

HALK SAĞLIĞI ARAŞTIRMA VE UYGULAMALARI DERGİSİ

www.hasaud.com

SAHA UYGULAMALARI

Gambiya'da Anne ve Bebek Sağlığını Koruma Projesi Maternal and Infant Health Protection Project in The Gambia

Tanıl Kendirli¹, Cemal Koçak², Ömer Erdeve³, Augusta Eneh⁴, Abdoulie Keita⁵, Gülşah Aynaoglu Yıldız⁶, Salih Taşkın⁷, Ergin Çiftçi⁸, Elif Şifa Tanrıver⁹, Uğur Tanyeli¹⁰, Halil Özdemir¹¹, Mustapha Bittaye¹², Necdet Ünüvar¹³

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara, Türkiye, ORCID: 0000-0001-9458-2803

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye, ORCID: 0000-0003-4799-5669

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye, ORCID: 0000-0002-3193-0812

⁴Edward Francis Small Eğitim Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Banjul, Gambiya, ORCID: 0000-0003-2665-956X

⁵Edward Francis Small Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Banjul, Gambiya, ORCID: 0009-0008-4137-0012

⁶Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, ORCID: 0000-0002-3283-7783

⁷Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, ORCID: 0000-0002-9651-2224

⁸Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁹Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA), Ankara, Türkiye, ORCID: 0009-0000-7311-4090

¹⁰Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA), Ankara, Türkiye, ORCID: 0000-0003-4189-4509

¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye, ORCID: 0000-0002-7318-1688

¹²Edward Francis Small Eğitim Hastanesi, Başhekimlik, Banjul, Gambiya, ORCID: 0000-0003-4537-5060

¹³Ankara Üniversitesi, Rektörlük Ofisi, Ankara, Türkiye, ORCID: 0000-0002-5324-8603

ÖZET

Gambiya'nın yüksek anne ve çocuk ölümleri açısından temel sorunları; sağlık tesislerinin yetersizliği, sağlık çalışanı sayısının azlığı, gebelik takibinin yetersizliği ve evde doğumlardır. DSÖ'ye göre; bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 34,0, yenidoğan ölüm hızı ise binde 25,3'tür. Ölü doğum hızı bin doğumda 21,0, en az 4 kez doğum öncesi bakım alma sıklığı ise %78,5'tir. Anne ölüm oranı her yüzbin doğumda 458,2'dir. Hemşire/ebe sayısı onbin kişi başına 8,9'dur. Gambiya'nın başkenti Banjul'daki Edward Francis Small Eğitim Hastanesi'nde 5-9 Şubat 2024 tarihleri arasında doktor, hemşire ve ebelerden oluşan 30 kişiye eğitim kursu verildi. Ayrıca doğumhane, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, pediatrik acil ünitelerinde ziyaretler yapıldı. Eğitimin ikinci ayağı 29 Temmuz-9 Ağustos 2024 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi'nde, Gambiya'dan gelen 14 kursiyerin katılımıyla gerçekleştirildi. Ülkemizdeki eğitim; poliklinik, yataklı servisler, doğumhane, ameliyathane, acil servis gibi alanlarda hasta bakımı gibi daha çok pratik uygulamalara yönelik yapıldı. Bu raporda; tespit ettiğimiz sağlık sorunlarını ve diğer sorunları, eğitim programını ve önerilerimizi anlattık. Her yıl eğitim programı yapmayı, ölüm hızları gibi sağlık kalitesi parametrelerini izlemeyi planladık. Projemizin ana hedefi anne, yenidoğan ve bebek ölümlerini azaltmaktır. Bunun sadece kısa bir eğitim programı olamayacağını, aynı zamanda altyapı, tıbbi ekipman ve insan gücü ile desteklenmesi gerektiğini biliyoruz.

Anahtar Kelimeler: Gambiya, Yenidoğan ve bebek ölümleri, Anne ölümleri, Doğum öncesi bakım, Bir sağlık tesisinde veya nitelikli sağlık personeli tarafından gerçekleşen doğum sıklığı

ABSTRACT

The main problems of Gambia in terms of high mother and children mortality are insufficient healthcare facilities, low number of healthcare professionals, inadequate pregnancy follow-up, delivery at home. According to WHO; infant mortality rate was 34.0, neonatal mortality rate was 25.3 per 1000 live births. Stillbirth rate was 21.0 per 1000 births, the frequency of receiving at least 4 antenatal care was 78.5%. The maternal mortality rate was 458.2 per 100000 births. The number of nurses/midwives was 8.9 per 10000 people. A training course for 30 doctors, nurses and midwives was given at the Edward Francis Small Teaching Hospital in Banjul, the capital of The Gambia, between February 5-9, 2024. In addition, visits were made to the delivery room, neonatal intensive care unit and pediatric emergency units. The second part of the training was held with the participation of 14 trainees at Ankara University Cebeci Hospital between July 29-August 9, 2024. The training in our country was mostly focused on practical procedures such as patient care in areas such as out-patient and in-patient clinics, delivery rooms, operating rooms, and emergency rooms. In this report, we described healthcare problems, training program, our determined problems, recommendations. We have planned to do training program

Geliş tarihi: 24.11.2024; Kabul tarihi: 06.01.2025

© Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Dergisi, HASUDER tarafından yayınlanmaktadır. Telif Hakları HASUDER'e aittir.

annually, monitor healthcare quality parameters as mortality rates. Main target of our Project is to decrease mother, neonatal and infant mortality. We know this can't be only short educational program, also it should be supported to infrastructure, medical equipment, manpower.

Keywords: The Gambia, Neonatal and infant mortality, Maternal mortality, Antenatal care, Frequency of births taking place in a health facility or by qualified health personnel

Sorumlu Yazar: Cemal Koçak, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

E-posta: cemal_kocak@hotmail.com

GİRİŞ

Afrika'da sağlık tesislerindeki önemli gelişmelere rağmen, özellikle Sahra-altı Afrika bölgelerinde anne ve bebek ölümleri hala yüksektir. UNICEF 2022 raporu, 2021 yılında küresel beş yaş altı ölüm hızının her 1.000 canlı doğumda 38 olduğunu, ancak Sahra-altı Afrika'da bu rakamın her 1.000 canlı doğumda 74 ölüme yükseldiğini vurgulamaktadır (1). Gambiya özelinde; neonatal ölüm hızı 1.000 canlı doğumda 25, beş yaş altı ölüm hızı 1.000 canlı doğumda 48 ve anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 458'dir. Bu rakamlar küresel ortalamaya kıyasla çok yüksek, Afrika bölgesi ortalamasına göre ise biraz daha yüksektir. Aynı dönemde küresel yenidoğan, beş yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranları sırasıyla 18, 38 ve 223'tür. Türkiye'de ise bu sayılar sırasıyla 5, 9 ve 17'dir. Türkiye'de bu sağlık göstergeleri, planlanan ve desteklenen çözümler sayesinde açıkça iyileşmiştir (1). Gambiya gibi Sahra-altı ülkelerin, yüksek anne ve çocuk ölümleri açısından temel sorunları; yetersiz sağlık tesisleri, doktor, hemşire ve ebe gibi sağlık çalışanlarının sayısının azlığı, tıbbi cihazların yetersizliği, nitelikli uzmanlık ve yandal uzmanlıklarının yetersizliği, gebelik takibinin yetersizliği, yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin bulunmaması, gelişmiş tıbbi ve altyapı gereksinimi ile pediatrik acil ve pediatrik yoğun bakım ünitelerinin bulunmaması ve bu ünitelerde kritik durumdaki çocuklar için uzman personel bulunmamasıdır.

Bu nedenlerle, doktorlara, hemşire ve ebelere teorik derslerden oluşan 5 günlük bir program dahilinde,

uzman eğitimciler tarafından bir eğitim kursu vermeyi amaçladık. Ayrıca doğumhane, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, pediatrik acil ünitelerinde vizitler yapmayı hedefledik. Bu metinde Gambiya'yı, sağlık sorunlarını, ardından eğitim programımızı, tespit ettiğimiz sorunları ve eğitim ekibimizin önerilerini anlattık.

GAMBIYA HAKKINDA BİLGİLER

Afrika'nın batısında yer alan Gambiya Cumhuriyeti, kıtanın en küçük ülkesi olup üç tarafı Senegal ile çevrilidir. Batıda 80 km'lik kıyı şeridiyle Atlantik Okyanusu yer almaktadır (2). Gambiya Nehri ülkenin ortasından geçmekte ve ülkeyi ikiye bölmektedir (Şekil 1). En geniş noktasında 50 kilometreden daha az bir genişliğe sahip olan Gambiya, 11295 km²'lik bir yüzölçümüne sahiptir ve bunun yaklaşık %11,5'i sularla kaplıdır. Ülkede yaşayan insan sayısı 2024 yılında 2.468.569'dur (3). Ülkenin başkenti Banjul'dur; Serekunda ve Brikama diğer büyük şehirlerdir (4). Gambiya'nın iklimi tropikal savandır ve Haziran'dan Eylül'e kadar yağışlı bir döneme sahiptir. Eylül'den Mayıs'a kadar yağış ve sıcaklıklar daha azdır (5). Ülkenin tek resmi dili İngilizcedir. Gambiya'nın ekonomisi tarım, balıkçılık ve turizme dayanmaktadır. 2015 yılında nüfusun %48,6'sı yoksulluk içinde yaşamaktaydı. Yoksulluk kırsal bölgelerde daha da yaygındı ve %70'e ulaşıyordu (6). Gambiya'nın kişi başına düşen gayrisafi milli geliri 2018 yılında 710,5 ABD doları olmuştur (7).



Şekil 1. Gambiya Haritası

GAMBIYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİ

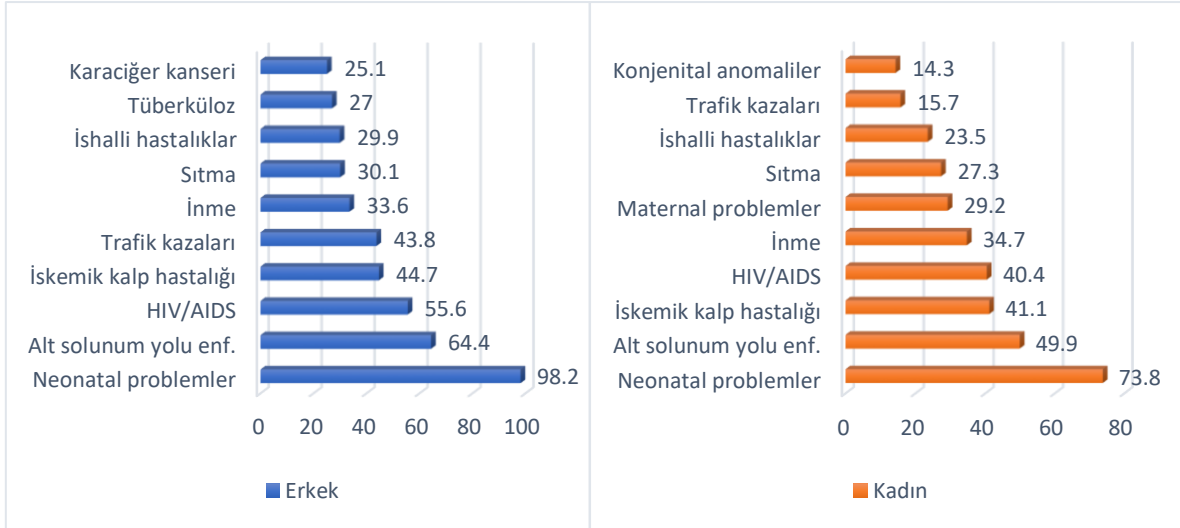
Gambiya'da Banjul'daki Edward Francis Small Eğitim Hastanesi ve Bansang, Farafenni Bundung ve Bwiam'daki daha küçük hastaneler olmak üzere devlet tarafından işletilen 5 sevk hastanesi bulunmaktadır. Bu hastalar ileri tetkik ve tedavilerin yapıldığı kurumlardır ve diğer küçük sağlık birimlerinde ilk değerlendirmeleri yapılan hastalar bu hastanelere yönlendirilmektedir. Ayrıca 8 ana sağlık merkezi ve 16 küçük merkez bulunmaktadır (8).

Gambiya'da, 2004 yılında, sağlık harcamalarının kamu payı gayri safi yurtiçi hasılanın %1,8'i, özel harcamalar ise %5,0'ı kadardı. Yüz bin kişiye 11 doktor düşüyordu. Doğumda beklenen yaşam süresi 2005 yılında kadınlar için 59,9 yıl, erkekler için 57,7 yıldır (9). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), 2005 yılında kadın sünneti sıklığının bu ülkede yaklaşık %78,3 olduğunu bildirmiştir (10). İnsan Hakları Ölçümleme İnisiyatifi'ne (The Human Rights Measurement Initiative) göre Gambiya, gelir düzeyine göre sağlık hakkına ilişkin sorumluluklarının %63,7'sini yerine getirmiştir. Bu oran çocuklar için %93,9, yetişkinler için %83,4 ve üreme sağlığı hakları için %13,8'dir (11).

Gambiya çocuk felci, kızamık ve yedi valanlı pnömokok konjugat aşısı başarıyla elde etmiş ve 2004 yılında çocuk felcinden arındırılmış bölge olarak sertifikalandırılmıştır. Gambiya, bir yaşındaki çocuklar arasında kızamık aşılama oranında Afrika'da üçüncü, DTP3 (difteri-tetanoz toksoidi ve boğmaca) aşılama oranında ise dünyada dördüncü sırada yer almıştır (12).

Sosyo-ekonomik koşulların iyileşmesi ve temel sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir hale gelmesiyle Gambiya'da çocuk ölümleri azalmıştır. Ancak ölüm hızı gelişmiş ülkelerde bildirilenin 5 katından fazladır. Bu tür sağlık istatistiklerinin tutulması, çocukların hayatta kalmasını iyileştirmeye yönelik etkili müdahalelerin planlanması için elzemdir (13). Sahra-altı Afrika'da çocukların hayatta kalmasını sağlamaya yönelik çabalara rağmen yenidoğan ölümleri yüksektir. Yenidoğan ölümlerinin %99'u kaynakların yetersiz olduğu bölgelerde meydana gelmektedir. Yenidoğan ölümleri BM (Birleşmiş Milletler) SKH (Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri) açısından da önem taşımaktadır. Bu hedeflerin üçüncüsü, her yaşta sağlıklı yaşamın sağlanması ve refahın teşvik edilmesidir (14).

Şekil 2, Gambiya'da en yaygın ölüm nedenlerini göstermektedir (15).



Şekil 2. Gambiya'da Cinsiyete Göre Yüzbin Nüfus Başına En Yaygın Ölüm Nedenleri, 2019

GAMBIYA'DA ANNE VE BEBEK SAĞLIĞI

Bebek ölüm hızı, 2021 yılında, dünyada binde 28,4, Afrika'da ise binde 49,2 iken Nijerya'da binde 70,6, Çad'da 66,0, Senegal'de 29,1, Güney Afrika'da 26,4 ve Gambiya'da 34,0 olarak açıklanmıştır (16). SKH'lerden biri olan yenidoğan ölüm hızı 2021 yılında dünyada binde 17,6, Afrika'da ise 26,6 iken Nijerya'da 34,9, Gine-Bissau'da 34,3, Kongo'da 18,4, Güney Afrika'da 11,0 ve Gambiya'da 25,3'tür (16). Gambiya'da beş yaş altı ölüm hızı 2010 yılında binde 106 iken, 2018 yılında binde 58, 2021 yılında ise binde 47,9 olmuştur. Bu oranlar SKH hedefi olan binde 25'in oldukça üzerindedir (7). Bu hız, 2021 yılında dünyada binde 38,1, Afrika'da binde 71,7

iken Nijer'de 115,2, Nijerya'da 110,8, Senegal'de 38,6 ve Güney Afrika'da 32,8 olarak gerçekleşmiştir (16).

Güvenli annelik kavramı, hamileliğin başlangıcından doğumun sonuna kadar anne ve bebeğin sağlığıyla ilgilidir. Gebelik öncesinde, gebelik sırasında, doğum ve sonrasında anneye ve bebeğe tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinin sunulması, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, olası risklerin belirlenmesi ve önlenmesi, anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasına yönelik tedbirlerin alınması güvenli annelik kapsamındadır.

Anneler, kolaylıkla önlenebilir nedenlerden ölmektedir. Üç aşamadaki gecikme anne ölümlerine neden olmaktadır. İlk gecikme; hizmet almaya karar vermede yaşanan gecikmedir. Bu durum, karar verme sürecinde

kadının statüsü, tehlike işaretleri ve semptomları hakkında bilgi eksikliği, kadının ve çevresinin sosyo-kültürel özellikleri, yanlış inanışlar ve kötü deneyimlerle ilişkilidir. Bu dönemin önemli göstergelerinden biri de ölü doğum hızıdır. DSÖ'nün 2021 verilerine göre; ölü doğum hızı dünyada binde 13,9, Afrika'da ise binde 20,7 iken Gine Bissau'da 31,2, Çad'da 25,3, Kongo'da 15,8, Zambiya'da 14,2, Gambiya'da 21,0'dir (16).

Sahra-altı Afrika'da ortalama toplam doğurganlık hızı 5,1 iken Gambiya'da bu hız 2013 yılında 5,5 ile daha yüksekti. Bu hız, 2017 yılında Sahra-altı Afrika'da 4,8'e gerilerken Gambiya'da 5,3'e düşmüştür (17). Gambiya'daki düşüş hızı Sahra-altı Afrika'dakinden daha düşüktür. Son olarak, DSÖ'nün 2023 verilerine bakıldığında; toplam doğurganlık hızı dünyada 2,4 iken, Sahra-altı Afrika'da 4,4'tür. Bu hız; Nijer'de 6,5; Mali'de 5,4; Etiyopya'da 3,8; Güney Afrika'da 2,3 ve Gambiya'da 4,9'dur (16). Bongaarts tarafından yürütülen bir çalışma, Sahra-altı Afrika ülkelerinin diğer kıta ülkelerine göre daha yüksek doğurganlık oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (18). Doğurganlık hızı, arzu edilen aile büyüklüğü ile ilişkilidir. Sahra-altı Afrika'da ideal aile büyüklüğü ve karşılanmamış ihtiyaç da daha fazladır (7).

DSÖ'nün son verilerine göre, 15-19 yaş arası adölesan doğum hızı Mali'de 163,6 (2017), Angola'da 162,7 (2014), Güney Afrika'da 40,7 (2020) ve Gambiya'da 64,8'dir (2018) (16). Bir başka araştırmaya göre, adölesan çağıdaki kızlar arasında evlilik dışı gebelikler Gambiya'da büyük bir endişe kaynağıdır. 15-19 yaş arası adölesan çağıdaki kızların %18'i hâlihazırda anne veya hamiledir. Ayrıca, adölesan çağıdaki gebelikler güvenli olmayan düşüklüklerin başlıca nedenidir ve Gambiya'daki anne ölümlerinin %13'ünü oluşturmaktadır (2015) (19). 10-14 yaş arası adölesan doğum oranı Angola'da 10,7 (2014), Mali'de 6,8 (2017), Güney Afrika'da 1,0 (2020) ve Gambiya'da 1,1'dir (2018). Gambiya'da 2019 yılında, adölesan doğurganlık hızının eğitim durumuna göre değişimi incelendiğinde; eğitimi olmayanlarda binde 145,3, ilköğretim mezunlarında 111,6, ortaöğretim ve üzeri mezunlarında 28,2 olduğu görülmüştür (16). Gençler arasında planlanmamış gebeliklerin birçok nedeni vardır. Bunlar arasında, ebeveynlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı konusunda zamanında ve uygun bilgi almaması ve ergenlerin bu hizmetlere erişiminin engellenmesi yer almaktadır. Cinsellikle ilgili yanlış bilgiler ve genç dostu cinsel sağlık hizmetlerinin eksikliği de Gambiya'da bir sorundur (20). Tüm bunlar ülkede HIV prevalansının yüksek olmasına yol açmıştır; bu hız kadınlar için %2,1 ve erkekler için %1,7'dir (21). Gambiya'da, HIV bulaşmasına ilişkin bilgiler de sınırlıdır; 15-49 yaş arası kadınların sadece %27'si ve erkeklerin %36'sı HIV hakkında kapsamlı bilgiye sahiptir (19).

Aile planlaması, güvenli annelik için de önemlidir. Kadınların ve çiftlerin gebelik zamanlaması, sayısı ve aralığını belirlemek için gerekli hizmetlere HASAUD 2024; 2(3): 148-158

erişebilmelerini sağlamak önemlidir. 2022 yılında, 15-49 yaş arası kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem kullanma sıklığı Güney Afrika'da %57,7, Zambiya'da %50,4, Etiyopya'da %39,0 ve Gambiya'da %18,6'dır. Moritanya (%12,2) ve Çad (%7,3) gibi ülkelerde daha düşük sıklıklar bildirmiştir (16).

Düşük ve orta gelirli 31 ülkede yapılan kesitsel bir çalışma, ilköğretimi tamamlamış kadınların en az 4 kez doğum öncesi bakım ziyareti yapma olasılığının, daha az eğitim almış olanlara kıyasla 2,9 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu çalışma, ilköğretim veya daha yüksek eğitilmiş bir eş veya partnerin de bu durumu olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Gambiya'da 2018 yılında doğum öncesi ve sonrası bakımı 4 veya daha fazla kez alan annelerin sıklığı sırasıyla %75,6 ve %86,7'dir (7). 2019-2021 döneminde, gebelik sırasında en az 4 doğum öncesi bakım alma sıklığı Brezilya'da %91,7, Türkiye'de %89,7, Gine-Bissau'da %80,7, Etiyopya'da %43,0, Moritanya'da %38,5, Gambiya'da %78,5'tir (16).

Gambiya'da anne ölüm oranı, 1990'da yüz binde 628,5 iken 2008'de 281,3 ve 2010'da 400 olmuştur (22). Gambiya, 2017 yılında, yüz binde 597 ile dünyada 13. sırada yer almıştır (23). Retrospektif bir çalışmada, 8 yıl boyunca, yaklaşık 700 anne ölümü kaydedilmiştir; yıllık ölüm oranı yüz binde 1400-2100 arasındadır (24). Sağlık Bakanlığı, anne ölüm oranını 2015 yılına kadar yüz binde 730'dan 150'ye düşürmek için 2015-2020 sağlık politikasını yayınlamıştır (25). DSÖ 2020 verisine bakıldığında; dünyada anne ölüm oranı yüz binde 223,0 iken, Çad'da 1063,5, Nijerya'da 1047,2, Zambiya'da 134,7, Güney Afrika'da 126,8, Gambiya'da 458,2'dir (16).

Tablo 1, Gambiya ve Türkiye'nin anne, yenidoğan ve 5 yaş altı ölüm oranlarının karşılaştırmasını göstermektedir.

Anne ölümlerine neden olan ikinci gecikme; sağlık kuruluşuna erişimdeki gecikmedir. Bu durum ulaşım sorunları, ekonomik yetersizlikler, yerel sağlık kuruluşlarının sayısının azlığı, organizasyon eksikliği vb. nedenlerle ilişkilendirilmektedir.

DSÖ'nün 2015-2019 verilerine göre; Çin, Brezilya, Türkiye ve Rusya gibi gelişmiş ülkelerde doğumların bir sağlık kuruluşunda gerçekleşme sıklığı %98 ve üzerindeyken, bu yüzde Güney Afrika'da %95,9, Kongo'da %91,5 ve Gambiya'da %81,7'dir. Çad 27,2 ile ve Nijerya %39,4 ile, Gambiya'dan daha kötü durumdadır ve Afrika kıtasındaki en düşük yüzdelere sahiptir (16).

Tablo 1. Gambiya ve Türkiye'de Anne, Yenidoğan ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızları

İndikatör	Gambiya				Türkiye	
	2019	2020	2021	2030 Hedefi	2020	2021
Anne ölüm oranı (yüzbin canlı doğum başına)	474	458	-	70	17	-
Yenidoğan ölüm hızı (bin canlı doğum başına)	-	18	25	12	-	5
Beş yaş altı ölüm hızı (bin canlı doğum başına)	-	38	48	25	-	9

Gelişmekte olan ülkelerde, SKH'lerden biri olan nitelikli sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumların sıklığı, 1990'da %59 iken 2017'de %80'e yükselmiştir (26). Bu sıklık, gelişmiş ülkelerde %99'un üzerindedir. Güney Afrika'da %96,7, Kongo'da %91,2, Çad'da %47,2, Nijer'de %43,7 ve Gambiya'da %83,8'dir (16). Düşük ve orta gelirli 31 ülkede yapılan bir çalışmada, sağlık kuruluşunda doğum sıklığı %81,5 iken kalifiye personel eşliğinde doğum sıklığı %82,7 bulunmuştur. Bir sağlık personeli eşliğinde doğum yapma sıklığı, ilköğretimi tamamlamış kadınlarda, daha az eğitimli olanlara göre 5 kat daha yüksektir (7).

Anne ölümlerine neden olan üçüncü gecikme ise hizmet alımındaki gecikmedir. Bu durum, malzeme ve personel eksikliği, tıbbi-teknik ekipman eksikliği ve hizmet sağlayıcıların kapasite (bilgi, beceri) eksikliği vb. ile ilişkilidir.

Gambiya'da, 2010 yılında, bin canlı doğum başına düşen ebe sayısı 5'tir ve hamile kadınlar için yaşam boyu ölüm riski yaklaşık %2'dir (22). 2018-2021 yıllarında on bin kişiye düşen hemşire-ebe sayısına bakıldığında; ABD'de 124,7 olan sayı, Güney Afrika'da 50,1'e, Zambiya'da 18,6'ya, Nijerya'da 15,6'ya, Gambiya'da 8,9'a, Nijer'de 2,2'ye ve Çad'da 2,0'a düşmektedir (16).

Doğum sonrası dönem anne ve yenidoğan için kritik bir dönemdir. DSÖ, doğum sonrası kontrollerin, doğumdan sonraki 24 saat içinde başlamasını ve üçüncü günde, birinci haftadan ikinci haftaya kadar ve doğumdan sonraki altı haftaya kadar, üç ek takip ile devam etmesini tavsiye etmiştir. Yenidoğanlar doğumdan bir saat sonra ve taburcu edilmeden önce, ilk muayeneden ve kapsamlı bir değerlendirmeden geçirilmelidir (27). Doğum sonrası bakım; kordon bakımı, emzirme danışmanlığı, bebeğin ateşinin ve kilosunun kontrol edilmesi ve annenin tehlike işaretleri konusunda eğitilmesini içerir (28). 2018 yılında yapılan bir araştırma, son 2 yıl içinde canlı doğum yapan kadınların %70'inin, doğum sonrası bakım almadığını göstermiştir. Kadınların yaklaşık %88'i, bebeklerini kontrol için sağlık merkezine getirmiştir (29). Ayrıca, doğum sonrası bakımın ulusal yaygınlığı, kadınlar için yaklaşık %23 ve yenidoğanlar için %27 olarak bulunmuştur (30).

Güvenli annelik açısından bir diğer önemli konu da acil obstetrik bakım sistemidir. Bu sistemdeki hizmetler; anne ve fetüsün hayatını tehdit eden ve acil müdahale gerektiren komplikasyonların ortaya çıkması durumunda, DSÖ tarafından önerilen hizmetlerdir. Acil obstetrik komplikasyonlar tüm gebeliklerin %15'inde görülür. En önemli komplikasyonlar; kanama (doğum öncesi ve sonrası), şiddetli preeklampsi ve eklampsi, doğum sonrası sepsis, düşük komplikasyonları (kanama, sepsis, perforasyon ve pelvik apse), uzamış, ilerlemeyen doğum eylemi, dış gebelik, uterus rüptürü ve embolidir. Bu sistemin bileşenleri; temel ve kapsamlı acil obstetrik bakım kurumları, etkin bir sevk sistemi, güvenli kan transfüzyonu, veri toplama ve kayıt, personelin bilgi ve becerilerinin güncellenmesi, hizmet standartlarının sağlanması ve yükseltilmesidir. Obstetrik bakım kuruluşlarında, 7 gün 24 saat güvenli hizmet verilmelidir. Bu kuruluşlar, coğrafi olarak uygun şekilde dağıtılmalı ve toplum tarafından kolayca ulaşılabilecek şekilde yeterli sayıda olmalıdır. Hastalar en geç 2 saat içinde kurumlara ulaşabilmelidir.

Batı Afrika'daki birçok ülkede anne ve yenidoğan ölümleri, sağlık tesislerine olan uzaklık, yeterli ulaşım araçlarının olmaması ve kaynak yetersizliği nedeniyle kırsal kesimde daha yüksektir (31). Gambiya'da, bir sağlık tesisine 5 km mesafede yaşayan nüfus, yıllar içinde artmış olsa da acil obstetrik bakım hizmetlerinin mevcudiyeti ve kalitesi standartların altında kalmaya devam etmektedir (32). Dolayısıyla, uzak bölgelerde yaşayan pek çok kadın, bir acil obstetrik bakım tesisine ulaşmak için hala belli bir mesafe kat etmek zorundadır. Bu nedenle Gambiya'da doğumların yaklaşık üçte ikisinin evde, çoğunlukla geleneksel doğum görevlileri veya aile üyeleri tarafından gerçekleştirildiği bilinmektedir (33).

BM'nin Milenyum Kalkınma Hedefleri vardır. Hedef 4, beş yaş altı ölümlerin üçte iki oranında azaltılmasını, Hedef 5 ise anne ölümlerinin dörtte üç oranında azaltılmasını amaçlamaktadır (34). Her yıl 4 milyon yenidoğan, yaşamlarının ilk ayında ölmektedir. Bu ölümlerin %99'u düşük-orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (35). Sahra-altı Afrika'da, anne ve perinatal ölüm hızları, endişe verici olmaya devam etmektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu, önlenebilir nedenlerden

kaynaklanmaktadır. Kuşkusuz annelere yönelik müdahaleler, başta yenidoğan sağkalımı olmak üzere çocuklara da fayda sağlamaktadır (36). Hızlı sevkler ve sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumlar, perinatal ve maternal mortalite ve morbiditeyi azaltabilir (37,38). Gelişmiş ülkelerdeki %100'e yakın sıklıklarla karşılaştırıldığında, Sahra-altı Afrika'da doğumların yarısından fazlası, nitelikli bir doğum görevlisi olmadan gerçekleşmektedir (39).

ÖNCEKİ BENZER ÇALIŞMALAR

Gambiya Sağlık Bakanlığı, DSÖ ve iki uluslararası kuruluş, 2006 yılında, Gambiya'nın Brikama kentinde, anne ve bebek sağlığı yönetimini güçlendirmek için bir proje başlattı. Hastane yenilendi, donatıldı ve acil durum ilaçları temin edildi. Bir cep telefonu sistemi aracılığıyla, acil durum ambulans servisi hastaneye bağlandı. Sağlık çalışanları, obstetrik ve pediatrik acil durum yönetimi konusunda eğitildi. Doğum ünitesi ve pediatri servisi için daha iyi ekipman ve daha güvenilir oksijen ve acil durum ilaçları sağlandı. Acil durumları daha iyi yönetmek için sürdürülebilir bir sistem oluşturuldu. Bu proje, toplumdaki acil bakım hizmetlerini, sevk hastaneleriyle entegre ederek "acil bakım zincirini" güçlendirdi (40).

Edward Francis Small Eğitim Hastanesi'nde 2010-2013 yılları arasında yenidoğan bakım hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik bir çalışma yürütülmüştür. Yenidoğan ölümlerinin bağımsız değişkenleri; annenin doğum öncesi bakım eksikliği, eğitim hastanesi dışında doğum, 1500 gram veya daha az doğum ağırlığı, anormal kan şekeri konsantrasyonu ve hipotermiydi. Yenidoğanların 48'inde hastaneye kabul edildiklerinde hipotermi vardı. Başvuruların %44'ünde olası ciddi bakteriyel enfeksiyonlar, %27'sinde prematürite/düşük doğum ağırlığı ve %20'sinde doğum sırası ile ilgili durumlar vardı. Bu çalışma, kaliteli yenidoğan bakımının bakım standartlarının iyileştirilmesi, iyi bir veri toplama ve kayıt sisteminin kurulması ve düzenli denetim ile sağlanabileceğini göstermiştir (41).

PROJENİN AMAÇLARI VE AŞAMALARI

Ankara Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Necdet Ünüvar, Yüksek Öğretim kurulu (YÖK) üyeleri ile birlikte Afrika programı kapsamında ziyaretler yaparken, 23-25 Temmuz 2023 tarihlerinde Gambiya'da anne ve bebek ölümlerinin dünya ortalamasının çok üzerinde olduğunu gördüler. Bunun üzerine Rektör Necdet Ünüvar, Gambiya Cumhurbaşkanı ile Sağlık ve Sosyal Refah Bakanı ile görüştü. Bu görüşmeler sırasında Gambiya'nın anne ve bebek ölüm sıklıklarını düşürmek için, Ankara Üniversitesi olarak eğitim programları düzenleyerek yardımcı olabileceklerini ilettiler. Daha sonra, bu konuda çalışmalar yapmak üzere Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Öğretim Üyesi Prof. Dr. Tanıl Kendirli, Ağustos 2023'te

koordinatör olarak atandı. Gambiya'da eğitim vermek üzere, Çocuk Yoğun Bakım Uzmanı Prof. Dr. Tanıl Kendirli'nin yanı sıra, Neonatoloji Uzmanı Prof. Dr. Ömer Erdeve, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı Prof. Dr. Ergin Çiftçi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Prof. Dr. Salih Taşkın ile Doç. Dr. Gülşah Ayna Yıldız ve Halk Sağlığı ve Epidemiyoloji Uzmanı Dr. Öğr. Üyesi Cemal Koçak görevlendirildi.

Yukarıda bahsedilen eğitim, 4-9 Şubat 2024 tarihlerinde Edward Francis Small Eğitim Hastanesi'nde kurs şeklinde verildi. Eğitimde görevli öğretim üyeleri yurda dönüp raporlarını Rektör Ünüvar'a aktardıktan sonra 19 Nisan 2024 tarihinde Ankara Üniversitesi, Gambiya Üniversitesi, Gambiya Sağlık ve Sosyal Refah Bakanlığı arasında protokol imzalandı. Hem Gambiya hem de Ankara Üniversitesi Hastanelerinde yüz yüze ve çevrim içi eğitimlere devam edilmesi kararlaştırıldı. Türkiye'de 29 Temmuz- 9 Ağustos 2024 tarihlerinde gerçekleşen eğitim bu toplantıda planlandı. Ayrıca özellikle Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA) gibi devlet kurumları aracılığıyla Gambiya Banjul'daki hastanede; hastalara yatak başında oksijen uygulanması kapsamında merkezi oksijen kurma projesinin tamamlanması konusunda çalışma yapılması, nazal kanül, oksijen maskeleri, hood, göbek kateteri, nazogastrik sonda gibi bazı temel sarf malzemelerinin temin edilmesi, fototerapi cihazı temini, ameliyathanelerin yenilenmesi, yenidoğan ve çocuklar için solunum destek cihazları (CPAP, mekanik ventilator cihazları) temin edilmesi gibi lojistik konularda planlamalar yapıldı.

GAMBIYA'DA PROJE KAPSAMINDA YAPTIKLARIMIZ

Proje kapsamında, 5-9 Şubat 2024 tarihleri arasında Gambiya'nın başkenti Banjul'da, ülkenin en büyük ve tek eğitim-araştırma ve üniversite hastanesi olan Edward Francis Small Eğitim Hastanesi'nde doktor, hemşire ve ebelerle yönelik eğitim verildi. Eğitime 1 neonatoloji profesörü, 1 pediatri uzmanı, 3 pediatri asistanı, 2 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, 23 hemşire ve ebe olmak üzere toplam 30 kişi katıldı. Eğitim ekibimizde; halk sağlığı, neonatoloji, çocuk enfeksiyon hastalıkları, çocuk yoğun bakım, perinataloji, jinekolojik onkoloji uzmanlık alanlarından birer akademisyen doktor vardı.

Eğitim programı kapsamında aşağıdaki konuları içeren 20 teorik ders gerçekleştirildi: fertilité ve mortalite göstergeleri, normal gebelik takibi, jinekolojik kanserlerin önlenmesi, taranması ve erken tanısı, doğumhanede uygulamalı neonatal resüsitasyon, postpartum kanama, kritik hasta çocuğun değerlendirilmesi, preterm doğumun önlenmesi, çocuklarda akut gastroenterit, çocuklarda sıvı tedavisi, neonatal sepsis, güvenli annelik, çocuklarda ekzantematöz enfeksiyon hastalıkları, preterm bebek

bakımı, çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları, pediatrik temel ve ileri yaşam desteği, perinatal asfiksi yönetimi, preeklampsi, gebelikte kalp hastalıkları ve tromboembolizm, çocuklarda şok durumları, çocuklarda menenjit ve ensefalit, çocuklarda çoklu travma. Ayrıca kadın hastalıkları ve doğum, yenidoğan yoğun bakım, çocuk acil servis ve çocuk servislerinde çalışan doktorlarla eğitim vizitleri gerçekleştirildi (Fotoğraf 1). Bu eğitim programının devamı olarak, teorik eğitim kursumuza katılan katılımcılardan gönüllü olan hem pediatri hem de kadın hastalıkları ve doğum bölümlerinden uzman ve asistan doktorlar ile hemşire ve ebelerin 2-4 hafta süreyle Ankara Üniversitesi Hastanelerindeki ilgili bölümlere gözlemci olarak gelmeleri planlandı.

PROJE KAPSAMINDA TÜRKİYE'DE NELER YAPTIK?

Eğitimin ikinci bölümü, 29 Temmuz- 9 Ağustos 2024 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile Çocuk Hastanesi'nde 14 kursiyerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu kursiyerlerin dokuzu pediatri, beşi ise kadın hastalıkları ve doğum alanında gözlem yapmıştır. Jinekolojik onkoloji ameliyatlarını, obstetrik ve sezaryen ameliyatlarını, robotik ameliyatları ve girişimsel prosedürleri gözlemlemiş, poliklinikte hasta bakmış ve vizitlere katılmışlardır. Çocuk Hastanesi bünyesinde çocuk acil, çocuk yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, çocuk enfeksiyon, çocuk diyaliz ünitesi, çocuk servisleri, poliklinikler, kan alma ünitelerini öğretim üyeleri, klinik sorumlu hemşireleri eşliğinde ziyaret etmiş ve vizitlere katılmışlardır. Hastalarla birebir ilgilenmiş, prosedürleri izlemiş ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki araştırma görevlileri ile birlikte zaman geçirmişlerdir (Fotoğraf 2).

TEMEL SORUNLAR VE ÖNERİLERİMİZ

Saha ziyaretleri sonucunda Edward Francis Small Eğitim Hastanesi'ndeki temel eksiklikler ve ülkedeki başlıca sorunların yanı sıra anne ve bebeklerin sağlığını korumak ve ölümleri azaltmak için yapılabilecek düzenlemeleri sıralıyoruz:

- 1) Edward Francis Small Eğitim Hastanesi'nde merkezi oksijen sistemi bulunmadığını gözlemledik. Bu amaçla oksijen boruları sabitlenmiş ancak manometrelerin olmadığını ve hastalara oksijen verilemediğini gördük. Bazı hastalara oksijen tüpleriyle yataklarının yanında oksijen verildiğini ve bazı bebeklere oksijen konsantratörleriyle oksijen verildiğini gördük (fotoğraf 3). Çocuk acil servis, yenidoğan yoğun bakım, doğumhane ve ameliyathane gibi ana ve kritik noktalar başta olmak üzere hastanedeki tüm yataklı servislere merkezi oksijen sistemleri yerleştirilmelidir.
- 2) Tuvaletlerin yetersiz olduğu ve neredeyse hiç katı ve sıvı sabun bulunmadığı gözlemlenmiştir. Lavabo ve el yıkama ünitelerinin sayısı yetersizdi. Hastanedeki

- genel hijyen koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir.
- 3) Yoğun bakım ünitelerinde, hastalarına refakat eden veya onları beslemek için içeri alınan anneler için galoş yoktu; ayakkabılarını ve terliklerini çıkarıp yoğun bakım ünitesine çıplak ayakla gitmek zorunda kalıyorlardı.
- 4) Hastanenin kanalizasyon sistemi, binanın dışında gözle görülür bir şekilde açıktan akıyordu (Fotoğraf 4). Bu açık kanalizasyon kapalı hale getirilmelidir.
- 5) Ameliyathane koşulları olması gerekenin çok gerisindeydi. Hastane ülkedeki tek eğitim hastanesi olduğu için 2-3 yeni modern ameliyathane kurulması ameliyat başarısını artıracak ve enfeksiyon oranlarını azaltacaktır.
- 6) Daha önce Türkiye Cumhuriyeti tarafından inşa edilen oksijen üretim tanklarının bakımının yapılmadığını ve çalışmadığını öğrendik. Bu konuda Gambiya Sağlık Bakanlığı ile birlikte çalışılarak, aktif kullanıma geçirilmeli ve oksijen tüpleri veya tankları temin edilmelidir.
- 7) Yenidoğan servisinde, yenidoğan sarılığı için kullanılan bir fototerapi cihazı olmadığını, bu nedenle güneş ışığı ve lamba ışığı kullanmaya çalıştıklarını gördük (Fotoğraf 5). Yeterli sayıda fototerapi cihazı (6-8) sağlanmalıdır.
- 8) Hizmet kalitesinin artırılması için, 1000 adet nazal kanül, oksijen maskesi ve 100 adet oksijen başlığı acilen temin edilmelidir.
- 9) Mevcut az sayıdaki ambulans oksijen sistemi, izleme ve acil müdahale sistemi olmadığını gördük. Tam donanımlı ambulans sayısı artırılmalıdır.
- 10) Hastane öncesi acil ambulans sisteminin olmadığını öğrendik. Bu sistemin öncelikle karadan ama aynı zamanda havadan da geliştirilmesi gerekmektedir.
- 11) Yenidoğan ve çocuklar için solunum destek cihazlarının (CPAP, mekanik ventilatör cihazları) olmadığı görüldü. Yenidoğan ve çocuk hastaların solunum desteğine ihtiyaç duydukları ve entübe edilmeleri gerektiğinde hiçbir şey yapılamadığı öğrenilmiştir.
- 12) Farklı boyutlarda entübasyon setleri, laringoskoplara ve entübasyon tüplerinin sağlanması özellikle yenidoğan ve çocukların hayatta kalmasına katkı sağlayacaktır.
- 13) Ülkedeki tek eğitim hastanesi olması nedeniyle başka şehirden gelen riskli gebeliği olan kişiler için bir gebe oteli yapılması uygun olacaktır.

ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI VE KISITLILIKLARI

İlerleyen dönemlerde anne ve bebek ölümlerinde düşme sağlanarak dolaylı da olsa bir başarı elde edileceği düşünülmektedir. Kurs ve eğitim dışında

malzeme ve ekipman desteği de planlanmıştır. Bu konuda TİKA ile işbirliği içinde olunması projenin güçlü bir yanıdır.

Çalışma, ilk aşamada gözlem ve eğitim vermeye dayalı olduğundan yapılan faaliyetlerin sonuçlarının niceliksel olarak değerlendirilmesi için henüz erkendir. Başka şehir ve sağlık tesislerinden hemşire ve ebeler eğitime davet edilmiş olsa da Gambiya'nın başkenti dışındaki şehirlere ve sağlık tesislerine saha ziyaretleri yapılamamış olması çalışmanın kısıtlılığıdır.

SONUÇ

Eğitim programımızın sağlık hizmetleri kapasitesini geliştirmesini ve Gambiya'daki anne, yenidoğan ve bebek ölümlerini azaltmasını umuyoruz. Eğitim programını her yıl yapmayı planladık ve sağlık

hizmetlerinin kalitesini ve ölüm oranlarını izlemeyi taahhüt ediyoruz. Projemizin ana hedefi Gambiya'da anne, yenidoğan ve bebek ölümlerini dünya ortalamasına düşürmektir. Tüm bunların sadece kısa bir eğitim programı ile sağlanamayacağını, aynı zamanda tekrarlayan eğitim programları ile tüm alt uzmanlık alanlarında altyapı, tıbbi ekipman ve insan gücü gelişimleri ile desteklenmesi gerektiğini biliyoruz.

Sonuç olarak, Gambiya Anne ve Bebek Sağlığını Koruma Projesi çerçevesinde gerçekleştirilen bu iki aşamalı eğitim programının, katılımcılara, Gambiya'daki sağlık hizmetlerini, mevcut altyapı ile dahi iyileştirme ve gelecekte daha iyi hale getirme noktasında gerekli bilgi, deneyim ve kararlılığı kazandırdığına inanıyoruz.



Fotoğraf 1. Pediyatri Servisi ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi



Fotoğraf 2. Projenin Türkiye Aşamasından Fotoğraflar



Fotoğraf 3. Hasta Yataklarının Yanında Oksijen Tüpü ve Oksijen Konsantratörü



Fotoğraf 4. Hastane İçinde Bir Lavabo ve Hastane Dışında Açık Kanalizasyon Sistemi



Fotoğraf 5. Sarılıklı Bir Yenidoğan İçin Lamba ve Gün Işığından Yararlanma abası

FİNANSAL DESTEK

Bu proje Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA) tarafından desteklenmiştir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Yazarların beyan edecekleri herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- UNICEF. Under-five mortality. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. 2024. [Internet]. <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/>. (Erişim tarihi: 28.04.2024).
- Wikipedia, The Free Encyclopedia. The Gambia. 2024. [Internet]. https://en.wikipedia.org/wiki/The_Gambia#cite_note-Hoare-11. (Erişim tarihi: 28.04.2024).
- Central Intelligence Agency. The World Factbook. Gambia 2023. [Internet]. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/gambia-the/>. (Erişim tarihi: 19.03.2024).
- World Population Review. Population of Cities in Gambia. 2024. [Internet]. <https://worldpopulationreview.com/countries/cities/gambia>. (Erişim tarihi: 19.03.2024).
- BBC News. Gambia coup attempt foiled- government. 2022. [Internet]. <https://www.bbc.com/news/world-africa-64055295>. (Erişim tarihi: 19.03.2024.)
- World Bank. The Gambia overview. 2024. [Internet]. <https://www.worldbank.org/en/country/gambia/overview>. (Accessed: 19.03.2024).
- Oh J, Moon J, Choi JW, et al. Factors associated with the continuum of care for maternal, newborn and child health in The Gambia: a cross-sectional study using Demographic and Health Survey 2013. *BMJ Open*. 2020 Nov 26;10(11):e036516. doi:10.1136/bmjopen-2019-036516.
- Access Gambia. Gambia's Health Care System. 2024. [Internet]. <https://www.accessgambia.com/information/health-care.html>. (Erişim tarihi: 31.03.2024).
- UNDP. Human Development Report 2009, Gambia. 2009. [Internet]. https://web.archive.org/web/20091105201536/http://hdrstats.undp.org/en/countries/data_sheets/cty_ds_GMB.html. (Erişim tarihi: 19.03.2024).
- WHO. Female genital mutilation and other harmful practices. 2009. [Internet]. <https://web.archive.org/web/20090716094114/http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/index.html>. (Erişim tarihi: 19.03.2024).
- Human Rights Measurement Initiative (HRMI) Rights Tracker. Gambia 2022. [Internet]. <https://rightstracker.org/country/GMB>. (Erişim tarihi: 19.03.2024).
- Tinder P. Vaccine News Daily. University of The Gambia launches public health masters programs. [Internet]. <http://vaccinenewsdaily.com/africa/320220-university-of-the-gambia-launches-public-health-masters-programs/>. (Erişim tarihi: 31.03.2024).
- Leach A, Mcardle TF, Banya WAS, Krubally O, Greenwood AM, Rands C, Adegbola R, De Francisco A, Greenwood BM. Neonatal mortality in a rural area of The Gambia. *Annals of Tropical Paediatrics*. 1999;19(1):33-43. doi:10.1080/02724939992617.
- Ekhloenetale M, Onikan A, Ekhloenetale CE. Prevalence and determinants of mother and newborn skin-to-skin contact in The Gambia: a secondary data analysis. *J Egypt Public Health Assoc*. 2020;12;95(1):18. doi:10.1186/s42506-020-00050-1.
- WHO. Data. Gambia Leading causes of death. 2024. [Internet]. <https://data.who.int/countries/270>. (Erişim tarihi: 31.03.2024).
- WHO. Data Platform. Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing. 2024. [Internet]. <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new>. (Erişim tarihi: 19.03.2024).
- World Bank Data. Fertility rate, total (births per woman). [Internet]. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>. (Erişim tarihi: 6.12.2019).
- Bongaarts J. Can family planning programs reduce high desired family size in sub-Saharan Africa? *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011;37:209-16.
- Mat Lowe, et al. Sexual and reproductive health of adolescents and young people in the Gambia: a systematic review. *Pan African Medical Journal*. 2021;40(221). doi:10.11604/pamj.2021.40.221.25774.
- UNFPA. Gambia Government. Report on the National survey on Adolescent/Youth Health. Banjul: Government of the Gambia. 2024. [Internet]. <https://www.unfpa.org/data/adolescent-youth/GM> (Erişim tarihi: 24.11.2024).
- Republic of The Gambia, National AIDS Secretariat Office of The President. The Gambia Global AIDS Response Progress Report. [Internet]. https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GMB_narrative_report_2015.pdf. (Erişim tarihi: 31.03.2024).
- United Nations Population Fund. The State of the World's Midwifery. [Internet]. <https://www.unfpa.org/sowmy>. (Erişim tarihi: 31.03.2024).
- Central Intelligence Agency. World Factbook. Maternal mortality rate-country comparison. [Internet]. <https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=ga&v=2223>. (Accessed: 31.03.2024).
- Camara B, Oluwalana C, Miyahara R, et al. Stillbirths, neonatal morbidity, and mortality in health-facility deliveries in urban Gambia. *Frontiers in Pediatrics*. 2021;9:579922.
- Republic of The Gambia, Ministry of Health and Social Welfare. National Health Policy 2012-2020. [Internet]. https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Document/s/Country_Pages/Gambia/Gambia%20National%20Health%20Policy_2012-2020%20MoHSW%5B1%5D.pdf. (Erişim tarihi: 31.03.2024).
- WHO. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary. [Internet].

- <https://iris.who.int/handle/10665/327596>. (Erişim tarihi: 24.10.2024).
27. Kinteh B, Barrow A, Nget M, Touray E, Touray J, Kinteh SLS, et al. Maternal and Child Health Services in Rural Settings of The Gambia: Contextual Determinants of Postnatal Care from Mothers' Perspectives-A Community-Based Analytical Cross-Sectional Study. *Advances in Public Health*. 2022. doi:10.1155/2022/3558676.
 28. WHO. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. [Internet]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>. (Erişim tarihi: 24.10.2024).
 29. UNICEF. The Gambia Bureau of Statistics. De Gambia Multiple Indicator Cluster Survey 2018. [Internet]. <https://www.unicef.org/gambia/reports/gambia-multiple-indicator-cluster-survey-2018>. (Erişim tarihi: 24.10.2024).
 30. Barrow A, Jobe A. Predictors of postnatal care service utilization among women of childbearing age in the Gambia: analysis of multiple indicators cluster survey. *International Journal of Women's Health*. 2020;12:709-18.
 31. Ronsmans C, Etard JF, Walraven G, et al. Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa. *Tropical Medicine and International Health*. 2003;8,(10):940-8.
 32. Telfer M, Rowley J, and Walraven G. Experiences of mothers with antenatal, delivery and postpartum care in rural Gambia. *African Journal of Reproductive Health*. 2002;6(1):74-83.
 33. Fauveau V. Program note: using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Gabon, Guinea-Bissau, and The Gambia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2007;96(3):233-40.
 34. Jammeh A, Sundby J, Vangen S. Barriers to emergency obstetric care services in perinatal deaths in rural Gambia: a qualitative in-depth interview study. *ISRN Obstet Gynecol*. 2011;981096. doi:10.5402/2011/981096.
 35. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, and The Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet*. 2005;365(9462):891-900.
 36. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, and de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *The Lancet*. 2005;365(9463):977-88.
 37. Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: Who, When, Where, and Why, *The Lancet*. 2006;368(9542):1189-200.
 38. Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, and Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries, *The Lancet*. 2006;367(9521):1487-1494.
 39. United Nations. The Millennium Development Goals Report. [Internet]. https://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf. (Erişim tarihi: 31.03.2024).
 40. Cole-Ceasay R, Cherian M, Sonko A, Shivute N, Cham M, Davis M, et al. Strengthening the emergency healthcare system for mothers and children in The Gambia. *Reprod Health*. 2010;18(7):21. (doi:10.1186/1742-4755-7-21).
 41. Okomo UA, Dibbasey T, Kassama K, Lawn JE, Zaman SM, Kampmann B, et al. Neonatal admissions, quality of care and outcome: 4 years of inpatient audit data from The Gambia's teaching hospital. *Paediatr Int Child Health*. 2015;35(3):252-64. doi:10.1179/2046905515Y.0000000036.