ölüm hızlarındaki mevcut azalma oranını sürdürmesi durumunda 2018-2030 arasında 27,8 milyon çocuğun yaşamlarının ilk ayında öleceğini tahmin edilmektedir. Öte yandan, her ülke yenidoğan ölümlerine ilişkin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefine (1000 canlı doğumda 12 ölüm) ulaşırsa, 2030 yılına kadar yaşamın ilk ayında ölecek kümülatif çocuk sayısı 22,7 milyona düşecektir (Hug ve ark 2019).

Buna karşılık, tıpkı doğduktan sonraki bir ay içinde ölen yenidoğanlar gibi, son yirmi yılda istikrarlı bir şekilde azalmasına rağmen, ölü doğan bebeklerin sayısı da çarpıcıdır. Hug ve ark (2021) 2000'den 2019'a kadar ölü doğumlardaki küresel yıllık azalma oranını %2,3 olarak tahmin etmiştir. Onlara göre 2019'da 2 milyon bebek 28 hafta veya daha fazla gebelik haftasında ölü doğdu ve küresel ölü doğum oranı toplam 1000 doğumda 13.9 ölü doğumdu. Kiguli ve ark (2021) ölü doğan bebeklerin yarısının doğum başladığında hala hayatta olduğunu eklemektedir. Bu ölümler genellikle ne halk sağlığı sistemlerinde sayılır ne de karar vericiler tarafından dikkate alınmaktadır. Çoğu durumda, ölü doğan bebekler için resmi bir doğum veya ölüm belgesi

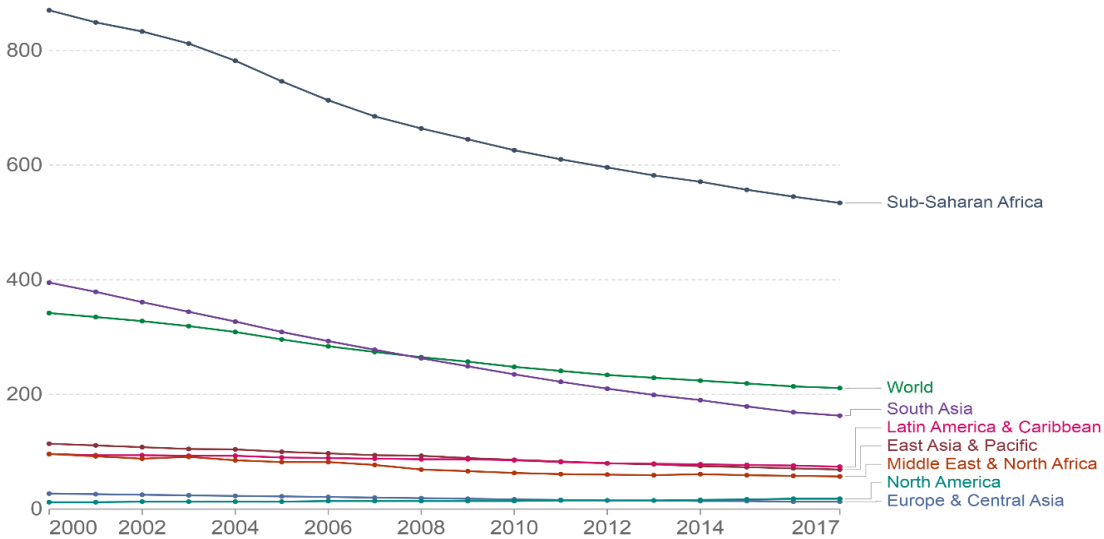
düzenlenmez. Resmi olarak hiçbir iz bırakmasalar da kayıpları ebeveynlerin ve ailelerin kalplerinde silinmez bir iz olmaya devam etmektedir (Ravit ve ark 2018).

1.2.2. Bölgesel Düzeyde Anne ve Yenidoğan Ölümleri

Tüm sağlık göstergeleri arasında anne ve yenidoğan ölümleri en aşırı bölgesel farklılıkları göstermektedir. Bir yenidoğanın veya bir annenin hayatta kalma olasılığı da bölgelere göre değişmektedir.

Bölgesel düzeyde anne ölümleri

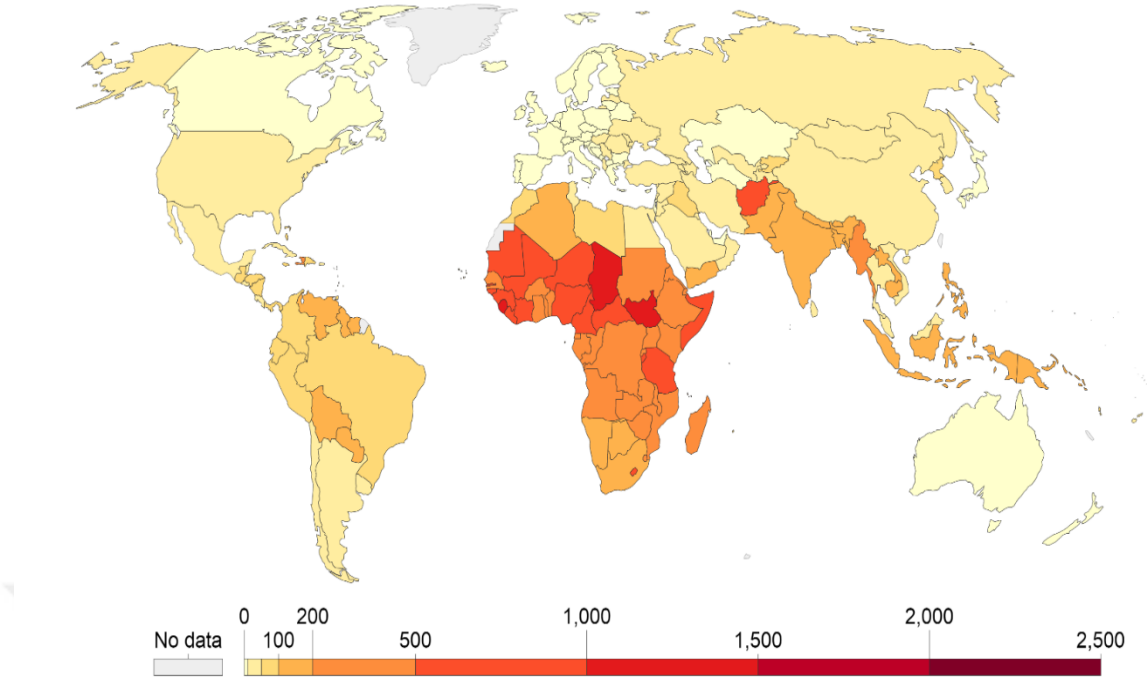
Güney Asya'da anne ölüm hızının 2000-2017 yılları arasında %59 azalarak 100.000 canlı doğumda 384'ten 157'ye düştüğünü ve bu bölgeyi anne ölüm hızında en fazla azalmayı sağlayan bölge haline getirdiğini belirtmiştir. Orta Asya, Doğu Asya, Avrupa ve Kuzey Afrika olmak üzere diğer dört bölge aynı dönemde anne ölüm oranlarını yarı yarıya azaltmıştır (WHO 2019a). Gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm oranı da %46 oranında düşmüştür. 2017'deki yüksek anne ölüm oranına rağmen Sahra-altı Afrika bölgesi de 2000 yılından bu yana anne ölüm oranında yaklaşık %38'lik önemli bir azalma sağlamıştır. Buna karşılık Kuzey Amerika bölgesinde 2000 yılında anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 12 anne ölümü iken, 2017 yılında yaklaşık %52'lik bir artış yaşanmıştır (WHO 2019b). Hug ve ark (2021)'na göre bu artış, anne ölüm hızının zaten düşük seviyelerde olması, daha iyi veri toplanması, yaşam beklentisindeki değişim ve sosyoekonomik eşitsizliklerde artış ile açıklanabilmektedir.



Şekil 1.2. Anne ölüm hızlarındaki değişim (2000-2017).
Kaynak: WHO (2019b)

Anne ölümlerinin 2017 yılında ülkeler arasında önemli farklılıklarla karakterize edildiğini belirtmek gerekmektedir (WHO 2019 b). DSÖ gelişmekte olan ülkeler için 2017 yılında 100.000 canlı doğumda 415 anne ölümü olarak tahmin edilen yüksek bir anne ölüm oranı bulmuştur. Aynı yıl için bu oran Avrupa'da 100.000 canlı doğumda 10 anne ölümü olarak görülmüştür. En düşük oranlar Avustralya ve Yeni Zelanda'da 100.000 canlı doğumda 7 anne ölümü olarak bulunmuştur. Araştırmalar gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm hızının Avrupa'nın 40 katından fazla ve Avustralya ve Yeni Zelanda'nın neredeyse 60 katı olduğunu göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 2017 yılında anne ölümlerinin sayısının 130.000 ve yaşam boyu anne ölümü riskinin %1,8 olduğu tahmin edilmektedir (WHO 2019a).

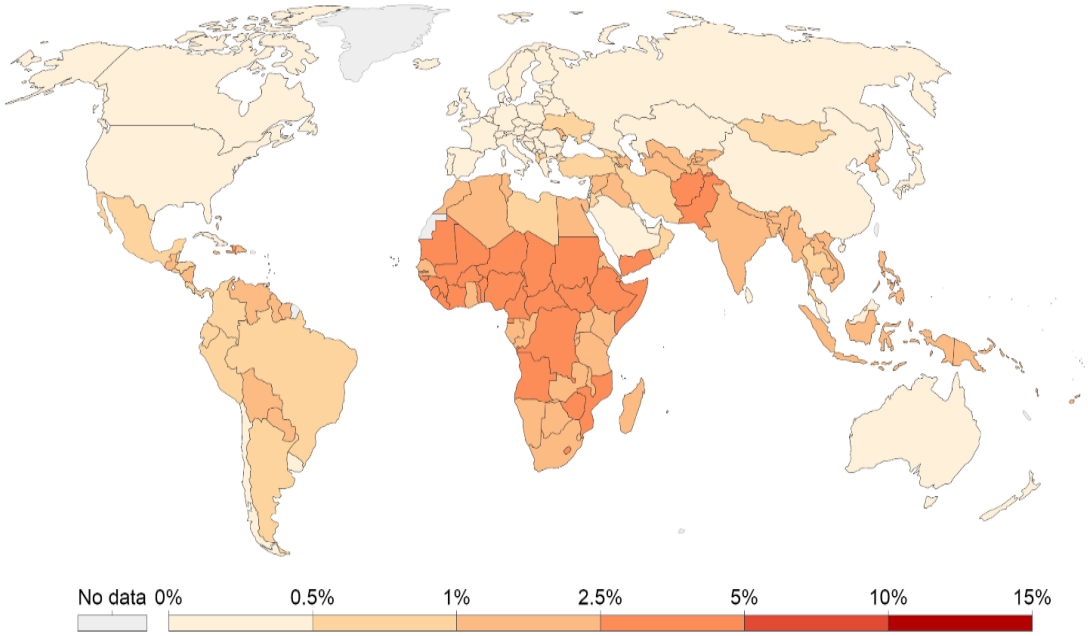
DSÖ 2017 yılında Afrika'nın 100.000 canlı doğumda 327 anne ölüm oranı ile dünyada en fazla anne ölümünün yaşandığı kıta olduğu uyarısında bulunmuştur (WHO 2019a). Bu kıtada annelerin durumu bölgeden bölgeye oldukça farklılık göstermektedir. Kuzey Afrika'da anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 112 anne ölümü olarak tahmin edilirken, bu oran Sahra-altı Afrika'da 100.000 canlı doğumda 542 anne ölümüdür. Bu bölgede yaşam boyu anne ölümü riski %2,7 iken Avustralya ve Yeni Zelanda'da sadece %0,01'dir. Sahra-altı Afrika 2017 yılında küresel düzeyde tahmini anne ölümlerinin yaklaşık %66'sını oluşturmaktadır. 2017 yılında yüksek anne ölüm oranları yaşayan üç ülke, 100.000 canlı doğumda sırasıyla 1.150, 1.140 ve 1.120 anne ölümü ile Güney Sudan, Çad ve Sierra Leone'dir. Buna karşılık, Sahra-altı Afrika'da düşük anne ölüm oranlarına sahip üç ülke, sırasıyla 100.000 canlı doğumda 61, 58 ve 53 anne ölümü ile Mauritius, Cabo Verde ve Seyşeller'dir. Nijerya 2017 yılında yaklaşık 67.000 anne ölümü ile en fazla anne ölümünün yaşandığı ülkedir. Nijerya, küresel düzeyde tahmini anne ölümlerinin yaklaşık %23'ünü oluşturmaktadır. Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Etiyopya ve Tanzanya'da 2017'de 10.000'den fazla anne ölümü kaydedilmiştir. Güney Sudan, Somali, Orta Afrika Cumhuriyeti, Yemen, Suriye, Sudan, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Çad, Afganistan, Irak, Haiti, Gine, Nijerya, Zimbabve ve Etiyopya'dan oluşan 15 ülkenin çok yüksek alarmda olduğu düşünülmektedir (WHO 2019c).



Şekil 1.3. Dünya genelinde anne ölümlerinin durumu (2017). Kaynak: WHO (2019c)

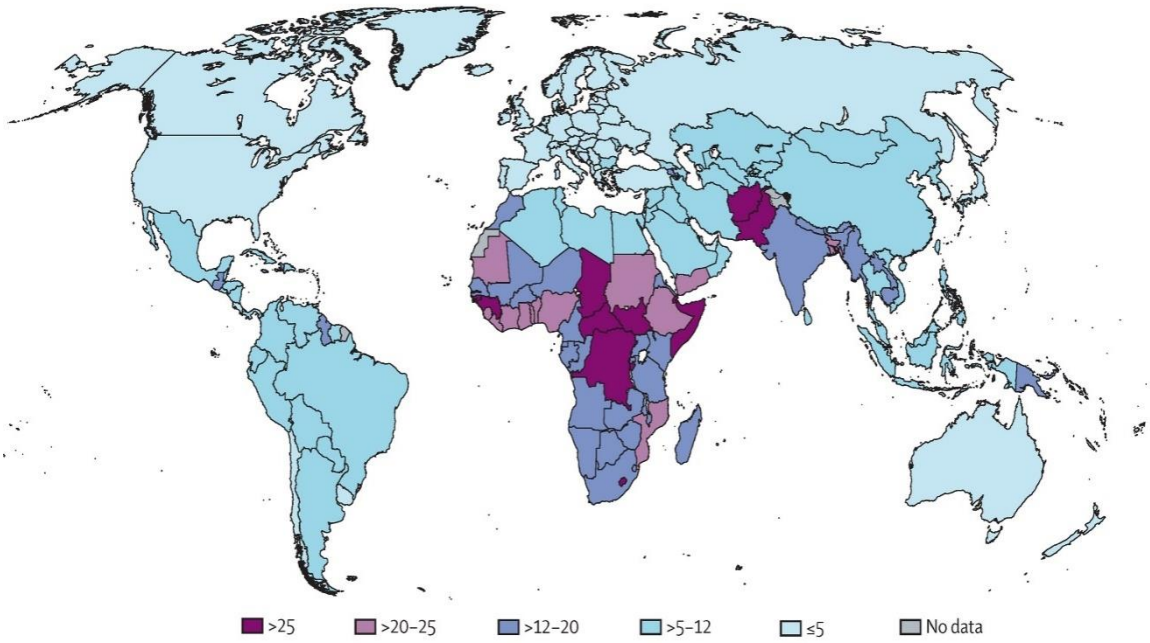
Bölgesel düzeyde yenidoğan ölümleri

Yenidoğan ölüm oranları WHO (2019)'ye göre ülkelere ve bölgelere göre değişmektedir. 2017 yılında Sahra-altı Afrika ve Güney Asya 1000 canlı doğumda sırasıyla 30,2 ve 26,9 ölümle dünyadaki en yüksek yıllık yenidoğan ölüm oranlarına sahipti. Bu bölgelerdeki yenidoğan ölüm oranı, 1000 canlı doğumda 3 ölüm görülen yüksek gelirli ülkelerin ortalama oranının 9 katından fazlaydı. Küresel düzeyde yenidoğan ölümlerinin toplam yükünün %41'ini tek başına Sahra-altı Afrika ve %38'ini Güney Asya oluşturmaktadır. Ülke düzeyinde yıllık yenidoğan ölüm oranları 1000 canlı doğumda 44,2 ile 0,9 ölüm arasında değişmektedir.



Şekil 1.4. Dünya genelinde yenidoğan ölüm oranları (2017). Kaynak**:** WHO (2019c)

Hug ve ark (2021) 2019 yılında dünyanın farklı bölgelerindeki ölü doğumları değerlendirmiş, Sahra-altı Afrika'nın 1000 doğumda 22,8 ölü doğum oranına sahip olduğunu ve dünyada en fazla ölü doğum görülen bölgesi olduğunu göstermişlerdir. Güney Asya 1000 doğumda 18.2 ölü doğum ile dünyadaki en yüksek ikinci ölü doğum oranına sahiptir. Buna karşılık, en düşük oranlar Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da kaydedilmiştir ve sırasıyla 1000 doğumda 2,9 ve 3 ölü doğumdur. Aynı şekilde Peven ve ark (2021) tüm ölü doğumların %84'ünün düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiğini, yüksek gelirli ülkelerin ise 2019'daki küresel ölü doğum yükünün yalnızca %16'sını oluşturduğunu göstermişlerdir. Aşağıdaki şekil, 2019'da dünyadaki ölü doğumların durumunu göstermektedir.



Şekil 1.5. Dünya genelinde ölü doğumların durumu (2019). *Kaynak: WHO (2019c)*

1.2.3. Benin'de Anne ve Yenidoğan Ölümleri

Bu çalışmanın coğrafi çerçevesini oluşturan Benin, Sahra-altı Afrika ülkeleri gibi dünyada anne ve yenidoğan ölümlerinden en çok etkilenen ülkelerden biri olmaya devam etmektedir. Bu bölümde, Benin'de anne ve yenidoğan ölümlerinin düzeyleri ve zamanla ölümlerdeki değişimler tartışılmaktadır.

Benin'de anne ölümleri

Anne ölüm oranlarının en yüksek olduğu ülkeler arasında Benin küresel olarak 26. ve Afrika'da 24. sırada yer almaktadır (Central Intelligence Agency 2021). DSÖ Benin'in anne ölüm oranını 2000 yılında 100.000 canlı doğumda 520 olarak tahmin etmiştir. Zamanla küçük gelişmeler kaydedilmiş ve anne ölüm oranı 2017'de 100.000 canlı doğumda 397'ye düşürülmüştür (WHO 2019a). Anne ölümlerinde dünya genelinde %2,9'luk bir azalma yaşanırken Benin'de 2000-2017 yılları arasında yıllık ortalama %1,6'lık bir azalma görülmüştür. Buna ek olarak "*Benin'de bir kadın için üreme yaşamı sırasında annelik nedenleriyle ölüm riski, eğer ölüm ve doğurganlık koşulları değişmeden kalırsa, %0.023 olarak tahmin edilmektedir*" (Ministry of Health of Benin 2020 s.320).

Benin'de annelerin durumu da yaş grupları ve bölgeler arasında önemli farklılıklar ile karakterizedir. Kadın yaş grupları düzeyinde INSAE (2019), doğurganlık çağındaki kadınların (15-49 yaş arası kadınlar) anne ölüm oranının 1000

kadın başına 0,75 ölüm olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, yaşları 30 ila 49 arasında olan kadınlar, 15 ila 29 yaş arasındaki genç kadınlardan daha yüksek bir ölüm oranına sahiptir (sırasıyla ‰0,59'a karşı ‰0,91). Son olarak, Benin'in 12 bölgesindeki sağlık tesislerinde kaydedilen toplam anne ölüm oranı, 100.000 canlı doğumda 170 ölümdür. Atlantique bölgesi en yüksek doğum sayısını kaydederken, ülkedeki en düşük anne ölüm oranına (388.907 doğum; 100.000 canlı doğumda 64.2 ölüm) sahiptir. Bununla birlikte daha az doğum sayısına sahip olan Littoral bölgesi, ülkedeki en yüksek anne ölüm oranına (213.483 doğum; 100.000 canlı doğumda 396,1 ölüm) sahiptir (Ministry of Health of Benin 2020).

Benin'de yenidoğan ölümleri

INSAE (2019) tarafından yürütülen 2018 demografik ve sağlık araştırması, Benin'de yenidoğan ölüm oranının da yüksek olduğunu ve 1.000 canlı doğumda 30 ölüm olduğunu bulmuştur. 2000 ile 2018 yılları arasında Benin'in yenidoğan ölüm oranında ‰8'lik bir düşüş kaydettiğini belirtmek gerekmektedir. Böylece, doğumdan sonraki ilk aydan önce ölüm riski, 2000 ile 2018 yılları arasında ‰38'den ‰30'a düşmüştür. Ancak ülkenin bazı bölgeleri yenidoğan ölüm oranlarını düşürmek için mücadele etmektedir. Atlantique bölgesi en yüksek doğum sayısını kaydederken, düşük yenidoğan ölüm oranına sahiptir (55.300 canlı doğum; ‰17.5 yenidoğan ölümü). Öte yandan, ülkedeki en yüksek yenidoğan ölüm oranına sahip olan Alibori bölgesi, daha düşük canlı doğum sayısına sahiptir (34.820 canlı doğum; ‰47.4 yenidoğan ölümü). Aşağıdaki tablo 2000 ve 2019 yıllarında dünya, Sahra-altı Afrika ve Benin için anne, yenidoğan ve ölü doğum oranlarını özetlemektedir.

Tablo 1.1. Anne, yenidoğan ve ölü doğum oranları.

Bölgeler	**Anne ölüm oranı** (100.000 doğumda)			**Yenidoğan ölüm oranı** (1.000 doğumda)			**Ölü doğum oranı** (1.000 doğumda)		
	2000	2017*	Azalma	2000	2019	Azalma	2000	2019	Azalma
Dünya	342	211	%38	30.3	17.5	%42.2	21.4	13.9	%20,8
Sahra-altı Afrika	870	534	%39	40.1	27.5	%31.4	28.2	21.7	%27.4
Benin	520	397	%24	39.6	30.6	%22.7	27.2	20.3	%26.5
* 2017 sonrası veriler mevcut değildir									

Annenin sağlığı, fetüs ve yenidoğan sağlığı ile yakından ilişkilidir. Anne ölüm oranının yüksek olduğu bölgeler, aynı zamanda yüksek oranda yenidoğan ölümü ve

ölü doğum ile karakterizedir. Benin'de anne, yenidoğan ve ölü doğum ölüm oranları hala küresel oranların çok üzerindedir. Mevcut durum Benin'de annelerin ve çocukların hayatta kalması konusunun önemini ve anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmak için uygun önlemlerin acilen alınması gerektiğini göstermektedir (INSAE 2019).

1.3. Anne ve Yenidoğan Ölümlerini Azaltma Stratejileri

"*Anne ölümleri sadece kadınları değil, ait oldukları aileleri ve toplulukları da etkilemektedir. Annenin ölümü, bebek ölümü riskini büyük ölçüde artırmaktadır. Doğurganlık çağındaki bir kadının ölümü de toplumsal kalkınma için önemli bir ekonomik kayıptır*" (United Nations Population Fund 2013 s.13). Bu nedenle insan hakları, ekonomi ve halk sağlığı açısından anne ve yenidoğan ölümleriyle mücadele için uygun stratejilerin uygulanması zorunludur.

2000 yılındaki Binyıl Zirvesi'nde BM'ye üye ülkeler bitiş tarihi 2015 olan sekiz BKH oluşturdular. Dördüncü BKH çocuk ölümlerini üçte iki oranında azaltmaya ve Beşinci BKH ise anne ölümlerini dörtte üç oranında azaltmaya odaklandı (UN 2005). Bu hedeflere ulaşmak, doğum öncesi ve doğum sonrası tıbbi ziyaretleri teşvik etme, nitelikli personel tarafından desteklenen doğumun teşviki ve üreme sağlığına kapsamlı erişim gibi üç yönlü bir stratejiye dayanıyordu (McArthur 2014). Bitiş tarihine kadar BKH'nin sonuçları, anne ve çocuk ölümlerinde arzu edilen azalma düzeyine ulaşılamamış olsa bile bunun başarılı bir deneyim olduğunu kanıtlamaktadır. BM bebek ölüm hızının neredeyse yarı yarıya düştüğünü bildirmiştir (UN 2015a). 1990 ve 2015 yılları arasında 1000 canlı doğumda dünya çapında 90'dan 43'e ve Sahra-altı Afrika'da 178'den 86'ya düşmüştür. Aynı şekilde 2015 yılı için %75'lik bir azalma arzu edilirken, anne ölüm hızı dünya çapında sadece %45 ve Sahra-altı Afrika'da %49 düşmüştür.

Binyıl Kalkınma Hedefleri deneyiminin ardından, 2012 yılında Rio Konferansı'nda kabul edilen ve bitiş tarihi 2030 olarak belirlenen 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SKH) kabul edildi. Sağlık ve kaliteli yaşam ile ilgili üçüncü SKH, küresel düzeyde yenidoğan ve 5 yaş altı çocukların önlenebilir ölümlerini ortadan kaldırmayı, yenidoğan ölüm oranını 1000 canlı doğumda 12'ye düşürmeyi ve 5 yaş altı çocuk ölümlerinin 1000 canlı doğumda 25'e düşürülmeyi kendisine hedef olarak

belirlemiştir. Ayrıca, 2030 yılına kadar küresel anne ölüm oranını 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşürmeyi hedeflemektedir (UN 2015b).

Anne ve yenidoğan sağlığının Binyıl Kalkınma Hedefleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne dahil edilmesi uluslararası kuruluşların bu konuya büyük ilgi gösterdiğini doğrulamaktadır. Fakat ne yazık ki, anne ve bebek ölüm oranlarını düşürmeye yönelik çabaların beklenen sonuçları yoksulluk ve kadının statüsü ile ilgili siyasi ve sosyal konuların karmaşıklığı nedeniyle yavaş gelişmektedir (D'Errico ve ark 2020). Gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm programlarının başlangıçtaki yanlış yönelimi de sonuçları kısmen engellemektedir. Obstetrik komplikasyonları öngörme ve önleme ihtiyacını vurgulayan bu programlar, böyle bir yaklaşımın bilimsel sınırlarını kavramakta başarısız olmuştur (UN 2015b).

Bu nedenle daha kapsamlı bir yaklaşımla DSÖ gelişmekte olan ülkelerde üreme sağlığında ulusal kapasitelerin güçlendirilmesinden, obstetrik acil durumların yönetiminin güçlendirilmesinden ve son olarak anne ölümlerine karşı mücadele için kaynakların seferber edilmesinden oluşan üç yönlü bir strateji önermektedir. Spesifik olarak birinci bileşen, acil obstetrik bakım alanında insan kaynaklarının güçlendirilmesi ve teknik platformun sürekli olarak yenilenmesinden oluşmaktadır. İkinci bileşen ise, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, obstetrik acil durumlarla özellikle sezaryenle ilgilenilmesi, üreme sağlığı ürünlerinin güvence altına alınması ve anne ölümlerinin denetlenmesi ihtiyacını vurgulamaktadır. Son olarak üçüncü bileşen, sağlık hizmetleri için alternatif finansman sistemlerinin geliştirilmesi, acil obstetrik durumlar ve güvenli olmayan kürtajlar hakkında toplulukların bilgi düzeyinin iyileştirilmesi, kadınların okuryazarlığının desteklenmesi ve acil obstetrik durumlar hakkında karar vericilerin bilgilerinin iyileştirilmesini önermektedir (WHO 2015).

Böylece sezaryen dahil acil obstetrik bakıma erişimin sağlanması, tıbbi nedenlerle yapıldığında anne ve yenidoğan ölümlerini etkin bir şekilde önleyebilecek operasyonlardan biridir (Dikete 2019). DSÖ anne ve çocuk sağlığı için SKH'ye ulaşmak adına, her ülkede tüm doğumların %10 ila %15'i arasında bir sezaryen oranının sürdürülmesi gerektiğini belirtmektedir (WHO 2015). Ancak gelişmekte olan ülkelerde sezaryen uygulaması hala DSÖ tavsiyesinin altında kalmaktadır. Yüz elli ülkede yapılan son tahminler, tüm doğumların %21'inin sezaryen ile gerçekleştiğini ve ülkeye bağlı olarak ortalamaların %1 ile %58 arasında değiştiğini göstermektedir (Boerma 2018). Dumont ve Guilmoto (2020)'ya göre sezaryen oranları %5'in altında

olan 28 ülkenin %75'i Sahra-altı Afrika'dadır. Nijer, Çad, Etiyopya, Madagaskar ve Doğu Timor gibi ülkelerde sezaryen oranı tüm doğumların %2'sinden az iken Türkiye, Meksika, Şili, Polonya ve İtalya'da tüm doğumların %35'inden fazla sezaryen oranı bildirilmektedir. Türkiye, doğumların %53'ünü oluşturan sezaryen oranı ile dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip ülkedir (OECD 2020).

1.4. Obstetrik Bakıma Erişimin Önündeki Engeller

Gelişmekte olan ülkelerde obstetrik bakıma erişimi engelleyen faktörlere ışık tutmaya yönelik farklı çalışmalar yapılmıştır. Yukarıda bahsedildiği gibi, annelerin sağlığı doğası gereği çocuklarının sağlığı ile bağlantılıdır ve komplikasyonlar sırasında acil obstetrik bakıma erişimin sağlanması anne-yenidoğan ölümlerini azaltacaktır. Anne ve yenidoğan ölüm oranlarının dünyada en yüksek olduğu Sahra-altı Afrika'da fiziksel, finansal ve sosyo-kültürel olmak üzere üç ana engel obstetrik bakıma erişimi engellemektedir (Richard ve ark 2008).

1.4.1. Obstetrik Bakıma Erişimin Önündeki Fiziksel Engeller

Fiziksel engeller, Sahra-altı Afrika'daki hanelerin acil obstetrik bakım talebinden vazgeçmesinin veya ertelemesinin nedenidir. Bu engeller esas olarak hastaneler ile hanelerin ikamet ettiği yer arasındaki coğrafi uzaklık, ulaşım altyapısının mevcudiyeti ve yetersiz sağlık personeli, acil obstetrik bakım hizmetleri ve tıbbi malzeme ile ilgilidir. (Geleto ve ark 2018)

Afari ve ark (2014) ve Nisingizwe ve ark (2020) gibi çalışmaların çoğunda, haneler ile hastane merkezleri arasındaki coğrafi mesafe, kadınların obstetrik bakım taleplerini engelleyen veya geciktiren önemli bir engel olarak belirtilmektedir. Combs Thorsen ve ark (2012) hastane uzak olduğunda, kadının ve çocuğun hayatta kalmasının tehlikede olduğunu, çünkü doğum yapan kadınların bir ulaşım aracının yokluğunda uzun mesafeleri hızlı seyahat etmelerinin zor olduğunu açıklamaktadır.

Ayrıca Austin (2015) ve Soma-Pillay (2016) tarafından yapılan araştırmalarda ulaşım altyapısının olmayışının kadınları sağlık kuruluşlarına giden yolda geciktiren önemli fiziksel engellerden biri olduğu belirtilmektedir. Örneğin, Chi ve ark (2015), mevsimsel yağmurların Burundi ve Uganda'daki neredeyse tüm yolları erişilemez hale getirdiğini ve kadınların bir sağlık tesisine ulaşmasını geciktirdiğini bildirmiştir. Ayrıca Nwameme ve ark (2014), ambulans sıkıntısının uygun acil obstetrik bakım

hizmetlerine zamanında erişimi engellediğini bildirmiştir. Onlara göre, ambulans sıkıntısı sağlık personelini kadınları sevk etmekten alıkoymaktadır.

Ek olarak, gelişmekte olan ülkelerdeki tıbbi personel eksikliği, acil obstetrik bakıma erişimde de önemli bir engel teşkil etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (2015) verilerine göre Afrika'da 10.000 kişiye ortalama 2 doktor ve 11 hemşire ve ebe düşerken, Avrupa ülkelerinde 10.000 kişiye 32 doktor ve 79 hemşire ve ebe düşmektedir. Bundan dolayı Claret (2016), sağlık personelinin fazla mesai yapmasının hastanelerde obstetrik acil durumların gerçek zamanlı yönetimini geciktireceğini bulmuştur.

Son olarak, obstetrik bakım merkezlerinin ve tıbbi malzemelerin eksikliği, birçok çalışmada belirtilen obstetrik bakımın önündeki birçok fiziksel engeli teşkil etmektedir. Ueno ve ark (2015), Tanzanya'da sağlık tesislerinin çoğunluğunun tıbbi malzeme sıkıntısı nedeniyle bazı acil obstetrik bakım işlevlerini yerine getiremediğini belirtmiştir. Paul ve ark (2014), Uganda'da acil obstetrik bakım tesislerinin sayısının BM'nin 500.000 nüfus başına 5 acil obstetrik bakım tesisi standardından daha düşük olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Chi ve ark (2015), Burundi ve kuzey Uganda'da birçok sağlık merkezinde acil obstetrik bakımın sağlanması için gerekli olan ameliyathane, doğum sonrası odalar, yataklar, tıbbi malzemeler, kan ve temel ilaçlardan yoksun olduğunu fark etmişlerdir.

1.4.2. Acil Obstetrik Bakımın Önündeki Mali Engeller

Sahra-altı Afrika ülkelerinin neredeyse hiçbirinde çoğunluğu kayıt dışı sektörde çalışan ve sağlık harcamalarını finanse etme kapasitesi az olan tüm nüfusu kapsayan neredeyse hiçbir sağlık sigortası bulunmamaktadır (Jacquemot 2020). Sahra-altı Afrika'da, hizmet noktalarında doğrudan ödemeler, sağlık hizmetlerin ana finansman yöntemi olmaya devam etmektedir ve obstetrik bakıma erişimde önemli bir engel teşkil etmektedir (Arsenault 2012). Tıbbi maliyetlere ek olarak ilaçların, laboratuvar testlerinin ve ameliyatların maliyeti, haneleri acil durumlarda bile obstetrik bakım için hastaneye gitmekten caydırmaktadır (Gage 2017). Sackou-Kouakou ve ark (2021) Fildişi Sahili'nde güvencesiz bir mahalledeki kadınların %59'unun mali kısıtlamalar nedeniyle obstetrik bakımı bıraktığını belirtmektedir. Aynı şekilde, Kamerun'daki Maroua şehrinde ulaşım ve hizmetlerin yüksek maliyeti

acil obstetrik bakıma erişimde önemli bir ekonomik kısıtlama olarak tanımlanmıştır (Eloundou ve Waïbaï 2017).

Acil obstetrik bakıma erişimin önündeki mali engellere yanıt olarak ve anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmak nihai amacıyla Sahra-altı Afrika'daki birçok ülke, genel olarak obstetrik bakıma ve özellikle sezaryene erişimin önündeki mali engeli azaltmak için girişimlerde bulunmuştur. Mali engelleri azaltmak için formüller, kısmi sübvansiyondan tam sübvansiyona kadar ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. "*Burkina Faso, sezaryen için %80 oranında kısmi sübvansiyon formülünü benimsemiştir, geri kalan kısım ailelerin sorumluluğundadır. Senegal, Mali ve Nijer'de ise 2005'ten itibaren sezaryen için tam sübvansiyon politikaları getirilmiştir*". (Dumont ve ark 2016). Benin'de 22 Aralık 2008 tarih ve 2008-730 sayılı kararname ile 2009 yılında ücretsiz sezaryen uygulaması başlatılmıştır (Presidency of the Republic of Benin 2008). Diğer ülkelerden farklı olarak, Benin'de benimsenen ücretsiz sezaryen, sağlayıcı hastanelere sezaryen kitinin maliyetini temsil eden 100.000 FCFA'lık bir toplu prim ödemesinden oluşmaktadır (Ouedraogo ve ark 2013).

FEMHealth (2014) bu muafiyet politikasına rağmen, hastalar tarafından karşılanan önemli ek maliyetler nedeniyle Benin'de acil obstetrik bakıma erişimin pahalı olmaya devam ettiğini ileri sürmüştür. Benzer şekilde Mongbo ve ark (2016) Benin'de sezaryen maliyetinin sıfır ila 200.000 FCFA (0-303.46 euro) arasında değiştiğini ve ek reçeteler ve harcamalar nedeniyle hanelerin %16,6'sı için yüksek olduğunu bulmuştur. Ayrıca Ravit ve ark (2018) Benin ve Mali'de obstetrik bakıma erişimdeki eşitsizliklerin azaltılmasında ücretsiz sezaryen politikasının katkısıyla ilgilenmiş; sonuç olarak ücretsiz sezaryen politikasının sezaryene erişim ve sağlık personeli destekli doğumda önemli bir değişikliğe sebep olmadığı bulgusuna ulaşılmıştır.

1.4.3. Acil Obstetrik Bakımın Önündeki Sosyokültürel Engeller

Fiziksel ve finansal yönlerin yanı sıra, Sahra-altı Afrika'da acil obstetrik bakıma erişimin zorluklarına ilişkin literatürde önemli bazı sosyo-kültürel engellerden bahsedilmektedir.

Echoka ve ark (2014) ve Oguntunde ve ark (2015), toplumun obstetrik komplikasyon algısının bakım talebinde belirleyici bir faktör olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmalara göre Sahra-altı Afrika'da birçok topluluk üyesi obstetrik

komplikasyonların gebelik sırasında meydana gelen normal olaylar olduğuna inanmaktadır. Diğerleri, büyücülükten kaynaklandığına ve bu nedenle sağlık hizmeti aramanın hiçbir faydası olmayacağına inanmaktadır. Afrika ülkelerinde birçok kadın geleneksel şifacıları görmeyi tercih etmiş ve bu da tıbbi hizmet aramada gecikmelere yol açmıştır.

Sialubanje ve ark (2015) kadınların özerkliğinin ve kocalarının gebelik yönetimine katılım derecesinin, acil obstetrik bakımın ertelenmesi veya bakımdan vazgeçilmesinin sebebini açıklayabileceğini göstermişlerdir. Çalışma Zambiya'da obstetrik komplikasyonlar durumunda bile kadınların genellikle karar verme özerkliğinden yoksun olduğunu ve sağlık hizmetlerine erişmek için kocalarından izin almak zorunda olduklarını göstermiştir. Geleto ve ark (2018)'na göre kadının yaşı, hanehalkının eğitim düzeyi, obstetrik öykü ve dil engelleri gibi sosyodemografik faktörler de gebe kadınların obstetrik bakım talebini geciktirebilmekte veya engelleyebilmektedir.

1.5. Sahra-altı Afrika'da Sezaryen Maliyeti

Sahra-altı ülkelerde sezaryene erişimi engelleyen finansal engellerin boyutunu anlamak için, "Sahra-altı Afrika ülkelerinde sezaryen maliyeti ne kadardır?" sorusuna cevap vermek önemlidir. Mevcut literatür, Sahra-altı Afrika ülkelerinde sezaryen maliyetinin neredeyse aynı olduğunu göstermektedir.

Arsenault ve ark (2013) bu soruyla ilgilenmiş ve Mali'de hanehalkı tarafından ödenecek sezaryen harcamalarını doğrudan, dolaylı ve fırsat maliyetleri olmak üzere üç geniş kategoriye ayırmışlardır. Tüm resmi tıbbi harcamaları, hastaneye yatış harcamalarını, hastane içinde ve dışında satın alınan ilaçların harcamalarını ve laboratuvar testlerinin harcamalarını doğrudan harcamalar olarak adlandırmışlardır. Doğrudan maliyetler, bazı durumlarda sağlık çalışanları tarafından talep edilen kayıt dışı ödemeleri de içermektedir. Dolaylı maliyetler ise, kadın ve refakatçilerinin ulaşım, yemek ve konaklama maliyetlerini içermektedir. Son olarak fırsat maliyetleri, hasta ve refakatçileri tarafından kaybedilen zamanı oluşturmaktadır. O halde bu çalışmaya göre Mali'de sezaryen, en zengin beşte birlik grubun yıllık gelirinin %2'sini ve en yoksul beşte birlik kesimin gelirinin %27'sini temsil eden ortalama 71.535 FCFA (109 Euro)'ya mal olmaktadır.

Meda ve ark (2018) Burkina-Faso'da doğum şekline göre tıbbi maliyeti değerlendirmiştir. Ulusal düzeyde haneler tarafından ödenecek medyan doğrudan sağlık harcamasının ötosik (komplikasyonsuz, normal) doğum için 3,180 FCFA (4,85 Euro), distosi (zor, müdahaleli) doğum için 13,305 FCFA (20,28 Euro) ve sezaryen doğum için 55.830 FCFA (85,11 Euro) olduğunu bulmuşlardır. Baguiya ve ark (2019) doğum şekli ne olursa olsun maliyetlerin yarısından fazlasını ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin oluşturduğunu belirtirken benzer sonuçlar elde etmiştir. Meda ve ark (2018)'nın çalışması, doğum şekline göre değişmekle birlikte aynı tür tedavi için maliyetlerin ülke genelinde hastaneden hastaneye değişebileceğini ortaya koymaktadır.

Lange ve ark (2016) Benin'de hanelerin, hem sağlık çalışanlarına yapılan resmi olmayan ödemeler hem de ücretsiz sezaryen politikası kapsamında olmayan hizmetler için resmi ödemeler şeklinde ödeme yapmaya devam ettiğini tespit etmiştir. Mongbo ve ark (2016) hanelerin %17'si ek reçeteler ve paralel giderler nedeniyle sıfır ile 200.000 FCFA arasında değişen ve ortalama 73.000 FCFA (111.28 Euro) olan sezaryen harcamalarını yüksek bulmuştur. Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde (DRC), sezaryen doğum durumunda elde edilen obstetrik bakımın maliyeti hanehalkı için ötosik doğumdan 5 kat daha pahalıdır. DRC'de hanelerin ekonomik yaşamı üzerinde sezaryen doğumun etkisi katastrofiktir, çünkü bir sezaryen müdahalesi yıllık hane gelirinin ortalama %13,4'ünü gerektirmektedir (Musau ve ark 2018).

1.6. Kaynak Temini Mekanizmaları

Sahra-altı Afrika'da sağlık hizmetlerine erişimin önündeki finansal engelleri azaltmak ve sürdürülebilir finansal koruma mekanizmaları tasarlamak adına, obstetrik bakım için gereken parayı harekete geçirmede haneler tarafından kullanılan mekanizmaları incelemek önemlidir.

McIntyre ve ark (2016) Sahra-altı Afrika'da hanelerin yalnızca çok küçük bir bölümünün yeterli tasarrufa sahip olduğu ve tıbbi harcamaları doğrudan onlardan ödeyebileceğine dikkat çekmektedir. Leive ve Xu (2018) tıbbi maliyetleri karşılamak için kullanılan en yaygın stratejinin aileden, sosyal ağdan veya bir tefeciden borç almak olduğunu belirtmişlerdir. Dolayısıyla borcun hanehalkı üzerindeki etkileri, tefeciye ve borçlanma koşullarına bağlı olacaktır. Ayrıca, yoksul hanelere verilen krediler genellikle çok yüksek faiz oranlarında olmaktadır.

Sauerborn ve ark (2019)'na göre başka bir strateji, hane halklarının varlık satışını seçmesidir. Bunlar, hayvancılık veya toprak gibi üretken varlıklar olduğunda, ekonomik kırılganlık kısır döngüye girebilmektedir. Flores ve ark (2018) maliyetleri karşılamak için bazı hanelerin cari harcamalarını (çoğunlukla gıda) azaltmak zorunda kaldığını eklemektedir. Bazen eğitim sadece bir harcama olduğu için değil, aynı zamanda hasta anne ve refakatçilerin görevlerinin ailenin başka bir üyesine verilmesi gerektiğinden çocuklar okuldan alınmaktadır. Haneler bazen ek iş arayarak veya hizmetlerini satarak başka gelir kaynakları bulmaya çalışmaktadır.

Flores ve ark (2018)'na göre sağlık hizmetleri maliyetlerini ödemek amacıyla sağlanan paranın toplanma şekli harcamaların potansiyel sonuçlarını etkileyecektir. Gerçekten de tasarrufları kullanma, mal satma, kredi alma veya harcamaları ödemek için aileden veya arkadaşlardan yardım alma olasılığı, haneleri kısa vadede koruyabilmekte ve kendi geçimlerini sürdürmelerine olanak sağlayabilmektedir. Flores ve ark (2018) bu mekanizmalara adaptasyon mekanizmaları (coping mecanisms) adını vermektedir. Onlar için, bu mekanizmaları görmezden gelmek, örneğin borcun yaratabileceği kısa vadeli sonuçları yüceltebilir ve uzun vadeli yükü hafife almaya sebep olabilir. Ancak, adaptasyon mekanizmalarının, hane halklarının katastrofik sağlık harcamalarının neden olduğu ekonomik şokla hemen başa çıkmalarına yardımcı olduğu doğru olsa da bunlar haneleri, bir sosyal koruma veya sağlık sigortası sisteminin yapabileceği şekilde tam olarak korumaz. Aslında obstetrik bakım için borç almak veya varlıkları satmak, haneleri kısa vadeli zorluklara maruz bırakabildiği gibi, aynı zamanda uzun vadede kaynaklarının tükenmesine de neden olabilmektedir. McIntyre ve ark (2016)'na göre, obstetrik bakım için ödeme yapmış olmak, hanehalkının bunu karşılayabileceği anlamına gelmemektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölüm, araştırma sonuçlarına ulaşmak için kullanılan metodolojiye ayrılmıştır. Bu bölümde çalışmanın türü, araştırmanın coğrafi çerçevesi, araştırmanın evreni ve örneklemi, araştırmanın amaç ve hipotezleri, veri toplama araç ve teknikleri, araştırmanın değişkenleri, veri işleme ve analiz, etik hususlar ve araştırmanın çalışma takvimi sunulmuştur.

2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Benin'de hanelerin sezaryen sırasında yaptıkları sağlık harcamalarını değerlendirmek amacıyla betimleyici ve kesitsel türde yapılmıştır.

2.2. Çalışma Bölgesinin Coğrafi Konumu ve Özellikleri

Araştırma bir Batı Afrika ülkesi olan Benin'de yapıldı. Çalışmanın çerçevesini daha iyi anlamak için Benin'in coğrafya, siyaset, ekonomi ve sağlık açısından kısa bir tanıtımını yapmakta fayda vardır.

"Benin Cumhuriyeti, Batı Afrika'da Togo, Burkina Faso, Nijer ve Nijerya ile sınırlarını paylaşan bir ülkedir. Gine Körfezi boyunca 121 kilometre kıyı şeridine ve 114.764 km^2 alana sahiptir" (INSAE 2019 s.11). Gninafon'a (2019) göre Benin, 2019 yılında %41,22'si aktif çalışan %1.1'i işsiz ve %57,68'i etkin olmayan olmak üzere 11.801.151'lik bir nüfusa sahiptir. Benin'de istihdam durumu %68 tarım işçisi, %7 memur, %5 serbest meslek, %15 ev kadını ve %4 diğer faaliyetlerden oluşmaktadır.

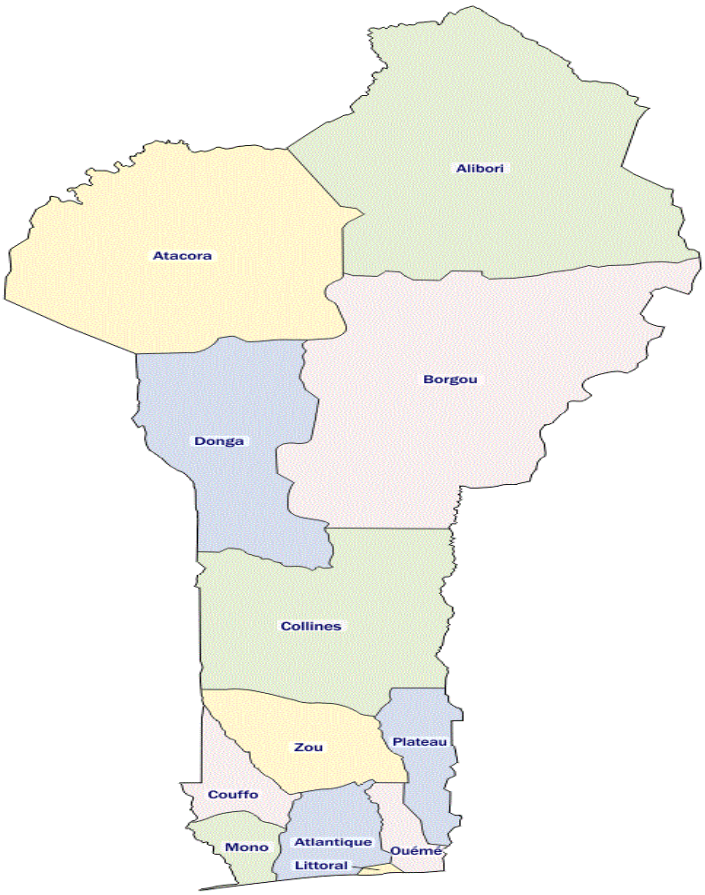
Schneider (2015), Benin'in Fransa'dan politik olarak bağımsızlığını 1 Ağustos 1960'ta Dahomey adı altında elde ettiğini belirtmiştir. 1977'de ülkenin adı, Marksizm-Leninizm doktrinine dayanan yeni bir politikayla Benin Halk Cumhuriyeti olarak değiştirilmiştir. 1990 yılında ise bugüne kadar başarıyla devam eden parlamenter demokrasiyi kuran yeni bir anayasa kabul edilmiştir.

Dünya Bankası (2020) verileri, Benin'in ekonomisinin ağırlıklı olarak kayıt dışı ticarete ve tarıma, özellikle de ana ihracat ürünü olan pamuğa bağlı olduğunu göstermektedir. INSAE (2019), kayıtlı ekonomi sektörünün nüfusun %7,4'ünü oluşturduğunu belirtmektedir. Bunlar, devlet ve devlet dışı kurumların memurları, ordu, özel sektör çalışanlarıdır. Kayıt dışı ekonomi sektörü nüfusun %92,6'sını oluşturmaktadır. Bunlar çiftçiler, zanaatkarlar, tüccarlar gibi meslek gruplarıdır ve bunların gelirleri düzensiz olup pazarlamaya, işçi alımına vb. koşullara bağlıdır. "2019

yılında Benin, 14,391 milyar ABD doları değerinde GSYİH açısından 193 ülke arasında 129. sırada yer almaktadır. %9,9'luk ekonomik büyümeye rağmen, yoksulluk, kişi başına yıllık 1219 ABD doları olan GSYİH ile yaygınlığını korumaktadır. Yoksulluk sınırının altındaki nüfusun oranı %38,2 ve genç okuma yazma bilmeyenlerin oranı %61 olarak tahmin edilmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresinin 61,77 yıl olduğu tahmin edilmektedir" (Dünya Bankası 2020).

Sağlık Bakanlığına göre Benin'de sağlık durumu, yüksek ölüm oranları ile karakterizedir. 2019 yılında anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 391 ölümdür. Çocuk ölüm oranı ise, 1000 çocuk başına 55 ölüm olarak tahmin edilmiştir. Benzer şekilde, "*yetişkinlerin ve yaşlıların durumu, uygun bakım sistemlerinin eksikliği ile karakterize edilmektedir. Bu kişiler bulaşıcı olmayan hastalıkların yanı sıra yaşlanmaya bağlı hastalıklar tarafından giderek daha fazla tehdit edilmektedir*" (Ministry of Health of Benin 2020, s.46). Sıtma, tüberküloz ve HIV/AIDS öncelikli olarak devlet gözetimi altına alınan hastalıklardır. Sağlık Bakanlığının (2020) 2019 sağlık istatistiklerine göre sıtma konsültasyon ve hastaneye yatışların önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir. Tüberküloz prevalansı 2018'den 2019'a 4096'dan 4374 vakaya yükselmiştir. Genel nüfusta AIDS'in yaygınlığı 2006'dan bu yana %1,2'de sabitlenmiştir. Bu zorluklara yanıt olarak Benin, iki boyutlu (teknik ve idari) olmak üzere piramit tipi bir sağlık sistemi kurmuştur. Sağlık Bakanlığına (2020) göre sağlık piramidinin idari boyutu ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı (üçüncü basamak) , bölgesel düzeyde Sağlık Daire Başkanlığı (ikinci basamak) ve periferik düzeyde Toplum Sağlığı Müdürlüğü (birinci basamak) olmak üzere üç düzeye ayrılmıştır. Benin sağlık piramidinin teknik boyutu da periferik düzey (birinci basamak), orta düzey (ikinci basamak) ve ulusal düzey (üçüncü basamak) olmak üzere üç düzeye ayrılmıştır. Benin sağlık sisteminin periferik düzeyi (birinci basamak), coğrafi olarak sağlık ağlarından oluşmaktadır. Benin 34 sağlık ağına bölünmüştür. Her sağlık ağı, ortalama 100.000 ila 200.000 nüfusu kapsamaktadır. Bir sağlık ağı, birkaç ilk iletişim sağlık merkezinden ve bir sevk hastanesinden oluşmaktadır. İlk iletişim merkezleri arasında köy sağlık birimleri, ilçe sağlık ocakları, il sağlık ocakları ve özel hastaneler bulunmaktadır. Tüm ilk temas hastaneleri, sağlık ağının ilk sevk seviyesini oluşturan "sağlık ağı hastanesi" olarak adlandırılan bir sevk hastanesi tarafından desteklenmektedir. Orta düzeyde (ikinci basamak), sağlık ağlarının hastaneleri tarafından sevk edilen vakaların sevk merkezlerini oluşturan bölge hastaneleri

bulunmaktadır. Benin şu anda 12 bölge için 6 bölge hastanesine sahiptir. Ulusal seviye (üçüncü basamak), hastalar için üçüncü referans düzeyini oluşturmaktadır. Birinci ve ikinci basamaklara göre daha gelişmiş bir teknik platforma sahiptir. Bu hastaneler ayrıca araştırma ve eğitimden sorumludur. Benin'in şu anda 8 üçüncü basamak hastanesi bulunmaktadır (Ministry of Health of Benin 2015) (Bkz. EK-A).



Şekil 2.1. Benin'in coğrafi haritası. Kaynak: Ministry of Health of Benin (2020).

Çalışma özellikle Littoral bölgesinde yürütülmektedir. Littoral, Benin'in güneyinde yer alan bir bölgedir. 79 km2 yüzölçümü ile Benin'in 12 bölgesinin en küçüğüdür. Tahmini nüfusu 679.012 olan Littoral, Benin'deki en kalabalık 9. Bölgedir (INSAE 2015). Batı sınırında Atlantik bölgesi ve doğu sinirinda Oueme bölgesi bulunmaktadır. Güney sınırı Atlantik Okyanusunun ve kuzey sınırı Nokoe Gölünün yanindadir (INSAE 2016). Littoral, Benin'in Cotonou olan tek bir ilden oluşan tek bölgesidir. Aslında, Benin'in ekonomik başkenti Cotonou, 15 Ocak 1999'daki son toprak paylaşımı sırasında bir bölgeye dönüştürüldü. 13 ilçe ve 140 mahalleden oluşmaktadır (Presidency of the Republic of Benin 2013). Sağlık açısından, Sağlık Bakanlığı, Littoral'in Benin'deki 8 ulusal hastaneden (birinci basamak) 5'ine sahip

olduğunu belirtmektedir. Bölgede ayrıca 47 birinci basamak sağlık ocağı ve 100 eczane bulunmaktadır. Littoral bölgesindeki üçüncü basamak hastanelerin yoğunluğu nedeniyle, bu bölgede ikinci basamak hastane kurulmamıştır (Ministry of Health of Benin 2021).

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Benin'de doğum sırasında sezaryen olan kadınlar oluşturmaktadır. Mali ve zaman kısıtlamaları nedeniyle, üç aşamalı bir örnekleme seçilmiştir. İlk aşamada örnekleme birimi bölgedir. Çalışma sadece Littoral bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Bu bölgenin tercih edilmesinin sebebi, Littoral'in %15'lik bir oranla acil obstetrik müdahalelerin daha sık olduğu bölge olduğunu ortaya koyan INSAE'nin (2019) gözlemidir. İkinci aşama için örnekleme birimi olan hastanelerin seçiminde ücretsiz sezaryen için akreditasyonu olanlar tercih edilmiştir. Aslında, Littoral'de yer alan ulusal düzeydeki hastaneler (üçüncü basamak) dışında, 29 birinci basamak hastanede ücretsiz sezaryen politikası geçerlidir (Presidency of the Republic of Benin 2009). Araştırmamızın amacı, ücretsiz sezaryen politikasına rağmen sezaryen doğum sonrası hanehalkı harcamalarını değerlendirmekti. Bu nedenle araştırma, sadece Littoral'deki ücretsiz sezaryen uygulanan birinci basamak hastanelere yöneliktir. Bu amaçla araştırma ücretsiz sezaryen uygulanan 29 hastaneden 3'ü ile sınırlandırılmıştır. Böylece Mennontin, Saint-Jean ve Saint-Luc hastaneleri bu çalışma için seçilen 3 hastane oldu. Üçüncü aşamada ise örnekleme birimi belirlendi.

2.3.1. Örneklemin Belirlenmesi

Örnekleme birimi, 01 Mart 2021 ile 31 Mayıs 2021 tarihleri arasını kapsayan veri toplama dönemidir. Sonuç olarak örneklem, Littoral bölgesinde belirlenen 3 hastanede araştırmanın veri toplama tarihleri arasında sezaryen uygulanan tüm kadınlardan oluşmaktadır. Araştırma kapsamındaki 3 hastanenin hizmet istatistiklerinden elde edilen bilgilere göre, Menontin Hastanesinde 2020 yılında %32'si (627 sezaryen) sezaryen ile olmak üzere toplam 1975 doğum gerçekleştirilmiştir. Ocak-Aralık 2020 arasında Saint-Jean Hastanesi, %28'i (665 sezaryen) sezaryen olmak üzere toplam 1701 doğum gerçekleştirmiştir. Aynı dönemde Saint-Luc Hastanesi, %52'si (737 sezaryen) sezaryen olmak üzere toplam 1334 doğum gerçekleştirmiştir. Bu istatistikler, araştırma için seçilen hastanelerde 3 ayda ortalama

470 ila 552 sezaryen gerçekleştirildiğini göstermektedir. Araştırmanın örneklemini veri toplama tarihlerinde sezaryen olan 505 kadın oluşturmuştur.

Tablo 2.1. Menontin, Saint-Jean ve Saint-Luc hastanelerinde sezaryen oranları

Dönem	Menontin Hastanesi			Saint-Jean Hastanesi			Saint-Luc Hastanesi		
	DS	SS	SO	DS	SS	SO	DS	SS	SO
Ocak	78	41	**%53**	81	61	**%43**	98	52	**%53**
Şubat	139	35	**%25**	140	58	**%29**	89	47	**%53**
Mart	193	58	**%30**	115	74	**%39**	114	62	**%54**
Nisan	231	69	**%30**	169	38	**%18**	166	94	**%57**
Mayıs	201	56	**%28**	175	57	**%25**	157	86	**%55**
Haziran	189	66	**%35**	152	62	**%29**	113	61	**%54**
Temmuz	142	51	**%36**	124	70	**%36**	106	60	**%57**
Ağustos	143	46	**%32**	179	61	**%25**	91	53	**%58**
Eylül	147	48	**%33**	125	55	**%31**	87	48	**%55**
Ekim	186	57	**%31**	147	47	**%24**	111	65	**%59**
Kasım	189	59	**%31**	159	42	**%21**	109	56	**%51**
Aralık	137	41	**%30**	135	40	**%23**	93	53	**%57**
Toplam	1975	627	**%32**	1701	665	**%28**	1334	737	**%55**

Doğum Sayısı :DS Sezaryen Sayısı : SS Sezaryen Oranı : SO
Kaynak: Menontin/Saint-Jean/Saint-Luc Hastanelerinin İstatistik departmanları (2021).

2.3.2. Örneklem Tanıtımı

Bu çalışma kapsamında Benin'de sezaryen olan 505 kadının hanehalkı bilgileri kadının aile bireylerinden birine anket uygulanarak toplanmıştır. Kadınların kişisel ve obstetrik bilgileri hasta dosyalarından elde edilmiştir. Aşağıda hanelerin sosyo-demografik özellikleri ve kadınların obstetrik özellikleri sunulmuştur.

Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri

Kadınların %35,6'sı son sezaryen doğumunu Saint-Jean Hastanesi'nde, %31,9'u Saint-Luc Hastanesi'nde ve %32.2'si Ménontin Hastanesi'nde gerçekleştirmiştir. Bu hanelerin sadece %43,2'si araştırmaya konu olan 3 hastanenin bulunduğu Littoral bölgesinde yaşamaktadır. Hanelerin geri kalanı (yani %52,7), ülkenin diğer bölgelerinde yaşamakta ve son doğumları için Littoral'a taşınmışlardır. Erken (20 yaşından önce) ve geç (40 yaşından sonra) çocuk doğuran kadınlar, anket

yapılan hanelerin %8,7'sini temsil etmektedir. Ortalama annelik yaşı 29'dur. Hanelerin %87,9'luk çoğunluğu eş olarak yaşamakta ancak yasal olarak evli değildir. Hanelerde kadınların %22,6'sı okuma yazma bilmiyor ve %25'i mesleki yeterliliğe sahip değilken, erkeklerin sadece %4,4'ü okuma yazma bilmiyor ve %3,2'si mesleki yeterliliğe sahip değildir. Kadınların %67'sine kıyasla erkeklerin %95'i çalışıyor ve çoğu devlet tarafından düzenlenmeyen serbest mesleklerde çalışmaktadır. Aşağıdaki Tablo, çalışma popülasyonunun sosyo-demografik özelliklerini göstermektedir.

Tablo 2.2. İncelenen popülasyonun sosyodemografik özellikleri (n=505).

Değişkenler		**n**	**%**
Hastaneler	Saint-Jean	180	35.6
	Saint-Luc	161	31.9
	Menontin	163	32.3
İkamet yeri	Littoral	218	43.2
	Littoral dışında	287	56.8
Annenin yaşı	15-19	27	5.3
	20-24	85	16.8
	25-29	161	31.9
	30-34	136	26.9
	35-39	79	15.6
	40-44	17	3.4
Medeni durum	Evli	43	8.5
	Birlikte yaşayan	444	87.9
	Bekar	18	3.6
Annenin öğrenim düzeyi	Okula gitmemiş	114	22.6
	İlköğretim	115	22.8
	Ortaöğretim	180	35.6
	Lise	47	9.3
	Lisans ve üzeri	49	9.7
Babanın öğrenim düzeyi	Okula gitmemiş	22	4.4
	İlköğretim	93	18.4
	Ortaöğretim	214	42.4
	Lise	71	14.1
	Lisans ve üzeri	105	20.8
Annenin çalışma durumu	Niteliksiz	126	25.0
	İşsiz	38	7.5
	Çalışıyor	341	67.5
Babanın çalışma durumu	Niteliksiz	16	3.2
	İşsiz	5	1.0
	Çalışıyor	484	95.8

Araştırma grubunun obstetrik özellikleri

Kadınların obstetrik özellikleri, ankette vurgulanması gereken diğer bir önemli noktadır. Sonuçlar, ankete katılan kadın başına ortalama doğum sayısının bir vajinal doğum ve iki sezaryen doğum olmak üzere 3 çocuk olduğunu göstermektedir. Bu durumda, incelenen araştırma grubunda sezaryen doğum sıklığı yüksektir ve doğumların %69,75'ine tekabül etmektedir. Ayrıca, kadınların %33,7'si yaşamları boyunca en az bir gebelik veya yenidoğan kaybettiğini bildirmiştir. Aşağıdaki Tablo, ankete katılan kadınların obstetrik özelliklerini özetlemektedir.

Tablo 2.3. İncelenen araştırma grubunun obstetrik özellikleri.

Değişkenler		n	%
Doğum sayısı	1 Doğum	153	30,3
	2 Doğum	124	24,6
	3 Doğum	111	22,0
	4 Doğum	79	15,6
	5 Doğum	30	5,9
	6 Doğum ve üzeri	8	1,6
Normal doğum sayısı	0 Doğum	296	58,6
	1 Doğum	119	23,6
	2 Doğum	42	8,3
	3 Doğum	33	6,5
	4 Doğum	11	2,2
	5 Doğum ve üzeri	4	0,8
Sezaryen doğum sayısı	1 Doğum	260	51,5
	2 Doğum	156	30,9
	3 Doğum	61	12,1
	4 Doğum	23	4,6
	5 Doğum ve üzeri	5	1,0
Kaybedilen gebelik ve ölü doğan Bebek sayısı	0 Kayıp	335	66,3
	1 Kayıp	107	21,2
	2 Kayıp	45	8,9
	3 Kayıp	12	2,4
	4 Kayıp ve üzeri	6	1,2

Kadınların %19,6'sında bu çalışmaya konu olan son gebelik sağlık personeli tarafından izlenmemiştir. Sezaryen olgularının %17,6'sının çalışma kapsamında dikkate alınan hastanelerden birine sevk edildiği de ortaya çıkmaktadır. Bu hastaneler sezaryen vakalarının güvenli bir şekilde yönetilmesi için yeterli teknik altyapıya sahip

olmadıkları için hastalarını daha donanımlı bir hastaneye sevk etmek zorunda kalmaktadırlar. Ancak çalışma, hastaların acil transferi için kullanılan ulaşım araçlarının çoğu zaman uygun olmadığını göstermiştir. Sezaryen vakalarının sadece %4'unun ambulansla gerçekleştirildiği kaydedilmiştir. Hastaların %69,3'lük çoğunluğu motosikletle ve %20'si tıbbi olmayan araçla nakledilmiştir. Hastaların sezaryen için 3 hastanede kalış süreleri vakaya göre 2 ile 7 gün arasında değişmekle birlikte ortalama 3 gündür. Sezaryen sonrası hastaların %9,1'inde rahimde hasar, kanama, histerektomi vb. komplikasyonlar gözlenmiştir. Son olarak sezaryen ile doğum, annelerin ve yenidoğanların %99,6'sının hayatını kurtarmıştır. Öte yandan 2 kadın ve 2 yenidoğan (%0,4) sezaryene rağmen hayatını kaybetmiştir. Tablo 2.4'de kadınların son gebeliklerine ilişkin bilgileri sunmaktadır.

Tablo 2.4. Araştırma grubunun son gebeliği hakkında bilgi.

Değişkenler		**n**	**%**
Gebelik Takibi	Hayır	89	17,6
	Evet	416	82,4
Transfer Edilen Hasta	Hayır	355	70,3
	Evet	150	29,7
Transfer için Ulaşım Aracı	Ambulans	6	4,0
	Araba	30	20,0
	Motosiklet	104	69,33
	Diğer	10	6,67
Hastanede Kalış Süresi	2 Gün	3	0,6
	3 Gün	413	81,8
	4 Gün	75	14,9
	5 Gün	8	1,6
	6 gün ve üzeri	6	1,2
Sezaryen için Endikasyon	Programlanmış	285	56,4
	Acil	220	43,6
Gözlenen Komplikasyonlar	Komplikasyon yok	459	90,9
	Rahim hasarı	8	1,6
	Kanama	35	6,9
	Enfeksiyon	2	0,4
	Histerektomi	2	0,4
	Diğer	10	2,0
Anne için Sezaryen Sonucu	Yaşıyor	503	99,6
	Ölmüş	2	0,4
Bebek için Sezaryen sonucu	Yaşıyor	503	99,6
	Ölmüş	2	0,4

2.4. Araştırma Amacı ve Araştırma Soruları

Araştırma, iyi tanımlanmış amaçlara ve çalışmanın amaçlarıyla ilgili varsayımlara dayanmaktadır.

2.4.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın genel amacı, Benin'de hanelerinin yaptığı sezaryen harcamalarını belirlemektir. Spesifik olarak araştırma şunları amaçlamaktadır:

- Benin'de sezaryen sırasında hanelerin ödeyeceği miktarı ve niteliğini belirlemek
- Hanelerin sezaryen harcamalarını ödemek için gerekli kaynakları temin etme stratejilerini belirlemek
- Benin'de sezaryen harcamaları ile ilgili belirleyicileri analiz etmek

2.4.2. Araştırma Soruları

1. Hanehalkı tarafından karşılanan sezaryen maliyeti nedir? Bu maliyeti oluşturan unsurlar nelerdir?

2. Benin'de sezaryen harcamalarını karşılamak için hanelerin gelir durumuna göre kaynak kullanımları farklılaşmakta mıdır?

3. Benin'de hanelerin sezaryen harcamalarını etkileyen faktörler nelerdir?

2.5. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamındaki hastanelerde verilerin toplanması için, hastane başına bir araştırmacı oranında üç görüşmeci görevlendirilmiştir. Bu kişiler sosyal araştırmalardaki deneyimlerine ve Fransızca (resmi ulusal dil) ve Fon-gbé (Littoral'da en çok konuşulan yerel dil) bilgilerine dayanarak işe alınmışlardır.

Anket uygulama amacıyla, her görüşmeciye KoBoCollect uygulamasıyla donatılmış bir akıllı telefon verilmiştir. KoBoCollect uygulamasına dahil edilen Küresel Konumlandırma Sistemi (GPS), görüşmeci ile görüşülen hane üyesi arasındaki buluşma yerini doğrulamayı mümkün kılmıştır. Veri toplama sırasında akıllı telefon pillerinin boşalmasını önlemek için güç bankaları sağlanmıştır. KoBoCollect, getODK'in "Open Source Collect" uygulamasını temel almakta ve insani acil durumlarda ve diğer zorlu saha ortamlarında birincil veri toplama için kullanılmaktadır. Bu uygulama ile görüşme verilerini veya diğer birincil verileri

çevrim içi veya çevrim dışı olarak girmek mümkündür. KoBoCollect ile kaydedilebilecek form, soru veya gönderi sayısında bir sınırlama bulunmamaktadır.

Ayrıca, görüşmecilerle anketin içeriği, hanehalkı anketinin uygulanmasına ilişkin protokol ve veri toplama araçlarının kullanımı hakkında eğitim oturumları düzenlendi. Son olarak, araştırma süresince veri toplamanın sürekliliğini sağlamak için araştırmacılara eğitim, veri toplama, yemek ve lojistik için ödeme yapılmıştır.

Tablo 2.5. Veri toplama maliyeti envanteri.

Maliyet ifadesi	Birim fiyat	Sayı	Süre	Tutar (FCFA)*
Akıllı telefon kiralama	7.500	3 Telefon	3 Ay	67.500
Güç bankası kiralama	3.000	3 Güç bankası	3 Ay	27.000
Eğitim	5.000	3 Görüşmeci	3 Gün	15.000
Veri toplama	15.000	3 Görüşmeci	3 Ay	135.000
Gıda	10.000	3 Görüşmeci	3 Ay	90.000
Ulaşım	10.000	3 Görüşmeci	3 Ay	90.000
Toplam				**424.500**

** 1 FCFA= 0,02 Türk lirası (23/11/2021)*

Veri toplama süreci birbirini izleyen iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk olarak, sosyo-demografik veriler (gebelik yaşı, ikamet yeri, eğitim düzeyi, mesleki faaliyet ve medeni durum), obstetrik ve tıbbi veriler (gebelik sayısı, gebelik şekli, gebeliklerin takibi ve sonucu, nakil şekli, hastanede yatış süresi, sezaryen tipi, sezaryen endikasyonu, ortaya çıkan komplikasyonlar, sezaryen kararı ile doğum kararı arasında geçen süre ve müdahalenin başlangıcı) veri toplama kağıdı kullanılarak hastaların obstetrik dosyaları incelenerek toplanmıştır.

İkinci olarak, yapılandırılmış görüşme rehberi kullanılarak aile bireylerinden biri ile bir görüşme düzenlenmiştir. Bu görüşme, son sezaryen sırasında hanenin katlandığı maliyetlere (doğrudan, dolaylı ve fırsat) ilişkin verilerin yanı sıra sosyo-ekonomik verilerinin toplanmasını mümkün kılmıştır. Araştırmaya dahil olmayan bir hastanede (Bethesda Hastanesi) 5 günlük bir süre boyunca ön test yapılmıştır. Bu ön testin amacı, anketin ve toplama araçlarının anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini test etmektir.

Bununla birlikte, aktif insanların %95'inden fazlasının esas olarak kayıt dışı sektörde çalıştığı ve günlük ve değişken gelirle yaşadığı göz önüne alındığında, Benin'deki hane gelirini kesin olarak bilmenin zor olduğu unutulmamalıdır (INSAE 2019). Gelir göstergesinin net olmaması durumunda haneler, sosyo-ekonomik verilere dayalı bir endeks kullanılarak refah seviyesine göre sınıflandırılabilmektedir. Bu refah endeksi, genel olarak sosyo-ekonomik çalışmalarda (Vyas ve ark 2006, Howe ve ark 2008) ve özellikle bu araştırmanın konusuna benzer çalışmalarda (Arsenault ve ark 2012, Ravit ve ark 2015) Temel Bileşenler Analizi (PCA) kullanılarak elde edilmiştir. Bu endeks, gıda (yemek sayısı, temel yerel ürünlerin mevcudiyeti), konut (oda sayısı, inşaat malzemesi türü, banyo türü, konut durumu, enerji ve içme suyu kaynağı, kullanılan yakıt türü) ve hane halklarının sahip olduğu varlıklar (toprak, hayvancılık, ulaşım araçları, ev aletleri ve elektrikli ev aletleri) ile ilgili göstergeler temelinde hesaplanmıştır. Refah endeksi beş boyutta (çok fakir, fakir, orta, zengin ve çok zengin) organize edilip analiz için kategorik bir değişken olarak kullanılmıştır.

Anket tercihen hane reisine veya varsa hastanın refakatçisine uygulanmış ve hastanın hastaneden taburcu olduğu tarihte yapılmıştır. Her hastanede bir hastane yöneticisinin koordinasyonunda veri toplama ve görüşmelerden sorumlu görüşmeci görevlendirilmiştir. Veri toplama 1 Mart ile 31 Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama formu 39 sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK-B).

Anket katılımcıları, araştırmaya katılmayı kabul etmeleri ve çalışma süresi içinde sezaryen ile doğum yapmaları dahil olmak üzere iki kritere göre seçilmiştir. Görüşmeye katılmayı reddeden, ulaşılamayan veya çalışma süresi dışında doğum yapan kadınlar çalışma dışı bırakılmıştır.

2.6. Araştırmanın Değişkenleri

2.6.1. Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkeni hanehalkı tarafından yapılan toplam sezaryen harcamalarının miktarıdır.

2.6.2. Bağımsız Değişkenler

Sosyo-demografik değişkenlerden (gebelik yaşı, ikamet yeri, eğitim düzeyi, mesleki faaliyet ve medeni durum), obstetrik/tıbbi değişkenlerden (gebelik sayısı, gebelik şekli, gebeliklerin takibi ve sonucu, gebelik şekli, nakil süresi, hastanede kalış süresi, sezaryen kararı ile operasyonun başlangıcı arasında geçen süre, sezaryen tipi,

sezaryen endikasyonu, ortaya çıkan komplikasyonlar) ve sosyo-ekonomik değişkenlerden (hanelerin refah endeksi) oluşmaktadır.

2.7. Veri İşleme ve Analiz

Verilerin işlenmesi ve analizi araştırma amaçlarına uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmanın ilk amacı, Benin'de hanelerin sezaryen sırasında ödeyeceği miktarı ve niteliğini belirlemektir. Bu amaca ulaşmak için iki aşamalı bir analiz yapılmıştır. İlk olarak, hanehalkı harcamalarına ilişkin elde edilen veriler niteliklerine göre gruplandırılmıştır. İstatistiksel analizlerde tedavi, ilaçlar, tıbbi sarf malzemeleri, ulaşım, gıda, gayri resmi ödemeler, fırsat maliyeti ve diğer maliyetler olmak üzere sekiz harcama kategorisi dikkate alınmıştır. Bu kategoriler oran olarak sunulmuştur.

Araştırmanın ikinci amacı, hanehalkının sezaryen harcamalarını ödemek için gerekli kaynakları temin etme stratejilerini belirlemekti. Arsenault (2012) tarafından yapılan çalışmaya referansla, acil bakım harcamalarının doğrudan ödenmesi için 11 kaynak temin stratejisi belirtilmiştir. Bu stratejiler şunlardır: sağlık sigortası, faaliyetlerden elde edilen gelir, tüketim veya üretim varlıklarının satışı, faizli veya faizsiz krediler, derneklerden veya ailelerden yardım, tasarruf, cari tüketim harcamalarının azaltılması ve diğer stratejiler. Bir çapraz tablo kullanılarak, haneler tarafından kullanılan farklı stratejiler, temel bileşen analizinden (PCA) elde edilen hanehalklarının sosyoekonomik sınıflarına göre analiz edilmiştir. Sonuç, kolay okuma için bir grafik şeklinde sunulmuştur (Şekil 3.*7*).

Üçüncü amaç ise, Benin'de sezaryen harcamaları ile ilişkili belirleyicileri analiz etmektir. Bu amaca ulaşmak için çoklu doğrusal regresyon yapılmıştır. Bu süreç sosyo-demografik, obstetrik, tıbbi ve sosyo-ekonomik değişkenlerin sezaryen maliyetine etkisini belirlemeyi mümkün kılmıştır. Analiz modeline dahil edilen bağımsız değişkenlerin seçimi literatüre, özellikle Ravit ark (2015)'nın çalışmasına dayanmaktadır.

Sezaryen olan kadının yaşı, hane halkı ikamet bölgesi, gebeliğin sağlık personeli tarafından izlenme durumu, kadının başka bir hastaneden sezaryen yapılan hastaneye sevk durumu, hastanede kalış süresi (gün olarak), sezaryen için endikasyon varlığı, komplikasyonun varlığı, sezaryen masraflarını karşılayan sağlık sigortasının varlığı, hanelerin sosyoekonomik düzeyi, kadının öğrenim düzeyi, kadının çalışma durumu ve hastane türü, çoklu doğrusal regresyon modelindeki bağımsız

değişkenlerdir. İstatistiksel testler için anlamlılık sınırı %5 olarak belirlenmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için SPSS 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) versiyonu kullanılmıştır.

2.8. Araştırmanın Etiği

Araştırma projesi Türkiye'de Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve onay alınmıştır (24/02/2021 ve 2021/212) (Bkz. EK-D). Daha sonra hastaların obstetrik dosyalarına ulaşmadan önce ilgili hastanelerin yöneticilerinden izin alınmıştır (Bkz. EK-E). Görüşme için ilk temas sırasında tüm katılımcılara bir bilgi formu ve bir bilgilendirilmiş onay formu sunulmuştur (Bkz. EK-F). Bilgilendirme formunda katılımcılara, görüşmeler sırasında ortaya çıkabilecek sorunların niteliği ve isterlerse soruları cevaplamaktan kaçınma olasılıkları hakkında bilgi verilmiştir. Sadece araştırmaya katılmayı kabul eden ve onay formunu okuyup imzalayan kişiler araştırmaya dahil edilmiştir. Görüşmeciler görüşme koşullarının uygun olduğundan emin olmuşlardır.

Toplanan birincil verilerin proje dışındaki kişiler tarafından olası kötüye kullanımına karşı korunmasını sağlamak için özel prosedürler geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Verilere erişim, araştırmaya katılanlarla sınırlandırılmıştır. Katılımcıları tanımlayabilecek isimler veya diğer bilgiler anketlerde belirtilmemiş ve kimlik numaraları ile değiştirilmiştir. Araştırmayla ilgili herhangi bir fiziksel risk yoktur. Görüşülen kişilerin hastanede kalınan süre boyunca uygulanan tedavilerle ve hastanın veya yenidoğanın kaybıyla bağlantılı duyguları, araştırmacılar tarafından uygun şekilde yönetilmiştir. Görüşme sırasında COVID-19 ile ilgili gerekli önlemler alınmıştır.

2.9. Araştırmanın Çalışma Takvimi

Araştırma, Aralık 2020 - Aralık 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Tablo 2.6'da araştırmanın aşamaları detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 2.6. Araştırmanın çalışma takvimi.

Aşamalar	**Açıklama**	**Süre**
Anketin hazırlanması	Anket, çalışmanın sonuçlarına yol açan tüm soruları içermektedir.	Aralık 2020–Ocak 2021
Ek belgesel araştırma	İşlenen konuyla ilgili literatür, Sağlık Bakanlığı ve Benin Ucretsiz Sezaryen Yönetimi Ulusal Ajansı'nda yapılan belgesel araştırmalarla güçlendirilmiştir.	Ocak–Şubat 2021
Hastanelerin yetkilendirilmesi	Araştırma yapılmadan önce araştırma için seçilen 3 hastanenin yöneticilerinden yazılı izin alınmıştır.	Şubat 2021
Görüşmecilerin işe alınması ve eğitimi	Bu eğitim, görüşmecilerin verileri toplamasına yardımcı olmuş, görüşmeciler anketteki tüm soruların anlamını öğrenmişlerdir.	Şubat 2021
İş araçlarının mobilizasyonu	Veri toplama için gerekli akıllı telefonların, güç bankaları kiralanmış ve KoBoCollect uygulaması alınmıştır.	Şubat
Ön anket	Ön test, araştırmaya dahil olmayan bir hastanede (Bethesda Hastanesi) gerçekleştirilmiştir. Amaç, işlevselliklerini sağlamak için anketi ve toplama araçlarını test etmektir.	Şubat 2021
Veri toplama	Her bir hastanedeki hastaların obstetrik dosyalarının incelenmiş, randevu ayarlanmış ve katılımcılarla görüşülmüştür.	Mart–Mayıs 2021
Veri işleme ve analiz	Veri işleme ve analiz, SPSS versiyon 25 yazılımı kullanılarak yapılmıştır.	Haziran–Temmuz 2021
Çalışma raporunun hazırlanması	Sonuçlar tez yazım kurallarına uygun olarak yazılmıştır.	Ağustos–Kasım 2021
Sonuçların sunumu	Sonuçlar daha sonra Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlara sunulmuştur. Bu, Benin'de sağlık sektörünün geliştirilmesi adına bazı önerilerin güçlendirilmesi için doğru zamandır.	Aralık 2021

3. BULGULAR

Çalışmanın bulguları bu bölümde sunulmaktadır. Belirlenen araştırma hedeflerine uygun olarak üç bölüm halinde düzenlenmiştir. İlk bölüm Benin'de sezaryen sırasında hanelerin ödeyeceği harcamaların miktarı ve niteliği ile ilgilidir. İkinci bölümde hanehalkının sezaryen harcamalarını karşılamak için gerekli kaynakları temin etme stratejileri gösterilmiştir. Son bölümde Benin'de sezaryen harcamalarının belirleyicileri analiz edilmektedir.

3.1. Benin'de Sezaryen Doğumun Maliyeti ve Maliyetin Türü

Bu paragraf, araştırmanın ilk amacına bir cevap sağlamaktadır. Genel olarak Benin'de sezaryen doğumun ortalama maliyetini ve bu maliyetin türlerini değerlendirmektedir. Bu maliyet ayrıca, hastanelere, hanehalkının ikamet ettiği yere, sezaryen endikasyonuna ve gözlenen komplikasyon türlerine göre değerlendirilmiştir.

3.1.1. Sezaryen Doğumun Ortalama Maliyeti

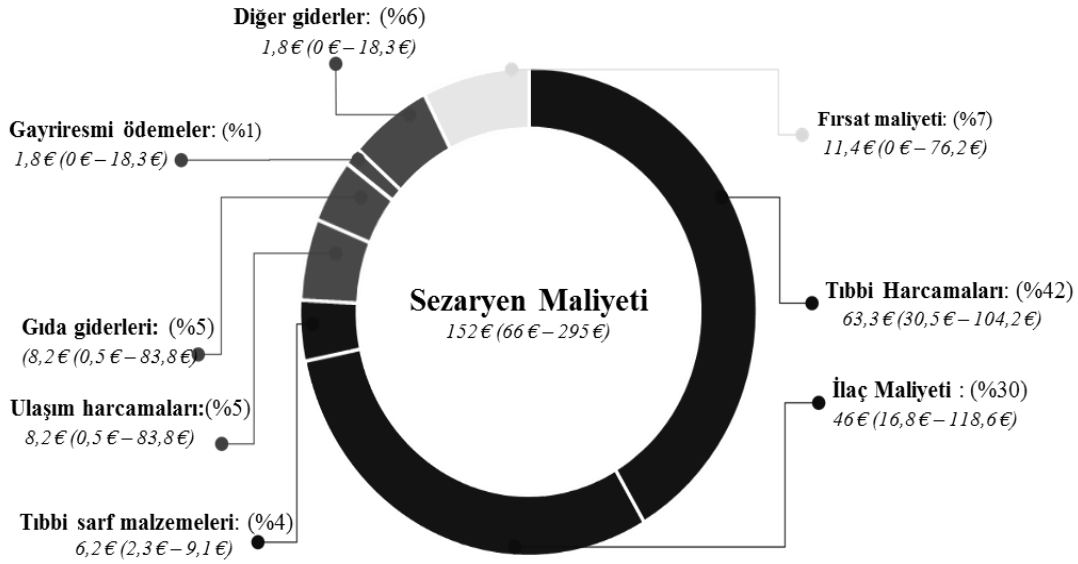
Çalışmanın sonuçlarına göre Benin'de haneler tarafından ödenen sezaryen harcamaları doğrudan maliyetler, dolaylı maliyetler ve fırsat maliyeti olmak üzere üç ana kategoriye ayrılmaktadır. Doğrudan maliyetler, tüm resmi tıbbi harcamaları, hastane içinde ve dışında satın alınan ilaçların maliyetini ve tıbbi sarf malzemelerinin maliyetini temsil etmektedir. Dolaylı maliyetler, ulaşım, yemek, bazen sağlık personeli tarafından talep edilen resmi olmayan ödemeler ve çeşitli diğer maliyetleri içermektedir. Son olarak fırsat maliyeti, sezaryenli kadının refakatçisi tarafından kaybedilen zamanın parasal değerinin bir tahminini oluşturmaktadır.

Veri toplamanın sonuçları esas olarak Benin'de yürürlükte olan ve Batı Afrika Ekonomik ve Parasal Birliği (UEMOA)'nin diğer 7 üye ülkesinde (Burkina Faso, Fildişi Sahili, Gine-Bissau, Mali, Nijer, Senegal ve Togo) ortak olan CFA Frangı (FCFA) cinsindendir. Sonuçlar, diğer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırmayı kolaylaştırmak için Euro'ya dönüştürülmüştür. Ayrıca, FCFA ile sabit bir pariteye sahip olduğu için sonuçların sunum para birimi olarak Euro seçilmiştir (1 € = 655,54 FCFA). Başka bir deyişle, sonuçların Euro'ya dönüştürülmesi, zaman içinde para birimlerinin sürekli düşüşlerine bağlı değerlerdeki değişimlerden kaçınmayı mümkün kılmaktadır.

Araştırma, Benin'de devlet tarafından ödenen sezaryen maliyeti dışında, hanelerin ortalama 152 € (99.642 FCFA) [GA: 66 €; 295 €] ödediğini göstermektedir.

Tıbbi harcamalar sezaryen harcamalarının en büyük kısmını (%42) ve ortalama 63,3 €'yu [GA: 30,5 €; 104,2 €] oluşturmaktadır. İlaçlar, ortalama 46 € [GA: 16,8 €; 118,6 €] ile sezaryen harcamalarının ikinci en büyük kategorisidir (%30). Hanehalkı tarafından karşılanan sezaryen harcamalarının %4'ünü tıbbi sarf malzemeleri (6,2 € [GA: 2,3 €; 9,1 €]), %5'ini ulaşım (8,2 € [GA: 0,5 €; 83,8 €]) ve %5'ini gıda (8,2 € [GA: 0,5 €; 83,8 €]) oluşturmaktadır. Ayrıca hanelerin bazen hastalarının özel bakımdan faydalanması ümidiyle sağlık çalışanlarına kendi istekleriyle veya istemeyerek gayriresmî olarak para verdikleri tespit edilmiştir. Bu çalışmada "gayri resmi ödemeler" olarak adlandırılan bu çeşitli gayriresmî ödemeler, sezaryen için hane harcamalarının %1'ini (1,8 € [GA: 0 €; 18,3 €]) temsil etmektedir. Haneler ayrıca yenidoğanın hastane kreşinde bakımı veya sezaryen kadının ek hastaneye yatış harcamaları ile ilgili diğer çeşitli harcamaları da karşılamaktadır. Bu harcamalar, kendileri tarafından ödenecek toplam sezaryen harcamalarının %6'sını (9 € [GA: 0 €; 56 €]) oluşturmaktadır. Hastanede kaldığı süre boyunca hasta yanında kalan refakatçinin potansiyel kazanç kaybını ölçen sezaryen fırsat maliyeti ortalama 11,4 € [GA: 0 €; 76,2 €] olup, toplam sezaryen harcamalarının %7'sini oluşturmaktadır.

Son olarak, sezaryen harcamalarının türlerine göre gruplandırılması, Benin'de hanehalklarının yaptığı sezaryen harcamalarının doğrudan harcamaların %76'sını, dolaylı harcamaların %17'sini ve fırsat maliyetlerinin %7'sini oluşturduğunu göstermektedir. Şekil 3.1 Benin'deki hanelerin maruz kaldığı sezaryen harcamalarını türe ve ortalama maliyete göre özetlemektedir.



Şekil 3.1. Benin'de sezaryen doğumun hanehalkı tarafından karşılanacak maliyeti ve türleri.

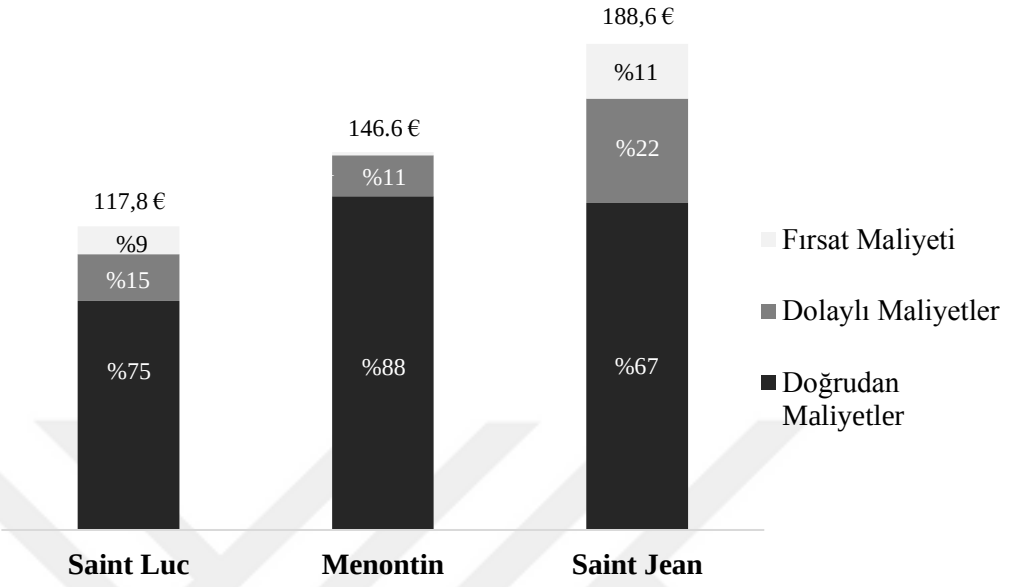
3.1.2. Hastanelere göre sezaryen doğumun niteliği ve maliyeti.

Araştırma sonuçları sezaryen maliyetinin hastanelere göre değiştiğini göstermektedir. Bu çalışmada ele alınan üç hastaneden 117,8 € [GA: 77,3 €; 197,8 €] ile en düşük sezaryen maliyetine sahip hastane Saint-Luc Hastanesidir. Buna karşılık, Saint-Jean hastanesi 188,6 € [GA: 66 €; 295,46 €] ile en yüksek sezaryen maliyetine sahiptir. Menontin Hastanesinde ortalama sezaryen maliyeti 146.6 €'dur [GA: 70.6 €; 226,9 €].

Ancak türlere göre maliyet analizi, sezaryen maliyetinin Menontin hastanesinde yüksek, Saint-Luc hastanesinde düşük olduğunu göstermektedir. Menontin hastanesinde, doğrudan sezaryen maliyeti toplam sezaryen harcamasının %88'ini (129,5€ [GA: 49,7 € ; 217,9 €]) temsil ederken, bu oran Saint-Luc ve Saint-Jean hastanelerinde sırasıyla %75 (88,9 € [GA: 48,7 €; 162,9 €]) ve %67'dir (126,8 € [GA: 51,9 €; 214,2 €]).

Dolaylı maliyetler Saint-Jean Hastanesinde daha yüksek (40,6 € [GA: 3,4 €; 178,5€]), Saint-Luc Hastanesinde orta (18,1 € [GA: 2,8 €; 76,3 €]) ve Menontin Hastanesinde en düşük (15,9 € [GA: 3,7 €; 74,7 €]) düzeydedir.

Son olarak, Saint-Jean Hastanesindeki haneler en yüksek fırsat maliyetini bildirirken (21,2 € [GA: 0 €; 76,3 €]), onu Saint-Luc Hastanesi (10,8 € [GA: 0 €; 76,3 €]) ve Menontin Hastanesi (1,3 € [GA: 0 €; 38,1 €]) izlemektedir.



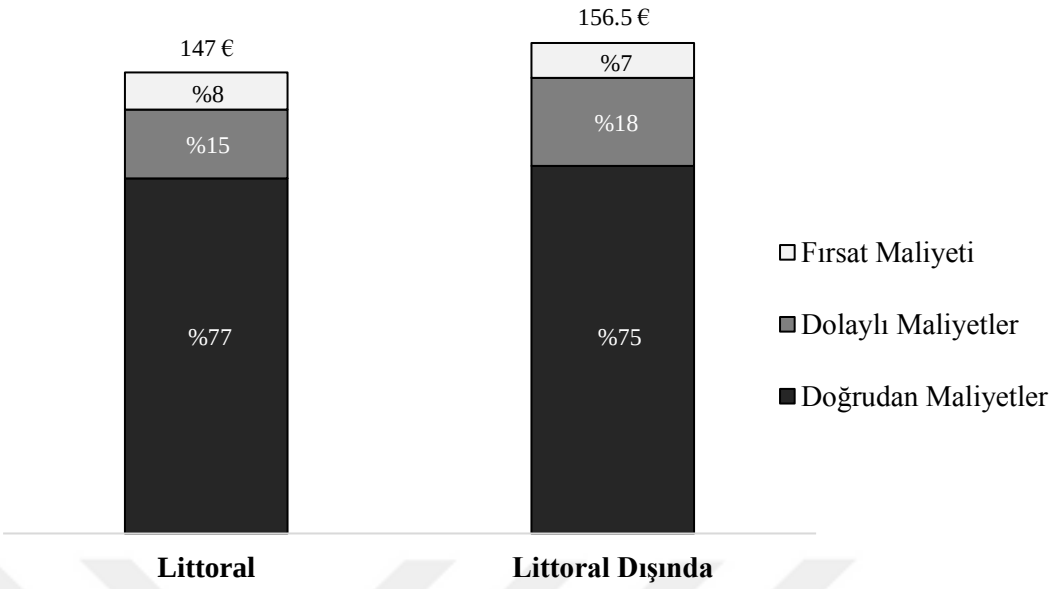
Şekil 3.2. Hastanelere göre sezaryen doğumun ve maliyeti ve maliyetin türü.

3.1.3. İkamet Yerine Göre Sezaryen Doğumun Maliyeti ve Maliyetin Türü

Daha önce vurgulanan önemli unsurlardan biri, Littoral bölgesinde bulunan hastanelerde doğum yapmak için ülkenin diğer bölgelerinden seyahat eden hanelerin oranıdır (yaklaşık %53). Bu gözleme dayanarak, Littoral bölgesinde ikamet eden haneler ile Littoral dışında ikamet eden haneler arasındaki sezaryen maliyetindeki farkı değerlendirmek önemli görünmektedir.

Dolayısıyla sezaryen maliyetlerinin yerleşim yerine göre analizi, Littoral dışında ikamet eden hanelerin Littoral'de ikamet eden hanelere göre sezaryen için daha fazla harcama yaptığını göstermektedir. Littoral'de ikamet edenler için ortalama sezaryen maliyeti 147 € [GA: 70,6 €; 272,4 €] iken, Littoral dışında ikamet edenler için 156,5 €'dur [GA: 66 €; 295,5 €].

Spesifik olarak, iki hane kategorisi için sezaryen ile doğrudan ve fırsat maliyetleri arasında önemli bir fark yoktur. Maliyetlerdeki temel fark, Littoral'de ikamet edenler ve Littoral dışında ikamet edenler için sırasıyla 21,9 € [GA: 1,3 €; 105,3 €] ve 28,1 € [GA: 3,4 €; 168,6 €] olan sezaryen dolaylı maliyetlerinde bulunmaktadır.



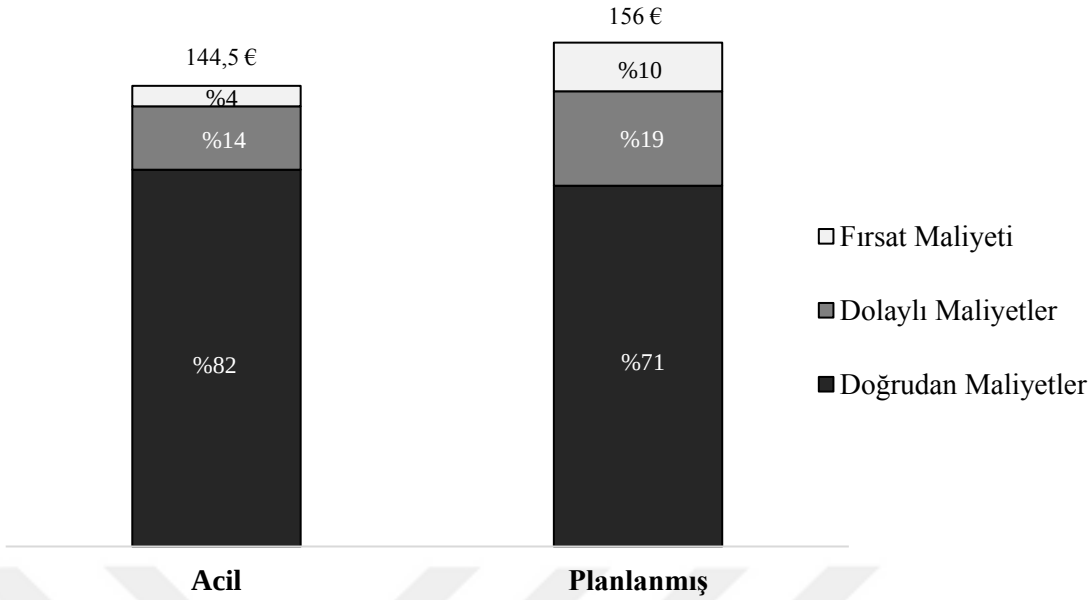
Şekil 3.3. Sezaryenin yerleşim yerine göre maliyeti ve maliyetin türü.

3.1.4. Sezaryen Endikasyonuna Göre Sezaryen Maliyeti ve Maliyet Türü

Çalışmanın sonuçları da Benin'de sezaryen planlanıp planlanmadığına veya sağlık profesyoneli tarafından acil tıbbi müdahale kararı verilmesine bağlı olarak harcamaların değiştiğini göstermektedir. Planlanmış sezaryenlerin haneler için acil sezaryene göre daha pahalı olduğu bulunmuştur. Benin'de, bir hane için planlanmış sezaryen ortalama 156 € [GA: 65,8 €; 294,8 €], acil sezaryen ise ortalama 144.5 € [GA: 75 €; 270,3 €] tutarındadır.

Paradoksal olarak, acil sezaryenin doğrudan maliyeti planlanmış sezaryene göre daha yüksektir. Acil bir durumda, doğrudan maliyet, haneler tarafından karşılanan sezaryen harcamalarının %82'sini temsil eder ve 118,1 € ([GA: 49,5 €; 231,6 €]) olarak tahmin edilirken, planlanmış sezaryen durumunda, bu maliyet toplam harcamaın %71'idir ve 113 € ([GA: 51,4 €; 210,5 €]) olarak değerlenmektedir.

Dolaylı ve fırsat maliyetleri, planlanmış sezaryeni daha pahalı hale getiren maliyetlerdir. Planlanmış sezaryen durumunda, bu iki harcamaın 44,8 € [GA: 2,4 €; 254,18 €] olduğu tahmin edilmektedir ve toplam sezaryen harcamasının %29'unu temsil etmektedir. Acil sezaryen sırasındaki dolaylı ve fırsat maliyetleri toplam harcamanın yalnızca %18'ini (26,4 € [GA: 2,7 €; 187,9 €]) oluşturmaktadır.

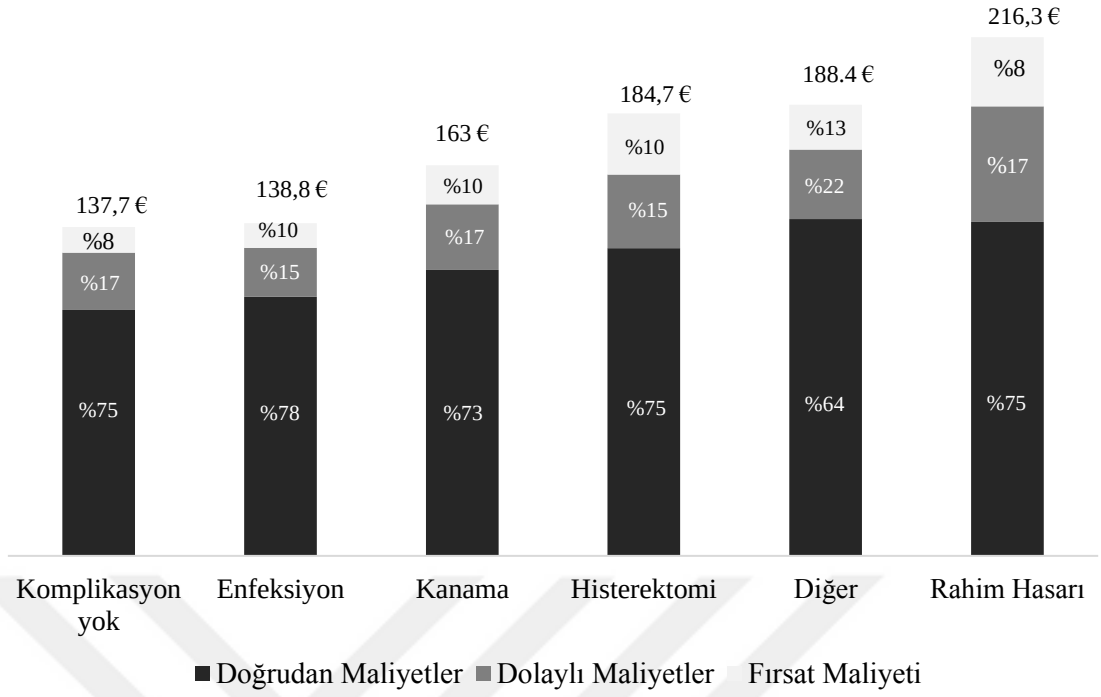


Şekil 3.4. Sezaryen endikasyonuna göre sezaryen doğumun maliyeti ve maliyetin türü.

3.1.5. Komplikasyona Göre Sezaryen Doğumun Maliyeti ve Maliyetin Türü

Çalışmanın sonuçları sezaryen maliyetinin tanıya bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir. Herhangi bir komplikasyon gözlemlenmeyen sezaryen, hanehalkı için komplikasyonlu sezaryenlere göre daha az maliyetlidir. Komplike olmayan bir sezaryenin maliyeti %75'i doğrudan, %17'si dolaylı maliyet ve %8'i fırsat maliyeti olmak üzere ortalama 137,3 €'dur.

Enfeksiyonlar, kanama, histerektomi, rahimde hasar sezaryen sonrası hastalarda sıklıkla karşılaşılan komplikasyonlardır. Sezaryen sonrası hanehalkı için en maliyetli komplikasyon rahim hasarının görmesidir. Bu komplikasyon sebebiyle haneler ortalama 216,3 € (doğrudan maliyette %75, dolaylı maliyette %15 ve fırsat maliyetinde %10) harcamaktadır. Histerektomi, en pahalı komplikasyona sahip ikinci sezaryen tanısıdır ve ortalama maliyeti 184,7 €'dur (%70 doğrudan maliyet, %17 dolaylı maliyet ve fırsat maliyetinde %14). Enfeksiyonlar ve kanama daha az maliyetlidir ve sırasıyla 138,8 € (%78 doğrudan maliyet, %15 dolaylı maliyet ve %7 fırsat maliyeti) ve 163 € (%73 doğrudan maliyet, %17 dolaylı maliyet ve %10 fırsat maliyetinde) değerindedir.



Şekil 3.5. Komplikasyona göre sezaryen doğumun maliyeti ve maliyet türü.

3.2. Sezaryen Harcamalarının Karşılanması İçin Gerekli Kaynakların Temini

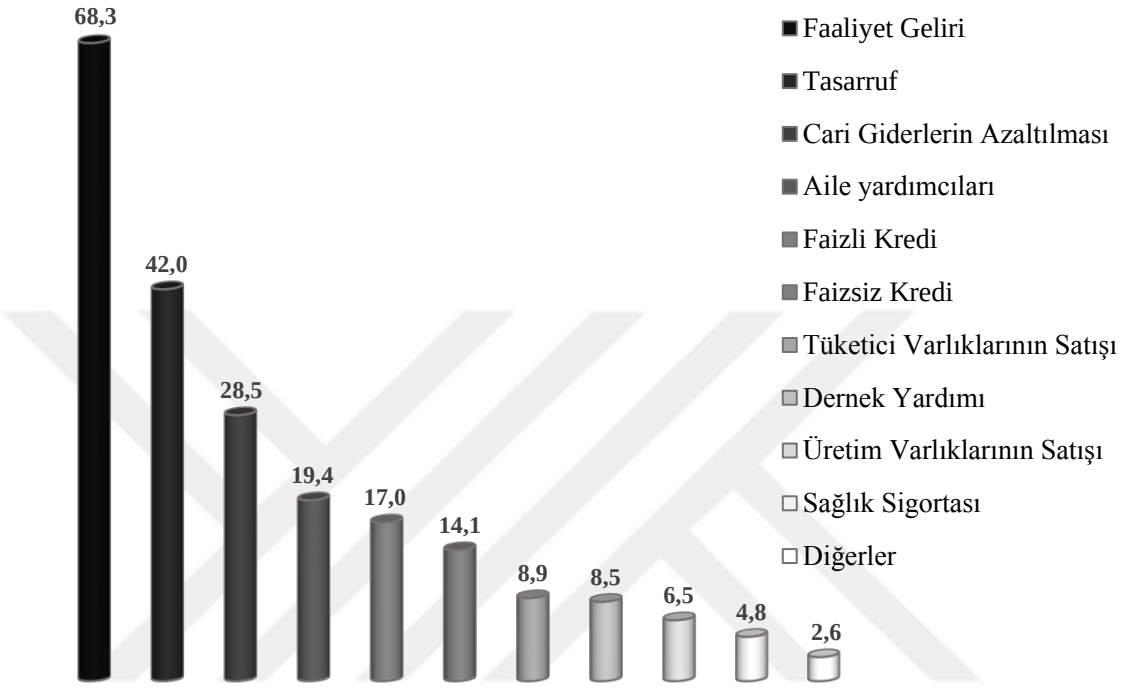
Bu bölümde hanelerin sezaryen harcamalarını karşılamak için kullandıkları stratejiler açıklanmaktadır. İlk olarak haneler tarafından kullanılan farklı stratejiler ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Daha sonra, hanelerin sosyoekonomik sınıflarına göre kullandıkları farklı stratejiler analiz edilmiştir.

3.2.1. Sezaryen Harcamaları İçin Kaynak Temini Stratejileri

Nüfusun %95'inden fazlasının hanehalkı sezaryen harcamalarını karşılayabilecek bir sigorta kapsamında olmadığı tespit edilmiştir. Bir sağlık harcaması kapsama sisteminin yokluğunda haneler, Benin'de yürürlükte olan ücretsiz sezaryen politikasının kapsamadığı ek harcamaları ödemek için farklı stratejilere başvurmuştur.

Araştırma, hanelerin ek sezaryen maliyetini ödemek için çeşitli stratejileri birleştirdiğini göstermiştir. Hanelerin %68,3'ü tarafından kullanılan strateji, sezaryen maliyetini karşılamak için faaliyetlerinden elde edilen kaynakları kullanmaktır. Bu kaynaklar yetersiz kaldığında, sezaryen acil ücretlerini karşılamak için %42'si tasarruflarını kullanmakta ve %28,5'i cari tüketim harcamalarını azaltmak zorunda kalmıştır. Bazı durumlarda haneler, özellikle aile yardımcılarına (hanelerin %19,4'ü),

dernek yardımlarına (hanelerin %8,5'i), faizli (hanelerin %17'si) veya faizsiz (hanelerin %14,1'i) krediler olmak üzere dış kaynaklara başvurmuştur. Son olarak, hanelerin %8,9'u tüketici varlıklarının satışını ve %6,5'i hayvancılık veya arazi gibi üretken varlıkları satmayı tercih etmiştir.



Şekil 3.6. Kaynak temini stratejileri envanteri (%).

3.2.2. Hanelerin Refah Düzeyine Göre Kaynak Temini Stratejileri

İlk olarak hanelerin sosyoekonomik durumları belirlenmiş, ardından daha önce bahsedilen sağlık harcamalarının ödenmesi için gerekli kaynakların harekete geçirilmesine yönelik stratejiler hanelerin sosyoekonomik sınıflarına göre analiz edilmiştir.

Hanelerin sosyo-ekonomik durumu

Hanelerin zenginliğini, ekonomik durumunu ve yaşam standardını ölçmenin birkaç yolu vardır. Hanehalkı geliri, harcaması ve tüketimi, sosyoekonomik çalışmalarda yaygın olarak kullanılan üç ölçüdür. Ancak, Benin'de nüfusun tamamına yakını kayıt dışı sektörlerde çalıştığı ve oldukça değişken aylık gelirle yaşadığı için, hanehalkı gelir ve giderlerini doğru bir şekilde toplamak ve ölçmek zordur. Bu bağlamda, beslenme alışkanlıkları, mal varlığı mülkiyeti ve konut özelliklerine ilişkin

verilerin kullanılması ve bu bilgilerin temel bileşen analizinde (PCA) oluşturulan refah endeksi gibi bir temsili göstergede birleştirilmesi bir alternatif olmuştur.

Hanehalklarını refah düzeylerine göre sınıflandırmak için 23 değişkene dayalı bir temel bileşen analizi (PCA) kullanılarak bir sosyoekonomik endeks oluşturulmuştur. PCA'nın ilk beş boyutu, varimax dönüşünden sonraki toplam varyasyonun %61,04'ünü açıklamıştır. Sonraki analizler için yalnızca öz değeri 1'den büyük olan boyutlar korunmuştur. Seçilen her boyut için, madde yanıtları ağırlıklandırılmış, genel bir puan oluşturmak için ortalaması alınmıştır. Daha sonra 1,02 ile 3,9 arasında bir bütünleştirici refah endeksi hesaplanmıştır (Bkz. EK-C).

Temel Bileşen Analizi sonunda elde edilen refah endeksi kategorik değişken olarak kullanılmıştır. Aşağıdaki Tabloye göre beş sosyoekonomik sınıf belirlenmiştir. İlk üç sınıfın orta ve yoksul sınıfı oluşturduğu ve hanelerin %53,3'ünü temsil ettiği ortaya çıkmaktadır. Buna karşılık, hanelerin %46,7'sini bir araya getiren son iki sınıf, zenginleri temsil etmektedir.

Tablo 3.1. Hanelerin sosyo-ekonomik sınıflandırması.

Refah Endeksi	Kategoriler	Sosyo-ekonomik Sınıf	n	%	Yığılmalı frekans
<= 1,598	1	Çok fakir	80	15.8	15.8
1,599 - 2,176	2	Fakir	82	16.2	32.1
2,177 - 2,754	3	Orta	107	21.2	53.3
2,755 - 3,332	4	Zengin	168	33.3	86.5
3,332 +	5	Çok zengin	68	13,5	100.0

Sosyoekonomik durum ve kaynak temini stratejisi

Hanelerin refah düzeylerine göre dağılımı, sosyoekonomik sınıfa göre en çok kullanılan gelir kaynaklarının vurgulanmasını sağlamıştır. Yukarıda bahsedildiği gibi, haneler bazen sezaryen harcamalarını ödemek için birkaç stratejiyi birleştirmektedir.

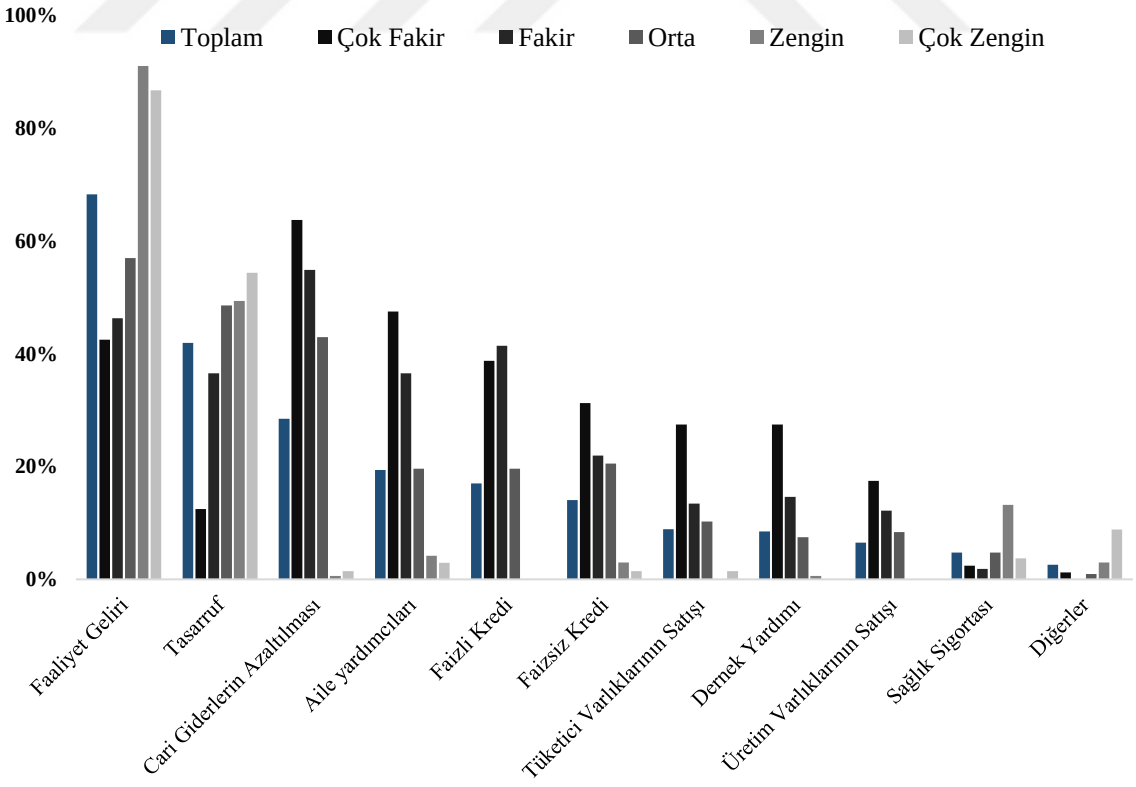
Aşağıdaki Şekil bize sezaryen harcamalarını ödemek için en yoksul hanelerin %64'ünün cari giderlerini azaltmak zorunda kaldığını, %48'inin aile yardımcıları kullandığını, %43'ünün faaliyetten elde ettiği geliri kullandığını ve %30'dan fazlasının faizli veya faizsiz kredi aldığını göstermektedir. Bu hanelerin %28'i topluluk derneklerinden yardım almaya veya tüketici varlıklarını satmaya zorlanmaktadır.

Olağanüstü durumlarda, %18'i üretim varlıklarını satmakta ve %13'ü tasarruflarını kullanmaktadır.

En yoksul hanelerde görülen eğilim, az yoksul hanelerde de görülmektedir. Bu sınıf tarafından en çok kullanılan stratejiler, cari giderleri azaltmak (%55), kazanılan geliri kullanmak (%46), faizli veya faizsiz borç almak (sırasıyla %41 ve %21), tasarrufları kullanmak (%37), aile yardımcılarını veya topluluk derneklerini (sırasıyla %37 ve %15) kullanmaktır. Hanelerin %13'ü tüketim varlıklarını, %12'si ise üretim varlıklarını satmıştır.

Orta sınıfın kullandığı ilk üç strateji, kazanılan gelir (%57), tasarruf (%49), cari giderlerin azaltılması (%43) iken, bu sınıfın %20'si aile yardımına veya faizli veya faizsiz krediye başvurmaktadır. %10'dan azı ise topluluk derneklerinden yardım istemiş ve varlıkları satmışlardır.

Zengin ve çok zengin sınıflar genellikle kazandıkları gelirleri (zenginler için %91 ve çok zenginler için %87) veya tasarruflarını (zenginler için %49 ve çok zenginler için %54) kullanmaktadır. Diğer başvuru kaynakları bu sınıf tarafından çok fazla kullanılmamıştır.



Şekil 3.7. Hanehalkı refah düzeyine göre kaynakların temini.

3.3. Sezaryen Harcamalarıyla İlişkili Belirleyiciler

Araştırmanın ilk bulguları, sağlık harcamalarının hastanelere, hanenin ikamet ettiği bölgeye, sezaryen endikasyonuna ve sezaryen sonrası komplikasyonlara göre değiştiğini göstermiştir. Daha genel bir yaklaşımda, sezaryen harcamalarının belirleyicilerini incelemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yürütülmüştür. Regresyon modelinin bağımlı değişkeni sezaryen harcamalarının toplam maliyetidir. Modelin bağımsız değişkenleri ise sezaryen olan kadının yaşı, hane halkı ikamet bölgesi, gebelik sağlık personeli tarafından izlenme durumu, başka bir hastaneden sezaryen yapılan hastaneye sevk durumu, sezaryen için endikasyon, komplikasyonun varlığı, hastanede kalış süresi (gün olarak), sezaryen masraflarını karşılayan sağlık sigortasının varlığı, kadının eğitim düzeyi ve çalışma durumu, hastane türü ve hanelerin sosyoekonomik sınıfıdır. Tahmini regresyon modeli, %5 düzeyinde küresel olarak anlamlıdır (P <0.05).

Elde edilen sonuçlar, hane halkı ikamet bölgesinin (β = -,117, p < 0,05), herhangi bir komplikasyonun varlığının (β = -,091, p < 0,05), sezaryen masraflarını karşılayan sağlık sigortasının varlığının (β = -,111, p < 0,05), hanelerin sosyoekonomik sınıfının (β = ,409, p < 0,05) kadının eğitim düzeyi, (β = -,168, p < 0,05) ve kadının çalışma durumunun (β = ,-362, p < 0,05) sezaryen harcamaları üzerinde anlamlı yordayıcı rolünün olduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkendeki varyansın % 31,6'sını açıkladığını göstermektedir. Bulgular Tablo 3.2'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Çoklu doğrusal regresyon modelinin tahmini.

Değişkenler	**R**	**R^2**	**B**	***β***	***t***	***p***
Sabit	,562	,316	115038,178	-	8,971	,000
Sezaryen olan kadının yaşı			-12,169	-,002	-,064	,949
Hane halkı ikamet bölgesi			-6629,623	-,117	-3,046	**,002***
Gebelik sağlık personeli tarafından izlenme durumu			443,764	,006	,127	,899
Başka bir hastaneden sezaryen yapılan hastaneye sevk durumu			-6486,692	-,106	-1,644	,101
Hastanede kalış süresi (gün olarak)			111,880	,003	,078	,938
Sezaryen için endikasyon			1154,328	,020	,443	,658
Komplikasyonun varlığı			-8837,988	-,091	-2,352	**,019***
Sezaryen masraflarını karşılayan sağlık sigortasının varlığı			14648,651	,111	2,917	**,004***
Hanelerin sosyoekonomik sınıfı			8899,887	,409	6,965	**,000***
Kadının eğitim düzeyi			-3890,887	-,168	-4,408	**,000***
Kadının çalışma durumu			-11768,981	-,362	-8,616	**,000***
Hastane türü			-425,747	-,007	-,113	,910

*: %5 oranında anlamlıdır ($p < 0,05$)

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada Benin'de hanehalklarının karşılaştığı sezaryen harcamaları değerlendirilmiş ve sonuçlar bu bölümde tartışılmıştır.

4.1. Araştırma Evreninin Özellikleri

Sezaryen için hanelerin yaklaşık %53'ünün ülkenin diğer bölgelerinden Littoral bölgesine taşındığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde, bu çalışmada dikkate alınan 3 hastanede de kadınların %18'inin diğer hastanelerden sezaryen ile doğum yapmak üzere sevk edildiği öğrenilmiştir. Benzer bir oranda Bouda (2012) acil obstetrik vakaların %20'sinin Burkina Faso'nun diğer bölgelerindeki diğer hastanelerden daha yüksek teknik platformu olan Bogodogo bölge hastanesine sevk edildiğini tespit etmiştir. Ek olarak, çalışma, kadınlardan acil sezaryenlere yapılan transferlerinin %90'ının uygun olmayan transfer aralarıyla yapıldığını ortaya koymuştur. Bu sonuca özellikle dikkat edilmelidir, çünkü Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde Bobossi-serengbe ve ark (2020), obstetrik acil durumların uygun olmayan araçlar ile transferinin yenidoğan ölümlerinin %60'ında önemli bir etkiye sahip olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada, toplu taşıma (taksiler ve otobüsler), hastaları doğum hastanelerinden yenidoğan servisine transfer etmek için tercih edilen araçları temsil etmiştir. Sonuç olarak, obstetrik acil hastaları için ulaşım kalitesinin iyileştirilmesi Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden birini oluşturan yenidoğanların ölümünü azaltma hedefi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olacaktır.

Ayrıca gebeliklerin yaklaşık %20'sinin sağlık personeli tarafından takip edilmediği tespit edilmiştir. Benzer bir oran, yakın zamanda yapılan demografik sağlık araştırmasında ulusal düzeyde de kaydedilmekte olup, 15-49 yaş arası son beş yıl içinde doğum yapmış kadınların %17'sinin bir sağlık personeli tarafından herhangi bir doğum öncesi bakım almadığını ortaya koymaktadır (INSAE 2019).

Bir de araştırma, sezaryen ile doğum yapan kadınların %8,7'sini erken ve geç doğum gerçekleştirdiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuç, 2018 demografik sağlık araştırmasının ulusal eğilimi ile karşılaştırılabilmektedir. Bu araştırmaya göre, sezaryen olan kadınların yüzdesi doğum yaşıyla birlikte artma eğiliminde olup 20 yaşın altındakilerde %4'ten 35-49 yaşları arasındakilerde %6'ya kadar değişmektedir (INSAE 2019). Erken (20 yaşından önce) ve geç (40 yaşından sonra) çocuk doğurma oranına özellikle dikkat edilmelidir, çünkü bunlar artan perinatal mortalite riskleri ile

ilişkilidir. Gerçekten de, INSAE'ye (2019) göre, Benin'deki perinatal ölüm oranı, 20 yaşından önce veya 40 yaşından sonra doğum yapan kadınlar arasında daha yüksektir.

Ayrıca, erkeklerden daha küçük bir oranda, sezaryen ile doğum yapan kadınların yaklaşık %25'inin mesleki yeterliliği olmadığı, %23'ünün eğitimsiz olduğu ve %8'inin işsiz olduğu da belirtilmelidir. Sonuç olarak, yeterli bir istihdam durumunun olmaması durumunda, kadınlar bazen kocalarının iradesine indirgenmektedir. Kocaların gebeliğin acil yönetimine çok az dahil olduğu durumlarda, anne ve çocuğun hayatını tehlikeye atan, acil obstetrik bakımın ertelenmesi veya feragat edilmesi gözlenmektedir. Sialubanje ve ark (2015), Zambiya'da kadınların obstetrik komplikasyonlarla bile genel olarak karar verme özerkliğinden yoksun olduklarını ve sağlığa erişim için kocalarından izin almaları gerektiğini açıkladıkları Zambiya'da da aynı sonuca varmıştır.

Sonuçlar, çalışma popülasyonunda sezaryen nüksünün yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim ortalama doğum sayısı, ikisi sezaryen ile olmak üzere 3 çocuktur. Aslında, daha önce sezaryen geçirmiş bir kadının sezaryen ile doğum yapma olasılığının daha yüksek olduğu kabul edilmektedir.

4.2. Benin'de Haneler Tarafından Ödenecek Sezaryen Maliyeti

Bu çalışma, Benin'deki haneler tarafından ödenecek sezaryen maliyetinin tahmin edilmesini mümkün kılmıştır. Benin'de ücretsiz sezaryen politikasına rağmen, hanehalkı tarafından karşılanacak sezaryen maliyetinin hala yüksek olduğu ve ortalama 152 € (99.696 FCFA) olduğu tahmin edilmektedir. Bu sonuç, 2009 yılında Benin'de uygulamaya konulan sezaryen ile ilgili kamu politikasının, sezaryen maliyetinden sadece kısmi bir muafiyet oluşturduğunu ve bugüne kadar değişmediğini göstermektedir. Aslında, onaylanmış her hastaneye doğrudan sezaryen başına sezaryen kitinin maliyeti olan 152,46 € (100.000 FCFA) tutarında toplu ödeme yapılmaktadır. O halde, Benin'de sezaryen poliçesinin toplam sezaryen maliyetinin sadece %50'sini kapsadığı, dolayısıyla geri kalanının hanehalkına ait olduğu kabul edilmektedir.

Mongbo ve ark (2016), ücretsiz sezaryen politikasının uygulamaya konmasına rağmen, sezaryen sonrası hanehalklarının üstlenmesi gereken maliyetlerin varlığını daha önce doğrulamıştır. Benin'deki haneler tarafından karşılanan sezaryen harcamalarının 0 € ile 305 € arasında değiştiğini ve ortalama 45,7 € (30.000 FCFA)

olduğunu bulmuşlardır. Ancak, bu çalışmada sadece hanehalkı tarafından karşılanacak sezaryen doğumunun doğrudan maliyetleri (tıbbi maliyetler, ilaçlar ve klinik muayeneler) değerlendirilmiş ve diğer maliyetlerle herhangi bir ilgisi bulunmamıştır. Bu çalışmada, doğrudan maliyet, hanehalkı tarafından karşılanan sezaryen maliyetinin %76'sını temsil etmekte ve tıbbi maliyetler, ilaçlar ve tıbbi sarf malzemelerinden oluşmaktadır. Çalışma, doğrudan maliyete ek olarak, toplam sezaryen maliyetinin sırasıyla %17'sini ve %7'sini temsil eden hanehalkı tarafından karşılanan dolaylı ve fırsat maliyetlerinin varlığını bulmuştur. Bu sonuca göre Arsenault ve ark (2012), Mali'deki hanelerin üstlendiği sezaryen harcamalarının ortalama 109 € (71.535 FCFA) olduğunu ve doğrudan, dolaylı ve fırsat maliyetlerine ayrıldığını tespit etmiştir. 2017'de Mali'deki maliyet, Ravit ve ark (2018) tarafından %70 doğrudan maliyet dahil olmak üzere 77.017 FCFA olarak yeniden değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar, yakın zamanda Odhiambo ve ark (2019) tarafından Ruanda'da gerçekleştirilen sezaryen maliyeti değerlendirmesine daha yakındır. Elde ettikleri sonuçlara göre, Ruanda'da hanehalkı tarafından üstlenilen sezaryen maliyetinin %35'i ameliyat öncesi, %65'i ameliyat sonrası olmak üzere toplam 339 ABD dolarıdır.

Tüm kaynakların temel ihtiyaçlar için kullanıldığı yoksul hanelerde nispeten düşük harcamaların bile felaketlere yol açabileceğini bilmek önemlidir. Aslında, katastrofik sağlık harcamaları her zaman yüksek sağlık harcamaları ile eş anlamlı değildir ve bazı haneler için küçük harcamalar bile yoksulluğa yol açabilmektedir (Leive ve ark 2018). Benin'de yürürlükte olan asgari ücretin 40.000 FCFA (60 €) olduğu (Affodjou 2019) düşünüldüğünde, bu çalışmada belirlenen 152 €'luk bir sezaryen harcamasının Benin'deki haneler, özellikle de yoksul haneler için katastrofik olacağı açıktır.

4.3. Benin'de Sezaryen Harcamaları ile İlişkili Belirleyiciler

Bu çalışmada Benin'de sezaryen harcamalarının temel belirleyicilerinin, hane halkı ikamet bölgesi, komplikasyon varlığı, sezaryen masraflarını karşılayan sağlık sigortasının varlığı, hanelerin sosyoekonomik sınıfı, kadının öğrenim düzeyi ve çalışma durumu olduğu tespit edilmiştir. Mali'de, Ravit ve ark (2015) da sezaryen harcamalarının hanehalkının ikamet ettiği yere, toplam ulaşım süresine ve sezaryen yerine göre değiştiğini bulmuşlardır. Bu faktörlere ek olarak hanehalkı refah indeksi

ve sezaryen sonrası komplikasyonların sezaryen maliyetini açıklayan diğer faktörler olduğunu belirtmişlerdir.

Littoral dışında ikamet eden hanelerin, Littoral'da ikamet edenlere göre daha yüksek sezaryen harcamalarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu maliyet farkı, esas olarak, Littoral bölgesinde yerleşik olmayanlar için daha yüksek olan ulaşım ve fırsat maliyetleri ile açıklanmaktadır. Aslında Sağlık Bakanlığına (2020) göre, Benin piramit şeklindeki bir sağlık sistemine bağlı olduğundan, sevk hastanelerinin neredeyse tamamı Littoral bölgesinde, özellikle Cotonou'da bulunmaktadır. Kaliteli acil obstetrik bakım arzı ülkenin bu şehrinde yoğunlaşacaktır. Yerel bir acil obstetrik bakım hizmetlerinin yokluğunda, hanelerin çoğu Littoral'a gitmeye ve daha yüksek ulaşım maliyetine katlanmaya zorlamaktadır. Aynı gözlem Burkina-faso'da Meda ve ark (2018) tarafından yapılmıştır. Onların araştırmasına göre Burkina-Faso'da bir sevk hastanesinde doğum sırasında, kırsal alanlarda yaşayan kadınlar için ulaşım maliyetinin daha yüksek olduğunu ve etkilerinin en yoksullar üzerinde daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Ravit ve ark (2018) ayrıca sezaryen harcamalarının değerlendirilmesinde ulaşım maliyetinin önemini doğrulamaktadır. Mali'de, ulaşım harcamalarını ve eşitsizlikleri azaltmayı amaçlayan bir referans tahliye sisteminin varlığına rağmen, ulaşım maliyetlerinin yüksek kaldığını ve acil obstetrik ve yenidoğan bakımına erişimi engelledi̇klerini bildirmektedirler.

Sezaryen maliyeti ameliyat sonrası gözlenen komplikasyonlara bağlı olarak değişmektedir. Sezaryen sonrası uterus hasarı olan kadınlar, özellikle tedavi için diğer komplikasyonları olan kadınlardan daha yüksek miktar ödemişlerdir. Bu sonuç, uterus hasarının genellikle hastanede uzun süre kalmayı ve pahalı ilaçları, özellikle antibiyotikleri gerektiren bir sezaryen sonrası komplikasyon olması ve bazı kadınlar için ikinci bir müdahalenin zorunlu olması ile açıklanabilmektedir. Ravit ve ark (2018) da, sezaryen doğumun toplam maliyetinin, kadının rüptüre uterus, kanama, eklampsi veya doğum sonrası enfeksiyonu olup olmamasına bağlı olarak önemli ölçüde farklı olduğunu bulmuştur.

Sezaryen harcamalarının hanelerin ekonomik durumuna göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Acil obstetrik bakımın maliyetini hane geliriyle karşılaştıran az sayıda çalışma benzer sonuçlar bildirmiştir. Mali'de yoksul haneler için acil obstetrik bakım harcamaları zengin hanelere göre daha yüksekti (Arsenault, 2013). Madagaskar'da Honda ve ark (2011) sezaryen doğumun toplam maliyetinin,

zenginlerin yıllık gıda dışı harcamalarının %32,9'unu ve yoksulların %109,1'ini oluşturduğunu bulmuştur. Bulgularımıza benzer şekilde bu çalışmalarda göstermektedir ki, Sahra-altı Afrika'daki nüfusun önemli bir kısmı için acil obstetrik bakım ihtiyacı karşılanabilir düzeyde değildir.

Kadınların öğrenim düzeyi ve çalışma durumu da sezaryen harcamalarını önemli ölçüde etkileyen faktörlerdir. Sialubanje ve ark (2015), Zambiya'da kadınların mesleki beceri eksikliğinin ekonomik bağımsızlıklarını ve kocalarından özerkliklerini azalttığını açıklamıştır. Obstetrik komplikasyon durumunda kadınlar genellikle karar verme özerkliğinden yoksundur ve sağlık hizmetlerine erişmek için kocalarından izin almak zorunda kalmaktadır. Kocanın acil bir durumda hastaneye gitme kararını geciktirmesi, komplikasyonların ortaya çıkmasına ve dolayısıyla sezaryen harcamalarının artmasına yol açabilmektedir.

4.4. Kullanılan Kaynak Temini Stratejileri

Çalışma, genellikle hanelerin aynı anda birkaç farklı temin mekanizması kullandığını göstermiştir. Araştırma nüfusunun %63'ünü oluşturan orta ve yoksul sınıf haneler, sezaryen maliyetlerini ödemek için cari harcamaları azaltma, aile üyelerinden veya topluluk derneklerinden yardım talep etme, tüketim veya üretim varlıklarını satma veya tefecilerden kredi alma eğilimindedir. Buna karşılık, zengin haneler, sezaryen harcamalarını ödemek için genellikle kazanılan gelir ve tasarrufları kullanmaktadır.

Arsenault ve ark (2012) yoksul hanelerin sosyal ağdan aldıkları yardımın önemli olabileceğini, bazen bu yardımlarla sezaryen maliyetinin tamamını karşılayabildiklerini göstermiştir. Ayrıca bazı hanelerin sezaryen faturalarını yurt dışında yaşayan aile üyelerinden transfer edilen paralarla ödediğini de ortaya koymuştur. Samake ve ark (2018)'nın Sahra-altı Afrika'da aile ekonomisi üzerine yaptığı araştırmaya göre bazı haneler, yurtdışında özellikle Avrupa, Amerika ve Afrika'nın diğer ülkelerinde yaşayan aile üyeleri tarafından gönderilen para ile geçinmektedir. Afrika ülkelerinde görülen bu aile giderleri finansmanı yöntemi, Benin'de de sezaryen harcamalarının ödenmesinde kullanılmaktadır.

Sezaryen harcamalarını finanse etmek için tüketim veya üretim varlıklarının satılması da Mali ve Burkina Faso'daki haneler tarafından yaygın olarak kullanılan bir stratejidir (Arsenault ve ark 2012, Flores ve ark 2018). Bu ülkelerde satılan varlıklar

çoğunlukla geçim kaynağı olan hayvanlar, tahıl ürünleri veya diğer tarımsal ürünler ve maddi varlıklar (bazı durumlarda bisiklet, motosiklet veya araba parçaları) olabilmektedir. Hanehalkı, karşılaştıkları ekonomik şokları hafifletmek için genellikle hayvanlarının veya mahsullerin satışı sonucu elde ettikleri geliri kullanmaktadır. Geçimini tarımdan sağlayan haneler için, hasat henüz yapıldığında, harcamaları karşılamak için bir kısmının satılması olasılığı onları korur ve acil sağlık harcamalarının sonuçlarını hafifletir. Buna rağmen, Sauerborn ve ark (2019), haneler hayvanlarını veya toprak gibi üretim varlıklarını sattıklarında, ekonomik kırılganlığın kısır döngüye girebileceğine ve bu durumun haneleri daha da yoksulluğa itebileceğine dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda sezaryen harcamalarını ödemek için cari giderlerin sıklıkla azalması, genellikle gıda harcamalarıyla ilgilidir. Ancak Flores ve ark (2018) için, Cari harcamaları azalmak bazen iki ana nedenden dolayı çocukları okuldan uzaklaştırmak anlamına da gelmektedir. İlk olarak, öğrenim ücreti sezaryen ile ilgili acil durumu çözmek için kullanılabilecek önemli bir harcamadır. İkinci olarak, hasta anne ve refakatçilerinin görevleri okuldan çekilen çocuklara verilmelidir.

Sağlık harcamalarını karşılamak için paranın nasıl toplandığı, harcamaların potansiyel sonuçlarını etkilemektedir. Aslında, sezaryen harcamalarını karşılamak için tasarrufları kullanma, kredi alma, aileden veya bir dernekten yardım alma veya varlık satma seçenekleri, haneleri kısa vadede koruyabilmekte ve kendi geçimlerini sürdürmelerine olanak sağlayabilmektedir. Flores ve ark (2018) bu mekanizmalara adaptasyon mekanizmaları (coping mecanisms) adını vermektedir. Adaptasyon mekanizmalarının kısa vadede katastrofik sağlık harcamalarının neden olduğu ekonomik şokla başa çıkmada ailelere yardımcı olduğu doğru olsa da, bu mekanizmalar haneleri bir sosyal koruma veya sağlık sigortası sisteminin yapabileceği şekilde tam bir koruma sağlayamayacaktır. Aslında, obstetrik harcamaları karşılamak için kredi kullanımı veya mal satma olasılığı, haneleri kısa vadede bazı zorluklarla karşı karşıya bırakabildiği gibi uzun vadede kaynaklarının tükenmesine de yol açmaktadır.

4.5. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. İlk olarak, hane geliri verileri elde edilemediğinden, haneleri beş gruba ayırmak için temel bileşen analizi yöntemi

kullanılmıştır. PCA'nın ilk beş boyutu, toplam varyasyonun %61'ini açıklamıştır. Bu, ankete katılan örneklemi bir sosyoekonomik gruba sınıflandırabilmek için PCA modeline dahil edilen değişkenlerde yer alan bilgilerin %39'unun kaybolduğu anlamına gelmektedir. Açıklanan varyansın toplamı daha yüksek olsaydı, bu analiz daha da kesin olurdu.

Çalışmamızda vurgulanması gereken ikinci sınırlılık, sorgulanan örneğin temsil edilebilirliği ile ilgilidir. Littoral bolgesi, en son INSAE (2019) demografik ve sağlık araştırmasının bulgularına dayanarak çalışmanın coğrafi çerçevesi olarak seçilmiş ve bu da Littoral bolgesinin Benin'de en yüksek sezaryen oranına sahip olduğunu belirtmiştir. Ancak, hanelere yapılan sezaryen harcamalarının ekonomik büyüklüğünü analiz etmek için, analize Benin'in en yoksul bölgelerini dahil etmek daha ilginç olurdu. Littoral bölgesi, aynı zamanda Benin'in ekonomik başkentini (Cotonou) temsil etmektedir. Bu bölgede en yoksul hanelerin oranı ülkenin diğer bölgelerine göre daha düşüktür. Alt sınıfın hanelerin %32'sini, orta sınıfın hanelerin %22'sini ve üst sınıfın %46'sını oluşturduğunu gösteren anket yapılan hanelerin sosyo-ekonomik özelliklerini gözlemlediğimizde bu hipotez daha açık görünmektedir.

Öte yandan, analiz yöntemimiz, yapılandırılmış bir anket kullanarak hanehalklarıyla görüşmekten oluşmuştur. Başka bir analiz yöntemi, katılımcılara daha fazla ifade özgürlüğü vermek için yarı yapılandırılmış görüşmeler yapmaktan oluşabilirdi. Yarı yapılandırılmış bir görüşme, hanelerin sezaryen doğumun mali yönetiminde karşılaştıkları zorlukları ortaya koymayı mümkün kılabilirdi.

Son olarak çalışma, hanelerin sezaryen sırasında yaptıkları harcamaların ve hanelerin kullandığı kaynak temini stratejilerinin analizi ile sınırlandırılmıştır. Ancak, kendimizi yalnızca böyle bir analizle sınırlamak, hanelere dayatılan doğrudan ödeme sorununun tüm yönlerini vurgulamamıza izin vermemektedir. Arsenault (2012) tarafından yapılan çalışmada olduğu gibi, sezaryen harcamalarının haneler üzerindeki orta ve uzun vadeli ekonomik sonuçlarını değerlendirmek daha eksiksiz olurdu. Ancak bu harcamaların hanelerin ekonomik durumu üzerindeki sonuçlarını gerçekten anlamak için haneleri sezaryen sonrası en az bir yıl gözlemlemek gerekmektedir. Zaman kısıtlaması böyle bir analize izin vermediği için yeni bir çalışmanın konusu olacaktır.

4.6. Çalışmanın Güçlü Yönleri

Çalışmamızın güçlü yönlerinden biri, 505 haneden oluşan nispeten büyük bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiş olmasıdır. Ayrıca Benin'de tek bir hastaneyle değil, 3 sevk hastanesiyle sınırlı kalmıştır. Bu, çalışılan örnekle bağlantılı belirli önyargıları önlemiş ve sonuçlarımızın geçerliliğini güçlendirmiştir.

Ayrıca, bildiğimiz kadarıyla bu çalışma Benin'de hanehalkı tarafından yapılan doğrudan maliyetlerin ötesinde sezaryen maliyetlerini inceleyen tek çalışmadır. Çalışma, harcamalara ek olarak, hanehalklarının sezaryen maliyetlerini ödemek için kullandıkları kaynak temini stratejilerini vurgulamaktadır. Bu yaklaşım, genel olarak hanehalklarının, özelde ise en yoksulların kendilerine dayatılan sağlık harcamalarının doğrudan ödenmesine yanıt vermede karşılaştıkları zorluklara dikkat çekmeyi mümkün kılmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde, çalışma bulguları sonucunda ulaşılan bilgiler ve öneriler yer almaktadır.

5.1. Sonuçlar

Benin'de ücretsiz sezaryen politikasının uygulamaya konulması, acil obstetrik bakıma erişimde ve anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında kilit bir rol oynamasına rağmen, çalışmamız, bu polikanın sezaryen ile ilgili tüm harcamaları kapsamadığını göstermiştir. Ücretsiz sezaryen politikası, akredite hastanelere yapılan sezaryen başına 100.000 FCFA toplu ödemeden oluşan sezaryen maliyetinden yalnızca kısmi bir muafiyettir. Hastanelere ödenen miktar sezaryen kitinin maliyetini karşılamaktadır. Haneler, sezaryen doğum için, %76'sı doğrudan maliyet, %17'si dolaylı maliyet ve %7'si fırsat maliyeti olmak üzere ortalama 152 € ödmiştir. Doğrudan maliyet, tüm tıbbi maliyetleri, ilaçları ve tıbbi sarf malzemelerini temsil ederken, sezaryenin dolaylı maliyeti ulaşım ücretlerinden, gıda ücretlerinden, sağlık çalışanlarına gayriresmî olarak verilen gayri resmi ödemelerden ve diğer harcamalardan oluşmaktadır. Fırsat maliyeti ise, hastanede yatış süresi boyunca hastanın refakatçisi tarafından kaybedilen geliri temsil etmektedir.

Dahası, araştırma Benin'de sezaryen doğum yeri, Hanehalkının ikamet ettiği yer, ulaşım ücretleri ve hastanede kalış süresinin sezaryen maliyetinin ana belirleyicileri olduğunu ortaya koymuştur.

Diğer tarafta hanelerin aynı anda birkaç farklı kaynak temin mekanizmaları kullandığı tespit edilmiştir. Araştırma nüfusunun %63'ünü oluşturan orta ve yoksul sınıf hanelerin sezaryen harcamalarını karşılamak için cari harcamaları azaltma, aile üyelerinden veya topluluk derneklerinden yardım isteme, tüketim veya üretim varlıklarını satma, tefecilerden kredi isteme olasılığı daha yüksektir. Buna karşılık, zengin haneler, sezaryen harcamalarını ödemek için daha sık kazanılan gelir ve tasarrufları kullanmaktadır.

Araştırma hedeflerinin ötesinde, hanelerin %53'ünün yeterli bir obstetrik bakım tedariki arayışında ülkenin diğer bölgelerinden Littoral bölgesine taşındığı tespit edilmiştir. Gebeliklerin %20'si sağlık personeli tarafından izlenmemiştir. Son olarak, erken ve geç doğum gibi yüksek riskli doğumlar, sezaryen ile doğum yapan kadınların %8,7'sini temsil etmektedir.

5.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen bulgular göz önüne alındığında Benin'de sezaryene erişilebilirliği artırmak için şu şekilde öneriler geliştirilmiştir:

- Benin'deki yönetim organları ve bağışçılar anne sağlığına yönelik desteklerini artırmalıdır. Haneleri katastrofik harcamalara karşı korumak ve böylece kadınların komplikasyonlar sırasında acil obstetrik bakıma erişmelerini kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır. Programlar, kullanıcılara dayatılan sağlık harcamalarının doğrudan ödenmesini ortadan kaldırmayı ve en savunmasız olanları katastrofik sağlık harcamalarından korumayı başarmadıkça, Benin'de iyi sağlık ve refah ile ilgili 3. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefine ulaşmak zor olacaktır.
- Benin gerçeğine uyarlanmış ve nüfusun sağlık harcamalarını kapsayan bir genel sağlık sigortası programı oluşturma süreci, hanehalklarını doğrudan harcamaların sağlık ödemesinden kaynaklanan ekonomik yükten kurtarmak için hızlandırılmalıdır.
- Hanelerin yakındaki acil obstetrik bakıma erişimini sağlamak için ülkenin her bölgesinde sağlık sisteminin ademi merkeziyetçiliği ve özerkliği için çalışmak da gerekli olacaktır. Bunun için her bölgede daha fazla sağlık altyapısının oluşturulması ve nitelikli sağlık personelinin sağlanması gerekecektir.
- Uygun olmayan ulaşım araçlarıyla tıbbi tahliye vakalarının ortadan kaldırılması da acildir. Bunu başarmak için, hastaların güvenli bir şekilde taşınmasını sağlamak için hastanelere ambulans sağlanması tavsiye edilmektedir.
- Son olarak, gebe kadınları doğum öncesi bakıma erişmeye teşvik edecek bir sistem devreye sokulmalıdır. Bu sistem aynı zamanda ilk doğum öncesi danışmanlıktan doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların düzenli olarak izlenmesini sağlamalıdır.

6. KAYNAKLAR

Abdoun M, Merabet N, Nouiouet N, Rezig F, Saoudi S, 2020. Epidemiology of maternal mortality in the Wilaya of Sétif, from 2014 to 2019. Batna J Med Sci, 7(2): 97-101.

Afari H, Hirschhorn LR, Michaelis A, Barker P, Sodzi-Tettey S, 2014. Quality improvement in emergency obstetric referrals: qualitative study of provider perspectives in Assin North District. Ghana BMJ Open, 4(5).

Affodjou D 2019. Beninese labor law. Copef, 1st edition, Benin, Erişim tarihi 23 Aralık 2021. Erişim adresi, http://library.fes.de/pdf-files/bueros/benin/15653.pdf.

Arsenault C, Fournier P, Philibert A, Sissoko K, Coulibaly A, Tourigny C, Traoré M, Dumont A, 2013. Emergency Obstetric Care in Mali: Catastrophic Spending and its Impoverishing. Bull World Health Organ, 91 (3): 207-216.

ATIH, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, 2019. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 10(1), France.

Austin A, Gulema H, Belizan M, Colaci DS, Kendall T, Tebeka M, 2015. Barriers to providing quality emergency obstetric care in Addis Ababa, Ethiopia: healthcare providers' perspectives on training, referrals and supervision, a mixed methods study. BMC Pregnancy Childbirth, 15(74)

Baguiya, A, Meda, IB, Ridde V, 2019. Paiements directs dans le cadre d'une politique de gratuité des soins maternels au Burkina Faso : une enquête nationale transversale. Santé Écon Rév, 9 (11).

Bobossi-Serengbe G, Mbongo-Zindamoyen AN, Diemer H, Nadji-Adim F, Siopathis RM. 2020, Les nouveau-nés de faible poids de naissance à l'unité de néonatologie du Complexe Pédiatrique de Bangui (R.C.A) : Devenir immédiat et pronostic. Médecine d'Afrique Noire, 47 (4): 191-195

Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJ, Barros FC, Juan L, Moller AB, Say L, Hosseinpoor AR, Yi M, Neto DD, 2018. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet, 392(10155): 1341-1348.

Bouda GU, 2012. Le système de partage des coûts pour la prise en charge des urgences obstétricales au CMA du secteur 30 de Ouagadougou : bilan de 2005 à 2010. Thèse de doctorat, Université de Ouagadougou, Burkina-Faso.

Chelo D, Monebenimp F, Npanguepko FR, Tietche F, 2012. Early neonatal mortality and its determinants in a Level 1 maternity in Yaounde, Cameroon. Pan Afr Med J, 13(67).

Chi PC, Bulage P, Urdal H, Sundby J, 2015. Barriers in the delivery of emergency obstetric and neonatal care in post-conflict Africa: qualitative case studies of Burundi and Northern Uganda. PLoS ONE, 10(9).

Central Intelligence Agency, 2021. Demographics: Maternal mortality rate. CIA World Factbook, Erişim tarihi 04 Eylül 2021. Erişim adresi, https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=2223.

Combs Thorsen V, Sundby J, Malata A. 2012. Piecing Together the Maternal Death Puzzle through Narratives: The Three Delays Model Revisited. PloS ONE, 7(12): 52-90.

Damer K, 2014. Accouchement du siège et utérus uni-cicatriciel : évaluation du pronostic maternofœtal. Gynécologie et obstétrique.

Deneux-Tharaux C, Saucedo M, 2017. Epidemiology of maternal mortality in France, 2010–2012. Gynecol Obstet Fertil Senol, 45: 8-21.

D'Errico S, Geoghegan T, Piergallini I, 2020. Evaluation to connect national priorities with the SDGs. IIED, London. ISBN: 9781784317683.

Dikete M, Coppieters Y, Trigaux P, Fils JF, Englert Y, 2019. Variation of caesarean section rates in Sub-Saharan Africa: A literature review. J Gynecol Res Obstet 5(2): 42-047.

Dumont A, Guilmoto CZ, 2020. Too much and not enough at the same time: the double burden of cesarean section. Population & Societies, 581(1).

Dumont AT, Ouattara F, Ridde V, 2016. Misconceptions in global health. Chapter 21: Free Caesarean Section Accelerates Reduction of Maternal and Newborn Mortality in Africa. University of Montreal Press, 107-110.

Duran SS, Kavuncuoğlu S, Sarı F, Aldemir EY, Kavçık N, Demir F, 2016. Farklı iki dönemde perinatal mortalitenin değerlendirilmesi: tek merkez sonuçları. Turk Pediatri Ars, 51: 34-128.

Echoka E, Makokha A, Dubourg D, Kombe Y, Nyandieka L, Byskov J, 2014. Obstacles aux services de soins obstétricaux d'urgence : récits de survivants de complications obstétricales mettant leur vie en danger dans le district de Malindi, au Kenya. La revue médicale panafricaine. 17(1): 4-15

Eloundou M, Waïbaï Y, 2017. Contraintes à l'accès aux soins de santé maternelle dans la ville de Maroua. The International Journal Of Engineering And Science, 6(1): 13-21.

FEMHealth, 2014. Free deliveries and Caesarean sections in West Africa and Morocco: results and lessons learned from research.

Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, Van-Doorslaer E, 2018. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. Health Econ, 17 (12): 412-1393.

Geleto A, Chojenta, C, Musa A, 2018. Barriers to access and utilization of emergency obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review of literature. Syst Rev, 7(183).

High Authority of Health 2013. Cesarean section: What every pregnant woman should know. France, Erişim tarihi 11 Eylül 2021. Erişim adresi, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf.

Honda A, Randaoharison PG, Matsui M, 2011. Affordability of emergency obstetric and neonatal care at public hospitals in Madagascar. Reprod Health Matters, 19(37):10-20.

Howe L, Hargreaves J, Huttly S, 2008. Issues in the construction of wealth indices for the measurement of socio-economic position in low-income countries. Emerging Themes in Epidemiology, 5(1).

Hug L, Alexander M, You D, Alkema L, 2019. National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis. Lancet Glob Health, 7: 710-720.

Hug L You D and Blencowe H, 2021. Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. Lancet, 398 : 772-785

Jacquemot P, 2020. Les systèmes de santé en Afrique mis à l'épreuve. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 20: 04-32.

INSAE, National Institute of Statistics and Economic Analysis, 2015. RGPH4: What to retain from the workforce of the 2013 population? Cotonou, Benin.

INSAE, National Institute of Statistics and Economic Analysis, 2016. Book of villages and city districts of the littoral department (RGPH-4, 2013). Cotonou, Benin.

INSAE, National Institute of Statistics and Economic Analysis, 2019. Fifth Demographic and Health Survey in Benin (EDSB-V) 2017-2018. Ministry of Planning and Development, Cotonou, Benin.

INSAE, National Institute of Statistics and Economic Analysis, 2020. Note on poverty in 2019. Cotonou, Benin.

Kiguli J, Kirunda L, Nabaliisa J, Nalwadda KC, 2021. Inadequate evidence on stillbirths: rethinking public health. The Lancet, 398: 727-729

Lange L, Kanhonou L, Goufodji S, Ronsmans C, Filippi V, 2016. The costs of free: Experiences of facility-based childbirth after Benin's caesarean section exemption policy. Social Science & Medicine, 168: 53-62.

Leive A, Xu K, 2018. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. Bulletin of the World Health Organization, 86: 849-856.

McArthur JW, 2014. The Origins of the Millennium Development Goals. The Johns Hopkins University Press, 34(2): 5-24.

Meda IB, Belemlilga YH, Millogo T, Kouanda S, 2018. Coûts médicaux des accouchements et des césariennes au Burkina Faso : une évaluation nationale. Sciences et Techniques, Sciences de la Santé, 41: 9-31.

Ministry of Health of Benin. 2015. National health policy. Cotonou, Benin

Ministry of Health of Benin. 2020. Yearbook of health statistics. Cotonou, Benin

Mongbo V, Godin I, Mahieu C, Ouendo EM. Ouédraogo M, 2016. Caesarean section in the context of free policy in Benin. Afrique Santé Publique & Développement, 28(3): 399-407.

Musau NA, Ntambue MA, Ilunga KS, Matungulu MC, Ilunga MT, Mundongo TH, Malonga KF, 2018. Le coût des soins obstétricaux et néonatals : étude des cas à la maternité de l'hôpital Jason Sendwe à Lubumbashi, République démocratique du Congo. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 66 (2): 117-124.

Nisingizwe MP, Tuyisenge G, Hategeka C, 2020. Are perceived barriers to accessing health care associated with inadequate antenatal care visits among women of reproductive age in Rwanda? BMC Pregnancy Childbirth, 20(88).

Nwameme AU, Phillips JF, Adongo PB, 2014. Respect des références de soins obstétricaux d'urgence chez les femmes enceintes dans un quartier informel urbain d'Accra. Journal de santé maternelle et infantile du Ghana,18(6) : 03-12

Odhiambo J, Ruhumuriza J, Nkurunziza T, Riviello R, Shrime M, Lin Y, Rusangwa C, Omondi JM, Toma G, Nyirimodoka A, Mpunga T, Hedt-Gauthier BL, 2019. Health facility cost of cesarean delivery at a rural district hospital in Rwanda using time-driven activity-based costing, Maternal and Child Health Journal, 23: 613–622.

OECD. 2020. Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

Oguntunde O, Charyeva Z, Cannon M, Sambisa W, Orobaton N, Kabo IA, 2015. Facteurs influençant l'utilisation du sulfate de magnésium dans la gestion de la pré-éclampsie/éclampsie dans les établissements de santé du nord du Nigéria: une étude à méthodes mixtes. BMC Grossesse et accouchement, 15(130).

Ouedraogo TL, Kpozehouen A, Gléglé-Hessou Y, Makoutodé M, Saizonou J, Tchama-Bouraima M, 2013. Evaluation of free caesarean section in Benin. Africa, public health & development, 25 (4).

Paul M, Gemzell-Danielsson K, Kiggundu C, Namugenyi R, Klingberg-Allvin M, 2014. Barrières et facilitateurs dans la prestation de soins post-avortement au niveau du district dans le centre de l'Ouganda - une étude qualitative axée sur le partage des tâches entre médecins et sages-femmes. BMC Health Serv Res. 14 (28).

Peven K, Day LT, Ruysen H, 2021. Mortinaissances, y compris le calendrier intrapartum : étude de validation multi-pays EN-BIRTH. BMC Grossesse Accouchement, 21(226).

Presidency of the Republic of Benin, 2008. Decree No. 2008-730 of December 22, 2008. Establishing the free caesarean section in Benin.

Presidency of the Republic of Benin. 2009. Decree No. 2009-096 of March 30, 2009, establishing, organizing and operating the National Agency for the Management of Free Caesarean Section (ANGC).

Presidency of the Republic of Benin, 2013. Law n ° 2013-05 of May 27, 2013: on the creation, organization, attributions and functioning of local administrative units in the Republic of Benin.

Institut de Veille Sanitaire, 2006. Rapport du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM) 2001-2006. Paris

Ravit M, Philibert A, Tourigny C. 2015. The Hidden Costs of a Free Caesarean Section Policy in West Africa (Kayes Region, Mali). Matern Child Health J, 19: 1734–1743.

Ravit M, Audibert M, Ridde V, De Loenzien M, Schantz C, Dumont A, 2018. Do free caesarean section policies increase inequalities in Benin and Mali? Int J Equity Health 17(71).

Richard F, Witter S, De Brouwere V, 2008. Reducing financial barriers to obstetric care in low-resource countries. Studies in Health Services Organization & Policy, 25.

Sackou-Kouakou J, Kouamé J, Tiadé M, Desquith A, Dagnogo A, Hounsa-Alla A, Kouadio K, 2021. Renoncement aux soins pour raisons financières des femmes d'un quartier périurbain d'Abidjan en Côte d'Ivoire. Santé Publique, 33 : 285-293.

Samake AJ, Corniaux C, Dembele N, Kelly V, Marzin J, 2018. Changements structurels des économies rurales dans la mondialisation. Programme RuralStruc - Phase II, World Bank, Mali.

Sauerborn R, Adams A, Hien M, 2019. Household strategies to cope with economic costs of illness. Social Science & Medicine, 43 (3): 281-290.

Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, 2014. Global Causes of Maternal Death: a WHO Systematic Analysis. Lancet Global Health, 2(6): 323-333

Sialubanje C, Massar K, Van der Pijl MS, Kirch EM, Hamer DH, Ruiter RA, 2015. Improving access to skilled facility-based delivery services: women's beliefs on facilitators and barriers to the utilisation of maternity waiting homes in rural Zambia. Reprod Health, 12 (61).

Soma-Pillay P, Pattinson RC. 2016. Barriers to obstetric care among maternal near misses. S Afr Med J. 106 (11).

Taşkin S, 2016. Intrauterin fetal ölüm ve ölü doğum. Ankara Üniversitesi. Tip Fakültesi, Ankara, Türkiye.

Trabelsi K, Jedidi J, Yaich S, Louati D, Amouri H, Gargouri A, Damak J, Guermazi M, 2006. Les complications maternelles per opératoires de la césarienne : à propos de 1404 cas. JIM Sfax, 11(12) : 33 – 38.

Ueno E, Adegoke AA, Masenga G, Fimbo J, Msuya SE. 2015. Skilled birth attendants in Tanzania: a descriptive study of cadres and emergency obstetric care signal functions performed. Matern Child Health J. 19(1): 69-155.

UN (United Nations) 2005. Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. Millennium Project, New-York, Erişim tarihi 12 Ekim 2021. Erişim adresi, https://www.who.int/hdp/publications/4b.pdf

UN (United Nations) 2015a. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. General Assembly.

UN (United Nations) 2015b. The Millennium Development Goals: Report 2015. New-York, USA

UNICEF 2010. The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health. ISBN: 978-92-806-4305-3

United Nations Population Fund, 2013. La mortalité maternelle: les soins obstétricaux d'urgence en point de mire. New-York

Vyas S, Kumaranayake L, 2006. Construire des indices de statut socio-économique: comment utiliser l'analyse des principales composantes. Politique et planification de la santé. 21 (6) : 459–468

World Health Organization 1993. International statistical classification of diseases and related health problems. 41-139, Geneva, Switzerland.

World Health Organization 2011. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health, Keeping promises, measuring results. Geneva, Switzerland.

World Health Organization 2015. Targets and strategies to end preventable maternal deaths. Geneva, Switzerland

World Health Organization 2015. Statement on Caesarean Section Rates, Geneva, Switzerland

World Health Organization 2015. WHO Statement on Caesarean Section Rates, Geneva, Switzerland

World Health Organization 2018. WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section. Geneva, Switzerland.

World Health Organization 2019a. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary. https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596.

World Health Organization 2019b. Mortalité maternelle en 2019. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

World Health Organization 2019c. Trends in Maternal Mortality. World Development Indicators World Bank. http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators