



**KADINLARDA OBSTETRİK ŞİDDET İLE GÜVENLİK DUYGUSU VE
YALNIZLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

BETÜL BALİN

Ebelik Anabilim Dalı

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Tuba UÇAR**

YÜKSEK LİSANS TEZİ-2026

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KADINLARDA OBSTETRİK ŞİDDET İLE GÜVENLİK DUYGUSU VE YALNIZLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Betül BALİN

Ebelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Tuba UÇAR

Tez Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Tuba UÇAR
Doç. Dr. Esra SABANCI BARANSEL
Dr. Öğr. Üyesi Ümmügülsüm ULUTAŞ

MALATYA
2026

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
ETİK ve YAPAY ZEKÂ KULLANIM BEYANI

17 / 07 / 2026

İnönü Üniversitesi Lisansüstü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak, “Prof. Dr. Tuba UÇAR” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Kadınlarda Obstetrik Şiddet İle Güvenlik Duygusu Ve Yalnızlık Arasındaki İlişki” başlıklı Yüksek Lisans Tezimde:

1. ETİK ve BİLİMSEL SORUMLULUKLARIM:

- Tezimde yer alan verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Çalışmada yararlandığım tüm kaynaklara bilimsel kurallara uygun şekilde atıfta bulunduğumu ve kaynakça gösteriminde APA 7. baskı kurallarına uyduğumu,
- Tezimin özgün olduğunu, çalışma ve yazım sürecinde patent ve telif haklarını ihlal edici hiçbir davranışta bulunmadığımı,
- Aksi bir durumda doğabilecek tüm hukuki ve akademik sonuçları kabul ettiğimi,

2. YAPAY ZEKÂ KULLANIMINA İLİŞKİN BEYANIM:

() Tez yazım sürecinde yapay zekâ tabanlı araçlardan **faydalanmadım.**

(*) Tez yazım sürecinde yapay zekâ tabanlı araçlardan **faydalandım.**

Bu durumda:

- Yapay zekâ araçlarını yalnızca bilimsel üretim sürecini desteklemek amacıyla kullandığımı,
- Kullanımın hipotez geliştirme, teorik tartışma ve yorumlama gibi üst düzey akademik becerileri içermediğini,
- Kullanımın tezin özgünlüğüne, bilimsel etik kurallarına ve ilgili mevzuata aykırı olmadığını,
- Usulsüz kullanımlara (kaynak göstermeksizin metin üretimi, yanıltıcı kaynak gösterimi, otomatik içeriklerin özgün eser gibi sunulması vb.) kesinlikle başvurmadığımı,
- Kullanılan yapay zekâ araçlarının ve işlevlerinin, danışmanımın bilgisi dâhilinde, ekte verilen tabloda şeffaf biçimde belirtildiğini,
- Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Faaliyetlerinde Üretken Yapay Zekâ Kullanımına Dair Etik Rehber’de belirtilen ilkelere riayet ettiğimi,

kabul ve taahhüt ederim.

İmza

Betül BALİN

EK: Yapay Zekâ Kullanım Tablosu

Bu tablo, tez çalışmanızda kullanılan üretken yapay zekâ araçlarının şeffaf biçimde beyan edilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Her satırda kullanılan aracın adı, kullanım amacı, hangi bölümde kullanıldığı ve kullanım şekli belirtilmelidir. Tablo, danışman öğretim üyesinin bilgisi dâhilinde doldurulmalı ve gerektiğinde ek belgelerle desteklenmelidir.

No	Üretken Yapay Zekâ Aracı	Kullanım Amacı	Kullanıldığı Bölüm	Kullanım Şekli
1	ChatGPT (OpenAI)	Yazım denetimi, dil kontrolü	Abstract, genel bilgiler	Dil ve imla kontrolü, çeviri

Üretken Yapay Zekâ Aracı: Kullanılan aracın adı (ör. ChatGPT, Grammarly, Zotero AI, Copilot vb.).

Kullanım Amacı: Aracın hangi amaçla kullanıldığı (ör. literatür özeti, dil kontrolü, kaynak önerisi, yazım denetimi vb.).

Kullanıldığı Bölüm: Tezin hangi bölümünde kullanıldığı (ör. Giriş, Literatür Taraması, Bulgular, Sonuç vb.).

Kullanım Şekli: Kullanım biçiminin niteliği (ör. öneri alma, metin taslağı oluşturma, dil ve imla kontrolü, kaynak listesi düzenleme, doğrudan alıntı vb.).

Bu tablo, tezde üretken yapay zekâ kullanımının şeffaf, izlenebilir ve etik kurallara uygun olmasını sağlamak için hazırlanmıştır. Araçların katkısı, tez metninin özgünlüğünü ve bilimsel sorumluluğu ortadan kaldıracak düzeyde olmamalıdır.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ix
ABSTRACT	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obstetrik Şiddet	4
2.1.1. Obstetrik Şiddetin Prevalansı.....	5
2.1.2. Obstetrik Şiddetin Türleri.....	6
2.1.3. Obstetrik Şiddeti Önlemeye Yönelik Ebelik Girişimleri	7
2.2. Güvenlik Duygusu	8
2.2.1. Doğum Sonrası Güvenlik Duygusu.....	8
2.2.2. Güvenlik Duygusu Etkileyen Faktörler	9
2.2.3. Doğum Sonu Güvenlik Hislerin Desteklenmesinde Ebinin Rolü	10
2.3. Yalnızlık	11
2.3.1. Doğum Sonu Annede Yalnızlık	12
3. MATERYAL VE METOT.....	13
3.1. Araştırma Tasarımı	13
3.2. Evren ve Örneklem	13
3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	13
3.3. Veri Toplama Araçları.....	13
3.3.1. Obstetrik Şiddet Ölçeği (OŞÖ) (EK 5)	14
3.3.2. Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği (ADS-GHÖ) (EK 6).....	14
3.3.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-YÖ) (EK 7)	14
3.4. Verilerin Toplanması	15
3.5. İstatistiksel Analiz.....	16
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	16
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	16
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA.....	24
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	27

KAYNAKLAR.....	29
EKLER.....	36
EK-1. Etik Kurul Onay Formu	36
EK-2. Kurum İzni.....	37
EK-3. Kişisel Bilgi Formu	38
EK-4. Obstetrik Şiddet Ölçeği (OŞÖ)	39
EK-5. Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği (ADS-GHÖ).....	40
EK-6. UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-YÖ)	41
EK-7. Araştırmaya Katılma Onay Formu	42



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince akademik yaklaşımı ve çalışma disipliniyle bana örnek olan; bilgi, deneyim ve desteğini her zaman hissettiğim, çalışmamın her aşamasında yol gösteren değerli danışman hocam Prof. Dr. Tuba UÇAR'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca yalnızca akademik anlamda değil, samimi ve destekleyici yaklaşımıyla bu yolu sevmemi sağlayan, değerli görüş ve önerileriyle bana rehberlik eden değerli hocam Doç. Dr. Esra Sabancı BARANSEL'e,

Lisans eğitimim sırasında bana yalnızca akademik anlamda değil, hayallerim konusunda da yol gösteren ve yüksek lisans eğitimine başlamamda yönlendirici olan, samimiyeti ve içtenliğiyle de hayatımda özel bir yere sahip olan kıymetli hocam Prof. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU'ya,

Hayatım boyunca sevgileri, duaları ve destekleriyle her an yanımda olan; bugünlere gelmemde emekleri ve fedakarlıkları hiçbir zaman unutulmayacak olan canım annem Şükriye BALİN ve babam Hüsnü BALİN'E, mutluluğum ve en büyük şansım olan canım ablam Nagihan ÇAYLI'ya,

Yüksek lisans sürecine birlikte başladığım, bu yoğun ve zorlu süreçte her zaman desteklerini hissettiğim, birlikte emek vererek bugünlere ulaştığımız kıymetli yol arkadaşlarım Selin BOSTANCI, Zeynep AKTAŞ ve yanımda olan tüm arkadaşlarıma,

En içten teşekkürlerimi sunarım...

Betül BALİN

ÖZET

Kadınlarda Obstetrik Şiddet ile Güvenlik Duygusu ve Yalnızlık Arasındaki İlişki

Amaç: Bu çalışma, doğum sonu erken dönem kadınlarda obstetrik şiddet, doğum sonu güvenlik duygusu ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Bu tanımlayıcı ve korelasyonel kesitsel çalışma, Şubat 2025 ile Şubat 2026 tarihleri arasında Malatya ilindeki Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışma örneklemini, vajinal veya sezaryen doğum yapmış, doğum sonrası ilk 24 saat içinde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 383 doğum sonu dönemdeki kadından oluşmuştur. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Obstetrik Şiddet Ölçeği (OŞÖ), Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, Pearson korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Genel olarak, kadınların %43,1'i doğum sırasında en az bir tür obstetrik şiddet yaşadığını bildirmiştir. Toplam OŞÖ puanları ile doğum sonrası güvenlik duygusu puanları arasında zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişki saptanmıştır ($r=-0.150$, $p<0.01$). Benzer şekilde, istismar ve şiddet alt boyutu ($r=-0.141$, $p<0.01$) ve onam alınmamış bakım alt boyutu ($r=-0.169$, $p<0.01$) doğum sonrası güvenlik duygusu ile negatif ilişkiliydi. Obstetrik şiddet ile yalnızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Doğum sonrası güvenlik duygusu ile yalnızlık arasında orta derecede negatif ilişki saptanmıştır ($r=-0.475$, $p<0.01$). Regresyon analizleri, obstetrik şiddetin doğum sonrası güvenlik duygusunu önemli ölçüde öngördüğünü ($\beta=-0.202$, $p<0.001$), gelir düzeyinin ise hem doğum sonrası güvenlik duygusunu ($\beta=0.225$, $p<0.001$) hem de yalnızlığı ($\beta=-0.288$, $p<0.001$) önemli ölçüde öngördüğünü göstermiştir.

Sonuç: Araştırma sonuçları, doğum sırasında yaşanan şiddetin kadınların doğum sonu duygusal güvenliğini olumsuz etkileyebileceğini gösterirken, sosyoekonomik koşulların doğum sonu psikososyal refahta önemli bir rol oynayabileceğini ortaya koymuştur. Saygılı doğum bakımı uygulamalarının ve psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, kadınların doğum sonu uyum sürecine ve duygusal refahına olumlu katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Doğum sonu güvenlik duygusu, Obstetrik şiddet, Yalnızlık

ABSTRACT

The Relationship Between Obstetric Violence, Postpartum Sense of Security and Loneliness Among Women

Objective: This study was conducted to examine the relationship between obstetric violence, perceived safety, and loneliness among women in the postpartum period.

Materials and Methods: This descriptive and correlational cross-sectional study was conducted between February 2025 and February 2026 at the Obstetrics and Gynecology Department of Darende Hulusi Efendi State Hospital in Malatya. The study sample consisted of 383 postpartum women who had given birth vaginally or via cesarean section, were within the first 24 hours postpartum, and agreed to participate in the study. Data were collected using the Personal Information Form, the Obstetric Violence Scale (OVS), the Mothers' Postpartum Sense of Safety Scale, and the UCLA Loneliness Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation analysis, and multiple linear regression analysis.

Findings: Overall, 43.1% of the women reported experiencing at least one type of obstetric violence during childbirth. A weak but statistically significant negative correlation was found between total OVS scores and postpartum safety perception scores ($r = -0.150$, $p < 0.01$). Similarly, the abuse and violence subscale ($r = -0.141$, $p < 0.01$) and the non-consensual care subscale ($r = -0.169$, $p < 0.01$) were negatively associated with postpartum sense of safety. No statistically significant relationship was found between obstetric violence and loneliness ($p > 0.05$). A moderate negative relationship was found between postpartum sense of security and loneliness ($r = -0.475$, $p < 0.01$). Regression analyses indicated that obstetric violence significantly predicted postpartum sense of security ($\beta = -0.202$, $p < 0.001$), while income level significantly predicted both postpartum sense of security ($\beta = 0.225$, $p < 0.001$) and loneliness ($\beta = -0.288$, $p < 0.001$).

Conclusion: The study findings suggest that violence experienced during childbirth may negatively impact women's postpartum emotional security, while socioeconomic conditions may play a significant role in postpartum psychosocial well-being. Strengthening respectful childbirth care practices and psychosocial support mechanisms may positively contribute to women's postpartum adjustment process and emotional well-being.

Keywords: Loneliness, Obstetric violence, Postpartum sense of security

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADS-GHÖ	: Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Ort.	: Ortalama
OŞÖ	: Obstetrik Şiddet Ölçeği
SS	: Standart Sapma
UCLA	: University of California, Los Angeles Yalnızlık Ölçeği (UCLA Yalnızlık Ölçeği)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Araştırma akış şeması	15
Şekil 2. Doğum sırasında yaşanan istismar ve şiddet türleri	19
Şekil 3. Doğum sırasında yaşanan onam alınmamış bakım türleri.....	20



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=383)	18
Tablo 2. Katılımcıların obstetrik ve doğuma ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n=383).....	19
Tablo 3. Katılımcıların Obstetrik Şiddet Ölçeği, Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanlarının Dağılımı	20
Tablo 4. Obstetrik şiddet, doğum sonu güvenlik hisleri ve yalnızlık arasındaki ilişki.....	21
Tablo 5. Doğum sonu güvenlik hislerinin belirleyicileri: Çoklu doğrusal regresyon analizi	22
Tablo 6. Doğum sonu yalnızlığın belirleyicileri: Çoklu doğrusal regresyon analizi	23

1. GİRİŞ

Doğum, bir kadının hayatında yalnızca fizyolojik bir süreç değil, aynı zamanda derin bir duygusal, psikolojik ve sosyal deneyimdir. Kadınlar, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde saygılı iletişim, duygusal destek, mahremiyet ve güvenli bakım bekler. Olumlu doğum deneyimi annenin özgüvenini, duygusal iyilik halini ve anneliğe uyumunu güçlendirebilirken, olumsuz deneyimler kadınların psikolojik sağlığını ve bakım algılarını olumsuz etkileyebilir (Nilsson ve ark., 2015; DSÖ, 2016).

Son yıllarda, kadınların doğum ve annelik bakımı sırasında maruz kaldıkları saygısız, istismarcı, ihmalkar veya zorlayıcı uygulamaları ifade eden obstetrik şiddet kavramına ilgi artmaktadır. Bu kavram ilk olarak 2007 yılında Venezuela’da yasal olarak tanınmış ve sağlık personeli tarafından insanlık dışı muamele, aşırı tıbbileştirme ve kadınların kendi bedenleri üzerindeki özerkliğinin yitirilmesi yoluyla kadın bedenlerinin ve üreme süreçlerinin gasp edilmesi olarak tanımlanmıştır (D’Gregorio, 2010). Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kadınların sağlık kuruluşlarında doğum sırasında fiziksel istismar, sözlü aşağılama, ayrımcılık, rıza dışı bakım, ihmal ve mahremiyet ihlalleri dahil olmak üzere çeşitli kötü muamele biçimlerine maruz kalabileceğini vurgulamıştır (DSÖ, 2014).

Obstetrik şiddet, günümüzde doğum bakımındaki yapısal cinsiyet eşitsizliklerini yansıtan önemli bir halk sağlığı ve insan hakları sorunu olarak kabul edilmektedir (Sadler ve ark., 2016; Savage & Castro, 2017). Önceki çalışmalar, obstetrik şiddetin kadınların doğum deneyimlerini, psikolojik iyilik halini, bakımdan duydukları memnuniyeti ve sağlık profesyonellerine olan güvenlerini olumsuz etkileyebileceğini göstermiştir (Bohren ve ark., 2015; Silva-Fernandez ve ark., 2023). Obstetrik şiddetin yaygınlığı, kültürel, sosyoekonomik, kurumsal ve metodolojik farklılıklara bağlı olarak ülkeler ve sağlık hizmetleri ortamları arasında önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. İspanya’da yapılan bir kesitsel çalışmada, kadınların %67,4’ünün doğum sırasında en az bir tür obstetrik şiddet yaşadığı bildirilmiştir (Martínez-Galiano ve ark., 2021). Benzer şekilde, Türkiye’de yapılan bir çalışmada, obstetrik şiddet prevalansının %12 ile %75 arasında değiştiği bildirilmiştir (Aşci & Bal, 2023).

Doğum deneyimlerinden etkilenebilecek psikolojik boyutlardan biri, doğum sonu güvenlik duygusudur. Doğum sonu güvenlik duygusu, kadınların doğum sonu dönemde hissettikleri duygusal güvenlik, özgüven, destek ve kontrol hissini ifade eder (Persson & Dykes, 2009). Bu kavram, anne sağlığının ve anneliğe başarılı bir şekilde uyum sağlamanın önemli bir bileşeni olarak kabul edilir. Doğum ve doğum sonu dönemde duygusal olarak desteklendiğini ve güvende olduğunu hisseden kadınlar, annelik sorumlulukları ve doğum sonu stres faktörleriyle daha etkili bir şekilde başa çıkabilir (Persson ve ark., 2011). Buna karşılık, olumsuz doğum deneyimleri, korku, destek eksikliği ve saygısız bakım, kadınların duygusal güvenliğini ve sağlık sistemlerine olan güvenini zayıflatabilir (Koçak ve ark., 2021).

Dünya Sağlık Örgütü, saygılı doğum bakımının, doğum ve doğum sonu bakım süresince kadınların haysiyetini, özerkliğini ve duygusal refahını koruması gerektiğini vurgulamaktadır (DSÖ, 2016). Ancak, obstetrik şiddet deneyimleri, kadınların güvenlik ve güven duygularını zayıflatarak doğum sonu duygusal uyumlarını engelleyebilir. Önceki çalışmalar, travmatik veya saygısız doğum deneyimleri ile doğum sonu depresyon, anksiyete, travma sonrası stres belirtileri ve doğum deneyimlerinden duyulan memnuniyetsizlik gibi olumsuz psikolojik sonuçlar arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (Martinez-Vázquez ve ark., 2022; Avcı & Kaydırak, 2023). Bununla birlikte, doğum sırasında yaşanan şiddet ile doğum sonu güvenlik duygusu arasındaki ilişki hala yeterince araştırılmamıştır.

Doğum sonu dönemde ortaya çıkan bir diğer önemli psikososyal sorun ise yalnızlıktır. Yalnızlık, arzu edilen ve gerçek sosyal ilişkiler arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan öznel ve sıkıntı verici bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (Sullivan, 1953). Annelik, önemli duygusal, sosyal ve kimlikle ilgili değişiklikleri içeren büyük bir yaşam dönüşümüdür (Hwang ve ark., 2022). Bu dönemde kadınlar duygusal kırılganlık, kişilerarası ilişkilerde değişiklikler, sosyal izolasyon ve sosyal bağlarının azalması gibi olumsuz deneyimler yaşayabilir (Caetano ve ark., 2022). Önceki araştırmalar, doğum sonu yalnızlığın kadınların ruh sağlığını, annelik uyumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğini göstermiştir (McComb ve ark., 2020). Doğum sonu dönemde yaşanan yalnızlık duygusu, yetersiz sosyal destek, eşin yetersiz katılımı, duygusal sıkıntı ve psikososyal zorluklardan etkilenebilir (Engin ve ark., 2016). Obstetrik şiddet kadınları duygusal olarak olumsuz etkileyebilse de, bunun doğum sonu yalnızlıkla ilişkisine dair kanıtlar sınırlıdır. Çalışmaların çoğu öncelikle doğum sonu depresyon, anksiyete ve travmatik doğum deneyimlerine odaklanırken (Martinez-Vázquez ve ark., 2022; Avcı & Kaydırak, 2023), yalnızlık ve duygusal güvenlik obstetrik şiddet bağlamında nispeten daha az ilgi görmüştür.

Doğum sırasında yaşanan şiddet, doğum sonu güvenlik duygusu ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi anlamak, saygılı doğum bakımı uygulamalarını iyileştirmek ve doğum sonu kadınların psikolojik iyilik halini desteklemek açısından önemlidir. Doğum sırasında yaşanan şiddetle ilişkili psikososyal sonuçları belirlemek, anne ruh sağlığını ve doğum sonu uyum sürecini iyileştirmeyi amaçlayan kadın merkezli bakım yaklaşımlarının ve müdahalelerin geliştirilmesine katkıda bulunabilir. Bu nedenle, bu çalışma doğum sonu dönemde kadınlarda obstetrik şiddet, doğum sonu güvenlik duygusu ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları:

1. Doğum sonu dönemde kadınlarda obstetrik şiddet ile doğum sonu güvenlik duygusu arasında ilişki var mıdır?
2. Doğum sonu dönemde kadınlarda obstetrik şiddet ile doğum sonu yalnızlık arasında ilişki var mıdır?
3. Doğum sonu dönemde kadınlarda doğum sonu güvenlik duygusu ile doğum sonu yalnızlık arasında ilişki var mıdır?

4. Obstetrik şiddet, doğum sonu güvenlik duygusunu ve doğum sonu yalnızlığı anlamlı bir şekilde yordamakta mıdır?
5. Hangi sosyodemografik ve obstetrik özellikler doğum sonu güvenlik duygusu ve doğum sonu yalnızlıkla ilişkilidir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obstetrik Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ, World Health Organization) 2014 yılında raporda, dünya genelinde birçok kadının sağlık kurumlarında doğum sırasında saygısız ve kötü muameleye maruz kaldığını bildirmektedir. DSÖ, her kadının onuruna yakışır ve saygı temelli bir bakım alma hakkının evrensel bir sağlık standardı olarak güvence altına alınması gerektiğini savunmakta; bununla birlikte dünya genelinde pek çok kadının doğum eylemini gerçekleştirdiği sağlık kuruluşlarında aşağılayıcı ve saldırgan muameleyle karşılaştığını, bu durumun saygılı bakım hakkının ötesinde yaşam, sağlık ve bedensel bütünlük gibi temel insan haklarını da tehdit ettiğini açıkça ifade etmektedir (DSÖ, 2014).

Obstetrik şiddet, ilk kez 2000'li yıllarda İspanya ve Latin Amerika'da tıbbi doğum ve doğum bakımının kadının özerkliğini engellediğine yönelik eleştirilerle ortaya çıkmıştır (Katz ve ark., 2020). Mart 2007'de Venezuela'da yürürlüğe giren yasayla ilk kez obstetrik şiddetin tanımı yapılmıştır. Şiddetten arınmış bir hayatı yaşama hakkı kanununda yer verilen yasaya göre obstetrik şiddet: 'Kadınların, beden imgeleri ve üreme dönemleriyle ilgili insanlık dışı muamelelerle ellerinden alınması, tıbbi gelişimin kötü amaçla kullanımı ve süreçlerin doğallıktan çıkması, kendi beden imgelerinde özgürce karar verme hakkı ve otonomi kaybıyla sonuçlanan ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen bir durum olarak tanımlanmıştır' (D'Gregorio, 2010).

DSÖ, obstetrik şiddeti; "kadınlara doğum anında fiziksel, psikolojik, sözlü taciz, uygun olmayan bakım uygulamaları da dâhil olmak üzere, kötü muamele ve istismar biçimi" olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2014). Mevcut çalışmalarda kullanılan pek çok kötü muamele tanımı bulunsa da dikkat çekilen ortak noktalar kötü muamele ile cinsiyete dayalı şiddetin diğer biçimleriyle bağlantılı olması, doğumun doğal süreçlerinin tıbbileştirilmesi, kadın hakları ve sağlığına yönelik tehdit ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin köklerini oluşturmasıdır (Savage & Castro, 2017).

Kadınların kurbanı olduğu obstetrik şiddet cinsiyete dayalı bir olgu olup hem kurumsal/yapısal olarak hem de kadına yönelik şiddetin bir parçası olarak diğer şiddet türlerinden farklı değerlendirilmelidir (Cohen Shabot, 2016). Meier ve Williams, obstetrik şiddeti cinsiyete dayalı eşitsizliklerle ilişkilendirmiştir. Godfrey-Isaacs ise obstetrik şiddeti, kadınlara yönelik istismarcı ve saygısız davranış olduğunu belirtmiştir (Godfrey-Isaacs, 2018; Williams & Meier, 2019). Jardim ve Modena (2018) ise kadına yapılan ihmalkar, ayrımcı, umursamaz ve saygısız davranışların obstetrik şiddet olarak değerlendirilerek bir halk sağlığı sorunu olduğuna dikkat çekmiştir (Jardim & Modena, 2018). Obstetrik şiddet en genel tanımı ile kadınların temel insan haklarının ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarına sahip olma haklarının ihlal edilmesidir (Mayra ve ark., 2022)

2.1.1. Obstetrik Şiddetin Prevalansı

Obstetrik şiddet sözlü taciz, aşağılama, damgalanma, gereksiz tıbbi müdahaleler, duygusal, fiziksel ve cinsel istismar, ayrımcılık, tehdit, ihmal edilmiş bakım, saygısızlık gibi birçok durumu içermektedir (Edward & Kibanda, 2023; Kilci ve ark., 2020; Yaylacı, 2022).

Dünyada obstetrik şiddetin görülme sıklığı ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Obstetrik şiddetin varlığında, yaş, sosyoekonomik düzey, ırk, düşük geçmişi, eğitim seviyesi, medeni durumu, doğum merkezinin özel ya da kamuya ait oluşu, doğum türü gibi faktörler belirleyici olmuştur (Martínez-Galiano ve ark., 2021). Obstetrik şiddet prevalansını belirlemek amacıyla 2015-2020 yıllarında yapılan bir çalışmada; ABD’de %17,3, Kenya’da %20, Meksika’da %23,6, Mozambik’te %28, Gine’de %30, Gana’da %34, Nijerya’da %44, Malavi’de %58, Tanzanya’da %70, Etiyopya’da %78,6 oranında kadınların doğum sırasında obstetrik şiddete maruz kaldığı belirlenmiş olup, prevalansın %15 ile %97 aralığında olduğu bildirilmiştir (Shetty ve ark., 2021).

Brezilya’da yapılan bir çalışmada kadınlara uygulanan epizyotomi, lavman işlemleri, amniyotomi ve refakatçilerin doğuma alınmaması şiddet olarak algılanmış ve kadınların %25’inin obstetrik şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Silva ve ark., 2014). İspanya’da yapılan bir çalışmada, doğum yapan kadınların %44,4’ünün gereksiz müdahalelere maruz kaldığı, %83,4’ünden aydınlatılmış onam alınmadığı, %38,3’ünün herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığı belirlenmiştir. Çalışma sonucunda obstetrik şiddetin bir insan hakları sorunu olduğu vurgulanmıştır (Mena-Tudela ve ark., 2020). Martínez Galiano ve arkadaşlarının 2021 yılında 899 kadınla yaptığı bir çalışmada; kadınların %67,4’ünün herhangi bir obstetrik şiddete maruz kaldığı ve bu kadınların %25,1’i sözel şiddetle, %54,5’i fiziksel şiddetle, %36,7’sinin psiko-duygusal şiddet ile karşılaştığı belirtilmiştir (Martínez-Galiano ve ark., 2021). Nijerya’da yapılan bir çalışmada ise kadınların %35,4’ünün obstetrik şiddet türlerinden en az birine maruz kaldığı saptanmıştır (Bohren ve ark., 2019).

Türkiye’de ise sistematik bir derlemede; obstetrik şiddet prevalansının %12 ile %75 arasında değişiklik gösterdiği, kadınlar %8,5-10,6’sının bakımlarında ihmalkarlık, %17,1-63,6’sının onay alınmaksızın bakım verildiğini, %13,4-46,9’unun vurma ve tokat gibi fiziksel şiddete, %19,3-55,3’ünün ise onur kırıcı davranışa maruz kaldıklarını belirtmiştir (Acar & Şahin, 2021). Ulaşlı Kaban’ın çalışmasında doğum anında oral alımının engellenmesi (%73,3), ten tene temasın geciktirilmesi (%45,5), vajinal muayenenin izinsiz yapılması (%46,2) kadınların doğum anında en çok maruz kaldığı ilk üç şiddet olarak belirlenmiştir (Ulaşlı Kaban & Ay, 2025)

2.1.2. Obstetrik Şiddetin Türleri

Literatürde çeşitli başlıklar altında sınıflandırılan obstetrik şiddet (Abuya ve ark., 2018; Bohren ve ark., 2015; Lansky ve ark., 2019) 2010 yılında Bowser ve Hill tarafından yedi başlık altında kategorize edilmiştir (Bowser & Hill, 2010).

Fiziksel ve Sözel Şiddet: Kadına istenmeyen dokunuşlar, ağzının kapatılarak ses çıkarmasının engellenmesi, doğumu hızlandırmak amacıyla fundal bası uygulanması, kısırtma, tokatlama, perine traşı, anestezi uygulamadan yapılan laserasyon ve epizyotomi onarımı, beslenmenin engellenmesi gibi uygulamalar fiziksel şiddetin varlığının göstergeleridir. Ayrıca aşağılama, dayak ile tehdit etme, hakaret etme de sözel şiddetin varlığının göstergesidir (Kukura, 2018)

İzinsiz Tıbbi Girişimler: Kadının bilgilendirilmiş onayı alınmaksızın veya tıbbi gereklilik bulunmadan amniyotik membran rüptürü, perineal insizyon, oksitosin indüksiyonu, kan transfüzyonu, sezaryen, histerektomi, tüp ligasyonu, küretaj, sürekli fetal monitörizasyon ile vakum veya forseps uygulaması gibi müdahalelerin gerçekleştirilmesi, hem bedensel şiddet hem de rızasız bakım uygulamasının göstergesi olarak kabul edilmektedir (Kukura, 2018; Savage & Castro, 2017)

Gizli Olmayan Bakım: Çok kişilik odalarda mahremiyeti sağlayacak ayırıcıların kullanılmaması, birden fazla sağlık profesyoneli tarafından vajinal muayenenin tekrarlanması ve hasta verilerinin açık alanda sesli olarak paylaşılması, doğum sürecinin çok sayıda kişi tarafından gözlemlenmesi gibi uygulamalar, gizliliğin korunmadığı bakım hizmeti ve mahremiyet ihlalinin somut göstergeleri olarak değerlendirilmektedir (Kukura, 2018; Savage & Castro, 2017)

Saygın Olmayan Bakım: Sağlık profesyonelleri tarafından gebeye azarlayıcı söylemlerde bulunulması, kurum düzenlemeleriyle gözdağı verilmesi, onur kırıcı ifadeler kullanılması, yüksek sesle konuşulması, nezaketsiz davranışlar gösterilmesi, suçlayıcı bir tutum sergilenmesi ve doğum sürecine eş ya da destek kişinin dahil edilmemesi gibi davranışların varlığı, saygın olmayan bakım uygulamasının belirleyici işaretleri arasında yer almaktadır (Kukura, 2018; Savage & Castro, 2017)

Ayrımcılık: Gebelerin etnik köken, inanç sistemi, enfeksiyöz hastalık taşıyıcılığı (hepatit, HIV/AIDS gibi), konuştuğu dil, bireysel tercihler, aldığı eğitim seviyesi, ekonomik imkanlar ve yaşam standartları gibi demografik ve sosyal özelliklerine bağlı olarak sağlık hizmeti sürecinde olumsuz muameleyle tabi tutulduğunu belirtmesi, ayrımcı yaklaşımın somut kanıtları arasında değerlendirilmektedir (Kukura, 2018; Savage & Castro, 2017).

İhmal Edilen Bakım: Gebenin doğum eylemini sağlık profesyoneli desteği olmaksızın gerçekleştirmek zorunda bırakılması, doğum ünitesinde gözetimsiz tutulması, travay sürecinin düzenli olarak takip edilmemesi sonucu maternal ve fetal yaşamın tehlikeye girmesi gibi durumlarla karşılaşılması, ihmal edilen bakımın belirgin göstergeleri olarak tanımlanmaktadır (Kukura, 2018; Savage & Castro, 2017).

Sağlık Kurumunda Zorla Tutmak: Mali yükümlülüklerini yerine getiremeyen lohusaların taburcu edilmeyerek sağlık kurumunda alıkonulması ve yenidoğanın koruyucu hizmetlere devredileceği yönünde baskı uygulanması, obstetrik şiddet kapsamında değerlendirilen uygulamalar arasında yer almaktadır (Kukura, 2018; Savage & Castro, 2017)

Obstetrik şiddet olarak kabul edilen uygulamaların, annede sürekli korku ve yalnızlık duygularına yol açarak psikolojik stres düzeyini artırdığı; bu stresin hormonal yanıtları tetiklemesi sonucunda doğum eyleminin ilerlemesini olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir. Artan stresin aynı zamanda uyku düzeninde bozulmalara ve kan basıncı değerlerinde düşme ya da yükselme şeklinde fizyolojik değişikliklere neden olabildiği ifade edilmektedir (Subaşı, 2024).

2.1.3. Obstetrik Şiddeti Önlemeye Yönelik Ebelik Girişimleri

Obstetrik şiddetin önlenmesi ve ortadan kaldırılmasında sağlık çalışanlarının kaliteli, saygılı ve kanıta dayalı bakım sunması büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin obstetrik şiddet kavramını anlamaları ve hangi uygulama ya da tutumların bu şiddet biçimine yol açabileceğini tanımlayabilmeleri gerekmektedir (Kilci ve ark., 2020).

Kadınlar doğum sürecinde kesintisiz bakım, duygusal destek, güvenli bir ortam ve bireysel ihtiyaçlarının dikkate alındığı bir doğum deneyimi beklemektedir. Bu süreçte kadınların özerk karar verme haklarının korunması, gerekli tıbbi girişimler öncesinde yeterli bilgilendirme yapılması ve aydınlatılmış onamlarının alınması önem taşımaktadır. Ayrıca sağlık profesyonellerinin saygılı yaklaşımı ve mesleki yeterliliklerine duyulan güven, olumlu doğum deneyiminin temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Gibbins & Thomson, 2001; DSÖ, 2014).

Ebeler, kadınların kendi bedenleri ve doğum süreçleri üzerinde söz sahibi olmalarını desteklemeli ve tıbbi müdahaleleri yalnızca gerekli durumlarda uygulamalıdır (Moridi ve ark., 2020; Perera ve ark., 2018). Bu doğrultuda bakım sürecinde etkili iletişim kurulması, mahremiyetin korunması, doğum yönetimi ve doğum pozisyonu seçiminde kadınların karar verme özgürlüğünün desteklenmesi gerekmektedir (Perotte ve ark., 2020). Doğum sürecinde sunulan kesintisiz destek maternal deneyimi ve perinatal sonuçları olumlu yönde etkilemektedir (Hodnett ve ark., 2012).

Literatürde; personel ve ekipman yetersizliği, politika eksiklikleri, uygunsuz profesyonel tutumlar ve sağlık hizmetlerindeki yapısal sorunların kadınların doğum sırasında savunmasızlık hissini artırabileceği belirtilmektedir (Bohren ve ark., 2015). Bu nedenle ebeinin fizyolojik doğum sürecini desteklemesi, kadının güven duygusunu güçlendirmesi, şiddet içerikli davranışlardan kaçınması ve gereksiz tıbbi girişimleri en aza indirmesi önemlidir (Kilci ve ark., 2020)

Tüm sağlık uygulamalarında olduğu gibi doğum bakımında da mahremiyetin korunması temel etik sorumluluklardan biridir. Hasta bilgilerinin gizliliğinin korunması, bakım öncesinde izin alınması ve

kişisel bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılmaması mahremiyet ilkesinin önemli bileşenleridir (Arslan Özkan, 2019).

Obstetrik şiddetin önlenmesi için şefkat odaklı ve insani ebelik bakımının benimsenmesi gerekmektedir. Kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda kadınların mobilizasyonunun desteklenmesi, nonfarmakolojik ağrı yönetimi yöntemlerinin kullanılması, gereksiz rutin müdahalelerden kaçınılması ve kadınların doğum pozisyonu tercihlerine saygı gösterilmesi olumlu doğum deneyimini desteklemektedir (Andrade ve ark., 2016; Leal ve ark., 2014; Ten Hoope-Bender ve ark., 2014).

2.2. Güvenlik Duygusu

Güvenlik duygusu, yaşam kalitesinin temel yapı taşlarından birini oluşturmaktadır. İnsanlık tarihi boyunca evrensel bir gereksinim olarak kabul edilen bu duygu, bireylerin yaşamlarının hemen hemen her alanını şekillendirmektedir (Persson ve ark., 2011). Literatürde güvenlik kavramına ilişkin farklı tanımlamalar bulunmakta olup, bu kavram güven duyma, hazırlıklı hissetme, tatmin olma, iyi hal ve emin olma durumları ile ifade edilmektedir (Fong ve ark., 2018; Liyana Amin ve ark., 2018).

İnsan motivasyonu ve kişilik gelişimine dair öncü çalışmalarıyla tanınan Abraham Maslow ise güvenlik olgusunu, tehditlerden korunma, fiziksel ve psikolojik dengenin sağlanması bağlamında ele almaktadır (Maslow, 1970). Maslow'a göre güvenlik gereksiniminin karşılanamaması durumunda bireyler kaygı, sinirlilik, gerginlik, endişe gibi olumsuz duygusal tepkiler gösterebilmektedir (Maslow, 1970). Güvenlik ihtiyacı, bedensel ve ruhsal risklerin minimize edildiği, iyilik halini destekleyen istikrarlı ve düzenli bir çevre arayışını içermektedir (Smith ve ark., 1981). Bu tanım, güvenlik kavramının sadece fiziksel tehlikelerden korunmayı değil, aynı zamanda psikolojik ve duygusal istikrarı da kapsadığını vurgulamaktadır.

2.2.1. Doğum Sonrası Güvenlik Duygusu

Doğum sonrası güvenlik duygusu, annelerin bu süreçte karşılaştıkları artan sorumlulukları, stres ve anksiyete düzeylerini yönetebilme kapasitesi olarak ifade edilmektedir (Persson ve ark., 2011; Persson & Dykes, 2009). Annelerin deneyimledikleri güvenlik hissi; sağlık çalışanlarının ve eşlerinin sunduğu destek, anne ve bebeğin genel sağlık durumu, depresyon, anksiyete, korku düzeyi ve çok sayıda değişkenden etkilenmektedir. (Persson & Dykes, 2009).

Doğum sonrası güvenlik kavramına ilişkin öncü çalışmaları gerçekleştiren ve Doğum Sonrası Güvenlik Duygusu Ölçeğini oluşturan Persson ve arkadaşları (2009), bu kavramın alt boyutlarını ve ilişkili olduğu alanları aile bağları, güçlendirici davranış, genel iyilik ve emzirme davranışı olarak tanımlamışlardır (Persson & Dykes, 2009).

Aile Bağları: Doğum sonrası dönemde annenin eşi ve yakın çevresinden elde ettiği destek, annelik rolüne uyum sürecini kolaylaştıran önemli bir faktördür. Kadınların doğum sonrasında partneri, ailesi ve sosyal çevresinden aldığı destek, annenin güvenlik duygusunu güçlendirmekte ve doğum sonrası deneyimlerine pozitif katkı sağlamaktadır. Lohusanın doğumu takiben kendisini psikolojik ve fizyolojik yönden daha hızlı toparlaması, kişisel bakımına zaman ayırıp dinlenebilmesi bebeği ile uyumlu bir etkileşim süreci yaşaması ve temel gereksinimlerini karşılamada zorluk yaşamaması bu boyut kapsamındadır (Geçkil ve ark., 2016)

Güçlendirici Davranış: Lohusalık döneminde annelerin artan sorumlulukları ile birlikte stres ve anksiyete düzeylerini yönetebilmeleri, özerk karar alma süreçlerini sürdürebilmeleri, günlük aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirebilmeleri ve fiziksel ile psikolojik açıdan iyilik hallerini korumaları, ebe ve hemşirelerin sağladıkları destekleyici rol ile kolaylaşmaktadır (Persson & Dykes, 2009).

Genel İyilik: Doğumu takip eden ilk haftalık sürede lohusanın ruhsal ve bedensel durumunu ifade etmektedir. Doğum deneyimi yaşayan annenin bu dönemde fiziksel ve psikolojik olarak kendini iyi hissetmesi, annelik rolüne adaptasyonu açısından kritik öneme sahiptir (Persson ve ark., 2007).

Emzirme Davranışı: Annenin yalnızca anne sütü ile bebeğini besleme pratiğini içermektedir. Yenidoğanın ihtiyaçlarını anlayabilmek, annenin kendini daha iyi hissetmesine ve bebeği ile duygusal bağın kurulmasına katkı sunmaktadır (Geçkil ve ark., 2016).

2.2.2. Güvenlik Duygusu Etkileyen Faktörler

Lohusalık döneminde annelerin kendilerini güvende hissetmeleri için temel psikolojik gereksinimlerin, değer görme, sevgi ve saygınlık duygusu, kendini gerçekleştirme, başarı hissi gibi ihtiyaçların giderilmesi gerekmekte olup, bu unsurlardan herhangi birinin yetersiz kalması halinde güvenlik algısı negatif yönde etkilenebilmektedir (Sirli & Altuntuğ, 2023).

Doğum ve doğum sonrası süreçte fiziksel şiddet veya kötü muameleye maruz kalmak, annenin güvenlik algısını ciddi biçimde zedelemekte, kendisini savunmasız ve korunmasız hissetmesine yol açmaktadır. Aksoy Derya ve arkadaşlarının (2019) gerçekleştirdiği çalışmada, annelerin doğumu pozitif biçimde algılama düzeylerinin yükselmesiyle birlikte lohusalık dönemindeki güvenlik duygularının da arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, doğum eylemi ve ağrı sürecine ilişkin olumlu algının, doğum sonrası dönemde aile bağlarının güçlenmesi ve destekleyici davranışlar gibi güvenlik duygusunun alt boyutlarını ve genel güvenlik hissini yükselttiği tespit edilmiştir (Aksoy Derya ve ark., 2019)

Postpartum bakım hizmetlerinde güvenlik duygusu, yalnızca fiziksel risklerin azaltılmasıyla sınırlı değildir. Aynı zamanda kadının kendini ifade edebilmesi, ihtiyaçlarını dile getirebilmesi ve bakım süreci üzerinde belirli bir kontrol algısına sahip olması da güvenlik duygusunun önemli bileşenleri

arasında yer almaktadır. Bu unsurların eksikliği, kadının bakım ortamını güvensiz olarak algılamasına ve doğum deneyimini olumsuz değerlendirmesine yol açabilmektedir (Sadler ve ark., 2016). Mukamurigo ve arkadaşlarının (2017) son 1-13 ay içerisinde doğum yapmış 922 kadınla gerçekleştirdikleri araştırmada, doğum sürecinde sağlık çalışanlarına duyulan güven, etkili bir iletişimin kurulması, psikolojik desteğin sunulması, yeterli düzeyde bilgilendirme yapılması ve doğumu takiben ten tene temasının uygulanmasının doğum deneyimini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır (Mukamurigo ve ark., 2017).

Güvenlik duygusu, ebeveynlerin ebeveynlik rollerini etkili bir biçimde yerine getirebilmeleri açısından kritik bir öneme sahiptir ve bu nedenle desteklenmesi gereken temel bir unsurdur (Koçak, 2021). Yapılan bir çalışmada, annelerin postpartum dönemde aldıkları sosyal desteklerin gereksinimlerini yeterince karşılamadığı, buna karşın destek gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Türkoğlu ve ark., 2014)

Dünya Sağlık Örgütü, doğum sonu bakımda güvenlik duygusunun sağlanmasını saygılı ve onurlu bakım anlayışının temel bileşenlerinden biri olarak tanımlamaktadır. Postpartum dönemde güvenli bir bakım ortamının oluşturulması, annenin psikolojik iyilik halini desteklemekte ve annelik rolüne uyum sürecini kolaylaştırmaktadır. Buna karşılık güvenlik duygusunun zayıflaması, doğum sonrası dönemin stresli ve olumsuz bir deneyim olarak algılanmasına yol açabilmektedir (DSÖ, 2014). Buna paralel olarak yapılan bir çalışmada, postpartum dönemde sağlıklı ve destekleyici bakım algısına sahip olan kadınların daha olumlu psikolojik deneyimler yaşadığı ve daha yüksek düzeyde iyilik hali bildirdiği bulunmuştur; bu sonuç, kaliteli bakımın postpartum güvenlik duygusunu ve psikolojik sağlık durumunu olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Atuesinya Azusong ve ark., 2025)

Melender ve Lauri (2002), gebelik ve doğum sürecindeki annelerin güvenlik algısının, doğum öncesi bakım hizmetleri, kontrol duygusu, sosyal destek ağı, partner desteği ve annelerin kişisel tutumları gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olduğunu vurgulamışlardır (Melender & Lauri, 2002)

2.2.3. Doğum Sonu Güvenlik Hislerin Desteklenmesinde Ebenin Rolü

Postpartum dönemde güvenlik duygusunun korunması, sağlık personelinin bakım sürecinde benimsediği tutum ve davranışlarla yakından ilişkilidir. Fiziksel, sözel ve psikolojik kötü muamele biçimlerini içeren obstetrik şiddet, kadınların sağlık hizmetleri sırasında kendilerini güvende hissetmelerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle sağlık personelinin yalnızca klinik gereklilikleri değil, aynı zamanda kadının insan onurunu, özerkliğini ve psikolojik bütünlüğünü de gözetmesi gerekmektedir (Bohren ve ark., 2015; DSÖ, 2014).

Obstetrik bakımda güvenlik duygusunun güçlendirilmesi; kadının görüş ve ihtiyaçlarının dikkate alındığı, kendisini tehdit altında hissetmediği bir bakım ortamının oluşturulmasıyla mümkündür. Sağlık

alışanlarının şiddet içeren veya şiddet olarak algılanabilecek uygulamalardan kaçınması, kadının bakım sürecine duyduğu güveni artırmaktadır (Sadler ve ark., 2016). Bu kapsamda bakım sürecinde kadınların bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onamlarının alınması, fiziksel müdahalelerin yalnızca tıbbi gereklilik halinde uygulanması, mahremiyetin korunması, etkili iletişim kurulması ve kadınların karar verme sürecine aktif katılımının desteklenmesi önem taşıamaktadır. Ayrıca kadınların korku, kaygı ve rahatsızlık ifadelerine duyarlı yaklaşılması ve otoriter tutumlardan kaçınılarak destekleyici bir bakım anlayışının benimsenmesi gerekmektedir (Bohren ve ark., 2015; Sadler ve ark., 2016; DSÖ, 2014)

2.3. Yalnızlık

Yalnızlık kavramı, kişilerarası ilişkiler bağlamında çeşitli araştırmacılar tarafından farklı biçimlerde ele alınmıştır. Bu doğrultuda Peplau ve Perlman, yalnızlığı bireyin mevcut sosyal ilişkileri ile arzu ettiği ilişkiler arasındaki hem nitelik hem de nicelik açısından belirgin bir uyumsuzluktan kaynaklanan olumsuz bir deneyim olarak tanımlamaktadır (Perlman & Peplau, 1982). Benzer bir perspektiften hareketle, bireyin kişilerarası beklenti ve gereksinimlerinin içinde bulunduğu sosyal evre tarafından yeterince karşılanamamasının bu duygunun temel belirleyicilerinden biri olduğu ileri sürülmektedir (Neto & Barros, 2000).

Gierveld (1998), yalnızlık olgusunu birbirini tamamlayan üç farklı boyut çerçevesinde ele almaktadır. Bu boyutlardan ilki yoksunluk durumudur; söz konusu boyut, yakın bağlar kurma isteğinin karşılıksız kalması, irade dışı gerçekleşen ayrılık süreçleri ve bireyin içsel bir boşluk hissiyle baş başa kalması ile doğrudan ilişkilendirilmektedir. İkinci boyut zamansal perspektif olarak adlandırılmaktadır. Bu boyut bireyin geleceğe ilişkin umudunu yitirmesi, içinde bulunduğu koşulların değişip değişmeyeceğine dair zihinsel sorgulamalar yapması, durumunu yorumlama biçimi ve kendini ya da başkalarını sorumlu tutma eğilimi gibi bilişsel süreçler ön plana çıkmaktadır. nc boyut ise duygusal bir nitelik taşımakta; üzüntü, hüzün, utanç ve suçluluk gibi yoğun duygu durumlarının yanı sıra hayal kırıklığı ve çaresizlik hissiyatını kapsayan bir deneyim bütünü olarak tanımlanmaktadır (De Jong Gierveld, 1998)

Alan yazında yalnızlığa ilişkin pek çok farklı tanımlama bulunmakla birlikte, bu tanımlamaların iki temel nokta üzerinde örtüştüğü dikkat çekmektedir. Bunlardan ilki, yalnızlığın olumsuz bir duygu durumu olarak değerlendirilmesi ve bireyde sosyal ilişkiler bağlamında yetersizlik algısına yol açarak rahatsızlık verici bir nitelik taşımasıdır. İkincisi ise yalnızlık deneyiminin kişiden kişiye farklılık gösteren öznel bir niteliğe sahip olmasıdır. Nitekim başı bireyler yakın ilişki kurabilecekleri kimse olmaksızın dahi yalnızlık hissi yaşamazken, başı bireyler geniş bir sosyal çevreye sahip olmalarına karşın kendilerini yalnız hissedebilmektedir. Bu durum, yalnızlığın nesnel koşullardan bağımsız olarak bireyin kendi algısı tarafından şekillendirilen öznel bir deneyim olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (imen, 2023)

2.3.1. Doğum Sonu Annede Yalnızlık

Yalnızlık olgusu, literatürde çoğunlukla sosyal yalnızlık ve duygusal yalnızlık olmak üzere iki temel boyutta ele alınmaktadır. Sosyal yalnızlık, bireyin içinde bulunduğu sosyal çevreyle bağlarının zayıflaması, sosyal bir gruba ait hissetmemesi ya da bu gruptan uzaklaşması durumunu ifade etmektedir. Duygusal yalnızlık ise bireyin yakın ve güvene dayalı ilişkilerinin yetersizliği ile ilişkili olup, özellikle bağlanma güçlükleri yaşayan bireylerde daha belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. Bu tür yalnızlığın, yalnızca sosyal ilişkilerin nicel eksikliğine bağlı bir durum olmadığı; aynı zamanda bireyin derin bir içsel boşluk ve duygusal yoksunluk hissi yaşamasına neden olduğu belirtilmektedir (Cacioppo & Patrick, 2008).

Anneliğe geçiş süreci, yalnızca biyolojik ve fizyolojik düzeyde değil, kimlik, yaşam biçimi ve kişisel öncelikler açısından da köklü bir dönüşümü beraberinde getiren, çok boyutlu bir yaşam geçişi olarak değerlendirilmektedir (Hwang ve ark., 2022). Bu dönüşüm, kadının hem kendisiyle hem de çevresiyle kurduğu ilişkilerin yeniden anlamlandırılmasını zorunlu kılmaktadır. Nitekim doğum sonrası dönemde partner, aile ve arkadaşlarla sürdürülen kişilerarası ilişkilerin niteliği, kadının sosyal çevresindeki bireylerce ne ölçüde önemsendiğine dair algısını doğrudan etkileyebilmektedir. Özellikle bu dönemde ortaya çıkan destek gereksinimleri, yenidoğan bakımının getirdiği yoğun talepler nedeniyle yaşamın diğer evrelerindeki belirsizlikten farklılaşmakta; kadınlar çoğu zaman yakın çevrelerinin beklenen düzeyde hazır bulunmadığını fark ederek sosyal etkileşimlerini daha olumsuz bir perspektiften değerlendirmeye başlamaktadır (Caetano ve ark., 2022). Bu noktada, bireyin sosyal ilişkilerinde yeterince görünmediğini ya da diğerleri tarafından önemsenmediğini hissetmesinin yalnızlık duygusunun temel besleyicilerinden biri olduğu ileri sürülmektedir (McComb ve ark., 2020).

Doğum sonrası dönemin kadınlar üzerinde yarattığı çok yönlü baskı göz önünde bulundurulduğunda, bu sürecin yalnızlık duygusuyla yakından ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Söz konusu dönemde kadınlar, hem fiziksel hem de duygusal açıdan yoğun bir destek gereksinimi içinde olmasına karşın bu ihtiyaçların karşılanmasında ciddi yetersizlikler yaşayabilmektedir. Özellikle emzirme süreci, uzman rehberliği ve sosyal destek gerektiren hassas bir deneyim olup bu alanda algılanan destek eksikliği kadının kendisini çaresiz ve yalnız hissetmesine zemin hazırlayabilmektedir. Nitekim yalnız kalınan anlarda olumsuz duygusal deneyimlerin yoğunlaşması, doğum sonrası dönemin sosyal izolasyon ve yalnızlık riski taşıyan kritik bir evre olduğuna işaret etmektedir (Bal ve ark., 2021).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma Tasarımı

Bu çalışmada, doğum sonu dönemde kadınlarda obstetrik şiddet, doğum sonu güvenlik duygusu ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel tipte kesitsel bir çalışma olarak tasarlandı.

Araştırma Malatya Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisinde Şubat 2025-Şubat 2026 tarihleri arasında yürütüldü. İlçedeki tek devlet hastanesi olan Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi bölgedeki kadın doğum hizmetlerinin önemli bir kısmını karşılamaktadır. Hastane kayıtlarına göre yıllık ortalama doğum sayısı 300-400'dür.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü hastanede sezaryen veya vajinal yolla doğum yapan ve doğum sonu ilk 24 saat içinde olan kadınlar oluşturdu. Örneklem, evrenden olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçildi. Örneklemi araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü kadınlar oluşturdu.

Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için priori-power analizi yapıldı. Örneklem hesabı için G*Power 3.1.9.7 programı kullanıldı. Hesaplamada, orta düzeyde etki büyüklüğü ($r=0,20$), %95 güven aralığı, %80 güç ve %5 hata payı ile en az 383 olarak bulundu. Çalışmada 383 katılımcının tamamı nihai analizlere dahil edildi.

3.2.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- İletişim kurmada sorun yaşamayan,
- Doğum sonu ilk 24 saat içinde olan,
- Doğum sonu anne ve bebekte herhangi bir komplikasyon gelişmemiş olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Sözel beyana göre daha önce veya şu anda psikiyatrik hastalık tanısı konulmamış ve psikiyatrik bir ilaç kullanmayan kadınlar.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Obstetrik Şiddet Ölçeği (OŞÖ), Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği (ADS-GHÖ) ve UCLA Yalnızlık Ölçeği ile toplandı.

Kişisel Bilgi Formu (EK 4): Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan formda yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, doğum sayısı, gebelik geçmişi, doğumla ilgili özellikler ve algılanan

doğum deneyimleri dahil olmak üzere, kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır (Uğur, 2024).

3.3.1. Obstetrik Şiddet Ölçeği (OŞÖ) (EK 5)

Ölçek, kadınların doğum sürecinde maruz kaldıkları obstetrik şiddetin varlığını ve düzeyini değerlendirmek amacıyla Castro ve Frias (2019) tarafından geliştirildi. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kömürcü Akik (2023) tarafından yapıldı. Ölçek toplam 11 maddeden ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Birinci alt boyut İstismar ve Şiddet başlığı altında 1-7. maddeleri kapsamakta olup bu alt boyuttan alınabilecek puanlar 0 ile 7 arasında değişmektedir. İkinci alt boyut ise Onam Alınmamış Bakım olup 8-11. maddelerden oluşmakta ve bu alt boyuttan alınabilecek puanlar 0 ile 4 arasında değişmektedir. Ölçek maddeleri katılımcılara evet ve hayır seçenekleri ile yöneltilmekte olup, puanlama aşamasında evet yanıtı 1, hayır yanıtı ise 0 olarak kodlanmaktadır. Alt boyut ve toplam puanlar, ilgili maddelerin toplanmasıyla elde edilmektedir. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 0 ile 11 arasında değişmekte olup, puanın artması obstetrik şiddete maruz kalma düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Alt boyutlar açısından da, puanın artması ilgili alt boyuttaki şiddete maruz kalma düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0,72'dir (Kömürcü Akik, 2023). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0,70 olarak bulundu.

3.3.2. Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği (ADS-GHÖ) (EK 6)

Ölçek, annelerin doğum sonrası ilk hafta içindeki güvenlik hislerini ölçmek amacıyla Persson ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirildi. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Geçkil ve arkadaşları (2016) tarafından yapıldı. Ölçek toplam 18 maddeden oluşmakta olup, 4'lü Likert tiptedir (hiç katılmıyorum=1, tamamen katılıyorum=4). Ölçekten alınabilecek toplam puan 18 ile 72 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar annelerin doğum sonu güvenlik duygusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Geçkil ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0,84'dür (Geçkil ve ark., 2016). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0,79 olarak bulundu.

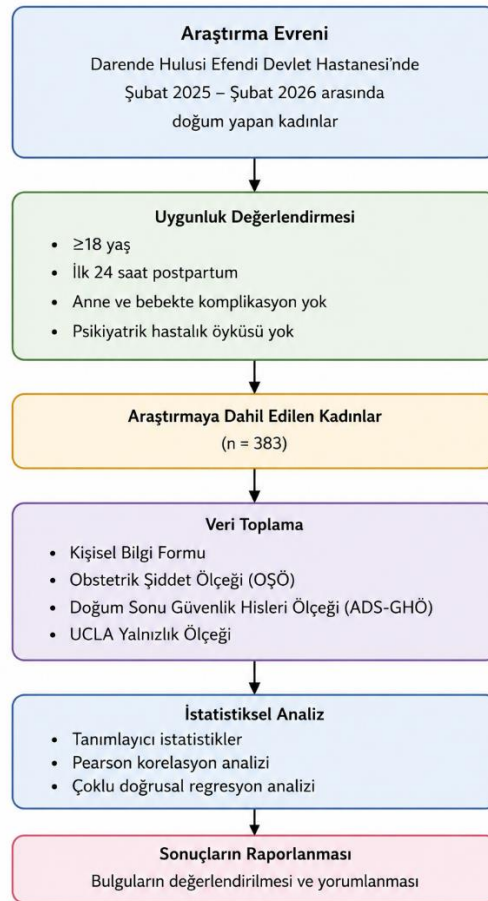
3.3.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-YÖ) (EK 7)

UCLA Yalnızlık Ölçeği, bireylerin sosyal ilişkilerinden algıladıkları doyum düzeyine bağlı olarak yaşadıkları yalnızlığı değerlendirmek amacıyla Russell ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirildi. Ölçek 20 maddeden oluşmakta olup, 4'lü Likert tiptedir (hiç uygun değil=1, sık sık uygun=4). Ölçekte yer alan maddelerin 10'u olumlu, 10'u ise olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar yaşanan yalnızlık duygusunun artmasına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Demir tarafından gerçekleştirildi ve

Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0,96 olarak bulundu (Demir, 1989). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak bulundu.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, Şubat 2025-Şubat 2026 tarihleri arasında Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisi'nde yatmakta olan sezaryen veya vajinal doğum yapan kadınlardan doğum sonu ilk 24 saat içerisinde toplandı. Veriler, mahremiyet, gizlilik ve katılımcıların rahatlığını sağlamak amacıyla katılımcıların tek kişilik hastane odalarında yapılan yüz yüze görüşmeler yoluyla araştırmacı tarafından toplandı. Katılımcılar yanıtlarının bakım veren personelle paylaşılmayacağı konusunda bilgilendirildi. İlk aşamada kadınlara araştırmanın amacı açıklandı ve katılmayı kabul edenlere veri toplama araçları uygulandı. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 20 dakika sürdü. Verilerin toplanma ve araştırma akış şeması Şekil 1'de verildi.



Şekil 1. Araştırma akış şeması

3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmadan elde edilen veriler, Windows için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) sürüm 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak sunuldu. Ölçekler arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon katsayıları zayıf (0,00–0,24), orta (0,25–0,49), güçlü (0,50–0,74) ve çok güçlü (0,75–1,00) olarak yorumlandı (Evans, 1996).

Doğum sonu güvenlik duygusu ve doğum sonu yalnızlığın belirleyicilerini saptamak için çoklu doğrusal regresyon analizleri yapıldı. Klinik olarak anlamlı görülen ve bağımlı değişkenlerle teorik olarak ilişkili olduğu düşünülen değişkenler regresyon modellerine dahil edildi. Regresyon analizlerinden önce, çoklu kolineerlik, doğrusallık, artıkların normalliği ve homoskedastisite gibi varsayımlar değerlendirildi. Regresyon sonuçları, standartlaştırılmamış katsayılar (B), standartlaştırılan katsayılar (β), standart hatalar (SE), %95 güven aralıkları (CI) ve düzeltilmiş R^2 değerleri kullanılarak rapor edildi. İstatistiksel anlamlılık, $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verileri toplanmadan önce İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı (03.12.2024-2024/6785) (EK-2). Ayrıca çalışmanın yürütüldüğü Darende Hulusi Efendi Devlet Hastanesi'nden gerekli kurum izni temin edildi (Sayı: E-50592352-800266626695) (EK-3).

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı, prosedürleri, potansiyel faydaları ve gönüllülük esasına dayalı olduğu hakkında bilgi verilmiştir. Veri toplama işleminden önce her katılımcıdan yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Katılımcılara, herhangi bir soruyu yanıtlamayı reddedebilecekleri veya sağlık hizmetleri açısından herhangi bir sonuç doğurmadan çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çekilebilecekleri bildirilmiştir.

Araştırma süreci boyunca katılımcıların gizliliğinin ve mahremiyetinin korunmasına özellikle dikkat edilmiştir. Çalışma, obstetrik şiddet deneyimleriyle ilgili soruları içerdiğinden, veri toplama işlemi yalnızca araştırmacı ve katılımcının bulunduğu özel bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Veri setine hiçbir tanımlayıcı bilgi eklenmemiş ve tüm veriler güvenli bir şekilde saklanmış ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılmıştır. Çalışma, Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma bazı sınırlılıklara sahiptir. Çalışma tek merkezde yürütülmüş olup elde edilen bulgular bu kurumla sınırlıdır. Bu nedenle, bulgular yerel nüfusun ve sağlık ortamının özelliklerini yansıtabilir ve diğer bölgelere veya sağlık kurumlarına genelleştirilebilirliğini sınırlayabilir.

İkinci olarak, çalışma kesitsel bir tasarıma sahip olduğundan değişkenler arasındaki ilişkiler, tek bir zaman noktasında gözlemlenen ilişkileri temsil etmektedir. Sonuç olarak, nedensel çıkarımlar yapılamaz ve bu ilişkilerin yönü dikkatle yorumlanmalıdır.

Üçüncü olarak, tüm veriler öz bildirim araçları kullanılarak toplanmıştır. Obstetrik şiddet hassas ve potansiyel olarak rahatsız edici bir konu olduğundan, bazı katılımcılar korku, sosyal kabul edilebilirlik önyargısı, kötü muamelenin normalleştirilmesi veya belirli olayları hatırlamada zorluk nedeniyle deneyimlerini eksik bildirmiş olabilirler. Ayrıca, kadınlar doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde değerlendirilmiştir ve bu dönemdeki fiziksel ve duygusal durumları yanıtlarını etkilemiş olabilir.

Araştırma yalnızca doğum sonrası ilk 24 saat içinde değerlendirilen kadınları kapsamaktadır. Bu nedenle obstetrik şiddetin doğum sonrası güvenlik duygusu ve yalnızlık üzerindeki uzun dönem etkileri değerlendirilememiştir.



4. BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de sunuldu. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamaları $29,51 \pm 5,87$ yıl olup yaş aralığı 18 ila 45 yıl arasındadır. Eğitim durumuna göre, kadınların yaklaşık üçte ikisi (%66,6) lise veya daha yüksek bir eğitim seviyesini tamamlamışken, %33,4’ü lise altı bir eğitim seviyesine sahipti. Katılımcıların çoğunluğu (%76,0) çalışmıyordu, %24,0’ü ise çalıştığını bildirdi. Aile yapısı açısından, kadınların çoğu (%85,4) çekirdek ailede yaşarken, sadece %14,6’sı geniş aile ortamında yaşıyordu. Ekonomik durum yönünde, katılımcıların %69,5’i orta veya daha yüksek bir gelir seviyesine sahip olduğunu bildirirken, %30,5’i gelirlerini düşük olarak tanımladı.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=383)

Değişkenler	n	%
Yaş (yıl) (Ort±SS; 29,51± 5,87) (min-max: 18-45)		
Eğitim düzeyi		
Lise altı	128	33,4
Lise ve üzeri	255	66,6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	92	24,0
Çalışmıyor	291	76,0
Aile tipi		
Çekirdek aile	327	85,4
Geniş aile	56	14,6
Gelir durumu		
Düşük	117	30,5
Orta ve üzeri	266	69,5

SS: Standart Sapma; Ort: Ortalama

Katılımcıların obstetrik ve doğuma ilişkin özellikleri Tablo 2’de verildi. Katılımcıların ortalama doğum sayısı $2,27 \pm 1,32$ olup, doğum sayısı 1 ile 9 arasında değişmektedir. Kadınların yaklaşık üçte ikisi (%65,3) multipar iken, %34,7’si ilk kez doğum yaptı.

Katılımcılar arasında ölü doğum öyküsü nadir olup, yalnızca %3,7’si daha önce ölü doğum yaşadığını bildirdi. Buna karşılık, kadınların üçte birinden fazlası (%36,8) düşük veya kürtaj öyküsü bildirdi. Katılımcıların %36,8’i doğum eğitimi almışken, çoğunluğu (%63,2) gebelik veya doğumla ilgili herhangi bir eğitim almadı.

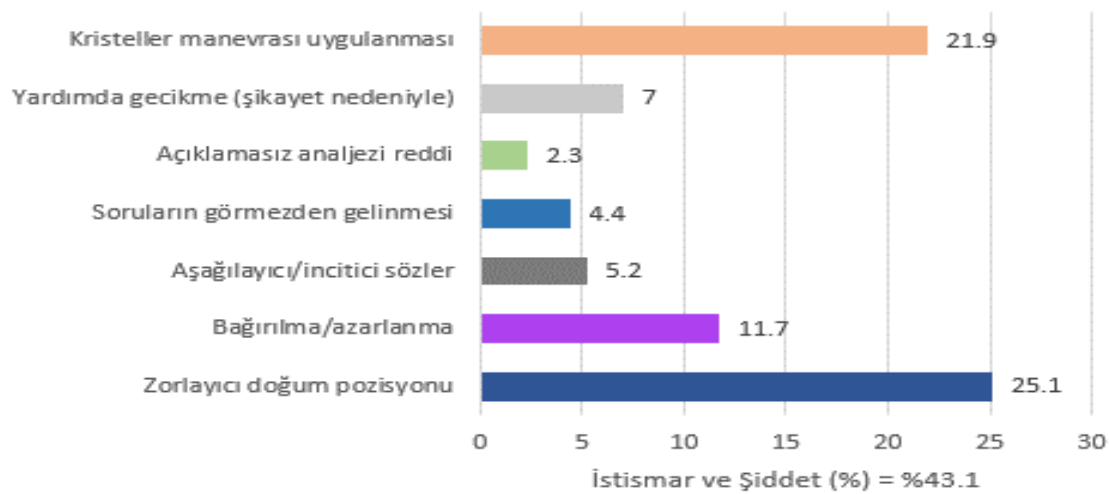
Doğumların %52,5’ini doktorlar, %47,5’i ise ebeler gerçekleştirmiştir. Kadınların %49,3’ü vajinal doğum yaparken, %50,7’si sezaryen doğum geçirmişti. Katılımcılara genel doğum deneyimlerini değerlendirmeleri sorulduğunda, kadınların çoğu (%61,1) deneyimlerini olumlu olarak tanımladı. Bununla birlikte, %20,9’u olumsuz bir doğum deneyimi bildirdi, %18,0’i ise değerlendirmeleri konusunda belirsizlik belirtti.

Tablo 2. Katılımcıların obstetrik ve doğuma ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n=383)

Değişkenler	n	%
Doğum sayısı (Ort±SS; 2.27± 1.32) (min-max: 1-9)		
Primipar	133	34,7
Multipar	250	65,3
Ölü doğum öyküsü		
Hayır	369	96,3
Evet	14	3,7
Düşük/Kürtaj öyküsü		
Hayır	242	63,2
Evet	141	36,8
Doğum eğitimi alma durumu		
Evet	141	36,8
Hayır	242	63,2
Doğumu yaptıran		
Ebe	182	47,5
Doktor	201	52,5
Doğum şekli		
Vajinal doğum	189	49,3
Sezaryen doğum	194	50,7
Doğum deneyimi		
Olumlu	234	61,1
Olumsuz	80	20,9
Kararsızım	69	18,0

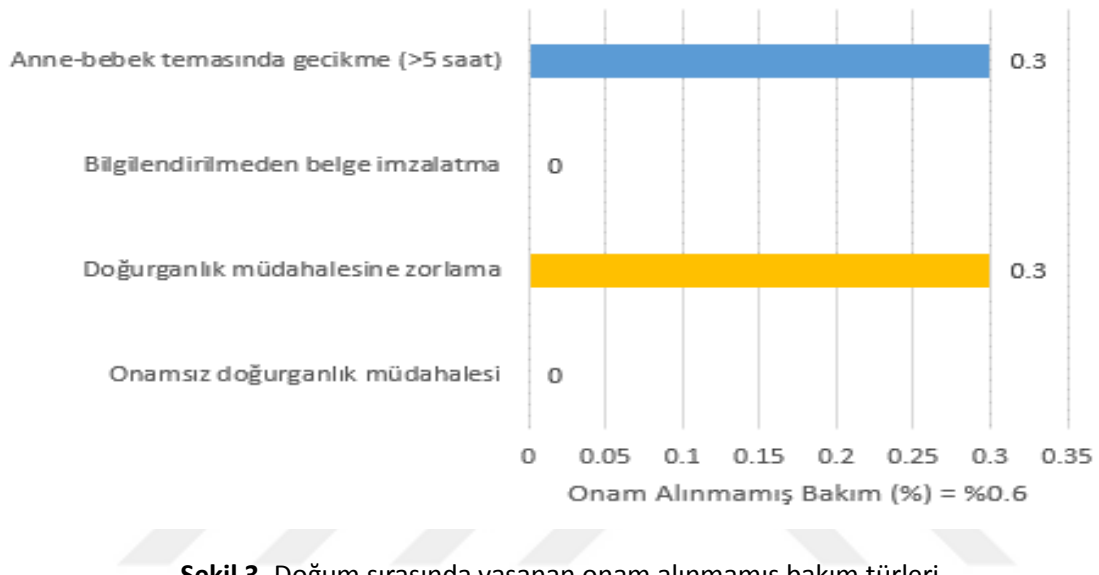
SS: Standart Sapma; Ort: Ortalama

Genel olarak, katılımcıların %43,1'i obstetrik şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir. Katılımcıların doğum sırasında yaşadıkları istismar ve şiddet türleri Şekil 2'de sunuldu. Katılımcıların %43,1'i en az bir tür istismar ve şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. En sık bildirilen uygulamalar zorlayıcı doğum pozisyonu (%25,1) ve kristeller manevrası (%21,9) oldu. Ayrıca katılımcıların %11,7'si bağırılma veya azarlanma, %7'si yardımda gecikme ve %5,2'si aşağılayıcı sözlere maruz kaldığını belirtti.



Şekil 2. Doğum sırasında yaşanan istismar ve şiddet türleri

Katılımcıların doğum sırasında yaşadıkları onam alınmamış bakım türleri Şekil 3’de verildi. Onam alınmamış bakım düşük oranlarda görülüp, katılımcıların sadece %0,6’sı en az bir tür onam alınmamış bakıma maruz kaldığını ifade etti. Bu oran içinde anne-bebek temasında gecikme (>5 saat) ve doğurganlık müdahalesine zorlama %0,3 ile en sık bildirilen uygulamalar olarak saptandı; bilgilendirilmeden belge imzalatma ve onamsız doğurganlık müdahalesi kategorilerinde ise herhangi bir olguya rastlanmadı.



Şekil 3. Doğum sırasında yaşanan onam alınmamış bakım türleri

Katılımcıların Obstetrik Şiddet Ölçeği, Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 3’de verildi. OŞÖ toplam puan ortalaması $0,78 \pm 1,17$ olup, gözlemlenen aralık 0–7 olarak belirlendi. İstismar ve şiddet alt boyutu için ortalama puan $0,77 \pm 1,16$ (gözlemlenen aralık: 0–7) iken, onam alınmamış bakım alt boyutu için ortalama puan $0,01 \pm 0,07$ (gözlemlenen aralık: 0–1) idi.

Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği ortalaması $58,66 \pm 8,66$ ve gözlem aralığı 28–72 idi. UCLA Yalnızlık Ölçeği ortalama puanı $28,26 \pm 10,55$ ve gözlem aralığı 20–72 idi.

Tablo 3. Katılımcıların Obstetrik Şiddet Ölçeği, Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Ölçekler	Olası Aralık	Gözlemlenen Aralık	Ort±SS
OŞÖ Toplam	0-11	0-7	$0,78 \pm 1,17$
İstismar ve şiddet	0-7	0-7	$0,77 \pm 1,16$
Onam alınmamış bakım	0-4	0-1	$0,01 \pm 0,07$
Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği	18-72	28-72	$58,66 \pm 8,66$
UCLA Yalnızlık Ölçeği	20-80	20-72	$28,26 \pm 10,55$

OŞÖ: Obstetrik Şiddet Ölçeği; Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma

Obstetrik şiddet, doğum sonu güvenlik hisleri ve yalnızlık arasındaki ilişki Tablo 4’de verildi. OŞÖ toplam puanı ile Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği puanı arasında zayıf, negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu ($r=-0,150$; $p<0,01$). Bu bulgu, daha yüksek düzeyde obstetrik şiddet bildiren kadınların, doğum sonrası güvenlik duygusunun daha düşük düzeyde olduğunu bildirme eğiliminde olduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde OŞÖ’nün her iki alt boyutu da doğum sonrası güvenlik duygusuyla olumsuz yönde ilişkilidir. İstismar ve şiddet alt boyutu, doğum sonrası güvenlik duygusu ile zayıf bir negatif korelasyon gösterirken ($r = -0,141$, $p < 0,01$), onam alınmamış bakım alt boyutu ise obstetrik şiddet göstergeleri arasında en güçlü ilişkiyi gösterdi ($r = -0,169$, $p < 0,01$). Bu bulgular, hem doğrudan istismar deneyiminin hem de bilgilendirilmiş onam olmadan bakım sağlanmasının, kadınların doğum sonrası dönemdeki güvenlik duygularını olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Toplam obstetrik şiddet puanları ile yalnızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($r = 0,019$, $p > 0,05$). Benzer şekilde ne istismar ve şiddet alt boyutu ($r = 0,016$, $p > 0,05$) ne de onam alınmamış bakım alt boyutu ($r = 0,039$, $p > 0,05$) yalnızlıkla anlamlı düzeyde ilişkili değildi.

Doğum sonrası güvenlik duygusu ile yalnızlık arasında orta düzeyde, negatif ve istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki gözlemlendi ($r = -0,475$, $p < 0,01$). Bu bulgu, doğum sonrası güvenlik duygusu daha yüksek olan kadınların daha düşük düzeyde yalnızlık bildirme eğiliminde olduklarını göstermektedir.

Tablo 4. Obstetrik şiddet, doğum sonu güvenlik hisleri ve yalnızlık arasındaki ilişki

Ölçekler	1	2	3	4	5
1. OŞÖ	1				
2. İstismar ve şiddet	0,998**	1			
3. Onam alınmamış bakım	0,167**	0,107*	1		
4. Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği	-0,150**	-0,141**	-0,169**	1	
5. UCLA Yalnızlık Ölçeği	0,019	0,016	0,039	-0,475**	1

OŞÖ: Obstetrik Şiddet Ölçeği; * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Katılımcıların doğum sonu güvenlik hislerinin belirleyicilerini incelemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 5’te verildi. Genel regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıydı ($F = 5,322$, $p < 0,001$) ve doğum sonrası güvenlik duygusu puanlarındaki varyansın %24,5’ini açıklıyordu ($R^2 = 0,245$; düzeltilmiş $R^2 = 0,211$).

Modelde yer alan değişkenler arasında, gelir düzeyi ve obstetrik şiddet, doğum sonrası güvenlik duygusunun önemli belirleyicileri olarak tanımlandı. Analiz sonucunda gelir düzeyi orta ve üzeri olan katılımcıların doğum sonu güvenlik duygusu puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi ($\beta = 0,225$, $B = 4,217$, %95 CI: 2,333–6,101, $p < 0,001$). OŞÖ toplam puanının ise doğum sonu güvenlik duygusunun negatif yönde ve anlamlı belirleyicisi olduğu saptandı ($\beta = -0,202$, $B = -1,489$, %95 CI: -2,225 ila -0,753, $p < 0,001$). Buna göre obstetrik şiddet puanı arttıkça doğum sonu güvenlik duygusu puanı

azalmaktadır. Standartlaştırılmış regresyon katsayıları, gelir düzeyinin doğum sonrası güvenlik duygusunun en güçlü pozitif belirleyicisi olduğunu, obstetrik şiddetin ise modelde en güçlü negatif belirleyici olarak ortaya çıktığını gösterdi.

Yaş, eğitim düzeyi, doğum sayısı, ölü doğum öyküsü, düşük/kürtaj öyküsü, doğumu yaptıran kişi ve doğum şeklinin doğum sonu güvenlik duygusu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 5. Doğum sonu güvenlik hislerinin belirleyicileri: Çoklu doğrusal regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	β	95% CI	p
Yaş	0,169	0,090	0,115	[-0,008, 0,346]	0,061
Eğitim düzeyi (lise ve üzeri)	1,434	1,056	0,078	[-0,642, 3,510]	0,175
Gelir düzeyi (orta ve üzeri)	4,217	0,958	0,225	[2,333, 6,101]	<0,001
Doğum sayısı	-0,106	0,457	-0,016	[-1,004, 0,792]	0,817
Ölü doğum öyküsü (evet)	-4,519	2,311	-0,098	[-9,062, 0,025]	0,051
Düşük/Kürtaj öyküsü (evet)	-0,280	1,072	-0,013	[-2,388, 1,827]	0,794
Doğumu yaptıran kişi (doktor)	-2,710	2,361	-0,157	[-7,354, 1,933]	0,252
Doğum şekli (sezaryen)	-0,583	2,360	-0,034	[-5,223, 4,057]	0,805
OŞÖ toplam puanı	-1,489	0,374	-0,202	[-2,225, -0,753]	<0,001
Model: $R^2 = 0,245$, Düzeltilmiş $R^2 = 0,211$, $F = 5,322$, $p < 0,001$					

Bağımlı değişken: Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği Toplam Puanı; B: Standartlaştırılmamış katsayı; SE: Standart Error; β : Standartlaştırıldı katsayı; CI: Güven aralığı

Tablo 6’da doğum sonu yalnızlığın belirleyicilerini belirlemek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Genel model istatistiksel olarak anlamlıydı ($F = 5,979$, $p < 0,001$) ve doğum sonrası yalnızlık puanlarındaki varyansın %12,6’sını açıkladı ($R^2 = 0,126$; düzeltilmiş $R^2 = 0,105$).

Modelde yer alan değişkenler arasında, doğum sonrası yalnızlığın anlamlı bir belirleyicisi olarak yalnızca gelir düzeyi ortaya çıktı. Analiz sonucunda modele dahil edilen değişkenler arasında yalnızca gelir düzeyinin doğum sonu yalnızlık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir belirleyicisi olduğu belirlendi ($\beta = -0,288$, $B = -6,591$, %95 CI: -8,896 ila -4,285, $p < 0,001$). Gelir düzeyi orta ve üzeri olan kadınların doğum sonu yalnızlık puanlarının daha düşük olduğu saptandı.

Yaş, eğitim düzeyi, doğum sayısı, ölü doğum öyküsü, düşük/kürtaj öyküsü, doğumu yaptıran kişi, doğum şekli ve OŞÖ toplam puanının doğum sonu yalnızlık puanı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 6. Doğum sonu yalnızlığın belirleyicileri: Çoklu doğrusal regresyon analizi

Değişkenler	B	SE	β	95% CI	p
Yaş	-0,167	0,110	-0,093	[-0,383, 0,050]	0,131
Eğitim düzeyi (lise ve üzeri)	-1,099	1,292	-0,049	[-3,639, 1,442]	0,396
Gelir düzeyi (orta ve üzeri)	-6,591	1,173	-0,288	[-8,896, -4,285]	<0,001
Doğum sayısı	0,872	0,559	0,109	[-0,227, 1,970]	0,120
Ölü doğum öyküsü (evet)	1,013	2,828	0,018	[-4,547, 6,574]	0,720
Düşük/Kürtaj öyküsü (evet)	-0,664	1,312	-0,026	[-3,243, 1,916]	0,613
Doğumu yaptıran kişi (doktor)	2,780	2,890	0,132	[-2,903, 8,462]	0,337
Doğum şekli (sezaryen)	-2,967	2,888	-0,141	[-8,645, 2,712]	0,305
OŞÖ toplam puanı	0,526	0,458	0,059	[-0,375, 1,427]	0,252

Model: $R^2 = 0,126$, Düzeltilmiş $R^2 = 0,105$, $F = 5,979$, $p < 0,001$

Bağımlı değişken: UCLA Yalnızlık Ölçeği Toplam Puanı; B: Standartlaştırılmamış katsayı; SE: Standart Error; β : Standartlaştırılmış katsayı; CI: Güven aralığı

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, doğum sonu dönemde kadınlarda obstetrik şiddet, doğum sonu güvenlik duygusu ve yalnızlık arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgular, obstetrik şiddetin doğum sonu güvenlik duygusuyla ters orantılı olduğunu gösterirken, obstetrik şiddet ile yalnızlık arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca, doğum sonu güvenlik duygusu ile yalnızlık arasında ters ilişki olduğu görülmüş ve sosyoekonomik durumun hem doğum sonu güvenlik duygusu hem de yalnızlık açısından önemli bir belirleyici faktör olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızda obstetrik şiddet prevalansının %43,1 olarak saptanması, doğum hizmetlerinde saygısız bakım ve kötü muamelenin önemli bir sorun olmaya devam ettiğini göstermektedir (Aşci & Bal, 2023). Kadınların önemli bir kısmı doğum sırasında zorlayıcı doğum pozisyonlarına maruz bırakıldığını ve Kristeller manevrası uygulandığını bildirmiştir. Bu bulgular önemlidir, çünkü her iki uygulama da kadınların doğum sırasındaki özerkliği, bedensel bütünlüğü ve kontrol duygusuyla yakından ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü, saygılı doğum bakımının kadınların onurunu, mahremiyetini ve doğum ve doğum süreci boyunca karar alma süreçlerine katılımını koruması gerektiğini vurgulamaktadır (DSÖ, 2016). Ancak, bu çalışmanın bulguları, kadınların hala özerkliklerini kısıtlayan ve doğum deneyimlerini olumsuz etkileyen uygulamalarla karşılaşabileceğini göstermektedir. Bulgumuz, doğum sırasında fiziksel, sözel ve psikolojik kötü muamelenin yaygın biçimde raporlandığını gösteren uluslararası literatürle uyumludur (Silva-Fernandez ve ark., 2023).

Bu çalışmada, obstetrik şiddet ile doğum sonu güvenlik duygusu arasında zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir negatif ilişki saptanmıştır. Buna ek olarak, regresyon analizi, obstetrik şiddetin doğum sonu güvenlik hislerini önemli ölçüde öngördüğünü göstermiştir. Bu bulgular, obstetrik şiddetin doğum sonu dönemde kadınların güvenlik duygusunun azalmasında önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Doğum, kadınların duygusal destek, saygılı iletişim ve güvenli bakım beklediği, özellikle savunmasız bir dönemdir. İhmal, aşağılama, zorlama veya saygısızlık içeren deneyimler, kadınların sağlık profesyonellerine ve sağlık sistemlerine olan güvenini zedeleyebilir ve böylece doğum sonu dönemde duygusal güvenlik duygusunu azaltabilir (Martinez-Vázquez ve ark., 2022; Briceño-Morales ve ark., 2018). Daha önceki çalışmalarda da benzer bulgular bildirilmiş olup, saygısız ve istismar içeren doğum deneyimlerinin kadınların psikolojik iyilik halini ve doğum deneyimlerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Bohren ve ark., 2015; Avcı & Kaydırak, 2023).

Benzer şekilde, istismar ve şiddet alt boyutu ile doğum sonu güvenlik duyguları arasında negatif bir ilişki tespit edildi. Bu bulgu, doğum sırasında sözlü istismara, ihmalkar bakıma, yardımın gecikmesine veya aşağılayıcı davranışlara doğrudan maruz kalmanın, kadınların duygusal güvenliğini ve bakım sağlayıcılara olan güvenini zayıflatabileceğini göstermektedir. Morales ve ark. (2018), saygısız doğum

bakımına maruz kalan kadınların doğum sırasında sıklıkla korku, çaresizlik, kaygı ve kontrol kaybı yaşadıklarını bildirmiştir (Briceño-Morales ve ark., 2018). Bu tür olumsuz duygusal deneyimler doğum sonrası döneme kadar sürebilir ve güvenlik duygusunun azalmasına katkıda bulunabilir.

Çalışmanın bir diğer önemli bulgusu, rıza alınmadan uygulanan bakım ile doğum sonu güvenlik duygusu arasındaki olumsuz ilişki idi. Bu çalışmada rıza alınmadan uygulanan bakımın yaygınlığı nispeten düşük olsa da, bilgilendirilmiş onam alınmadan müdahalelere maruz kalan kadınlar, daha düşük düzeyde doğum sonu güvenlik duygusu bildirdiler. Bu bulgu, bilgilendirilmiş onamın ve kadınların doğum sırasında klinik karar alma süreçlerine katılımının önemini vurgulamaktadır. Saygılı bir doğum bakımı, yalnızca güvenli klinik uygulamaları değil, aynı zamanda kadınların özerkliğinin ve bedensel bütünlüğünün korunmasını da gerektirir. Kadınlar kendi bakımlarıyla ilgili kararlardan dışlandıklarında, kendilerini güçsüz, savunmasız ve duygusal olarak güvensiz hissedebilirler. Hernández-Martínez ve ark. (2026) da benzer şekilde, yeterli bilgi ve bilgilendirilmiş onam olmaksızın gerçekleştirilen klinik müdahalelerin, kadınların obstetrik şiddet algısını önemli ölçüde artırdığını bildirmiştir (Hernández-Martínez ve ark., 2026). Bu nedenle, mevcut bulgular, doğum sırasında bilgilendirilmiş onamın sağlanmasının, kadınların doğum sonrası duygusal iyilik haline ve güvenlik duygusuna olumlu katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

Buna karşılık, obstetrik şiddet ile yalnızlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ve regresyon analizinde obstetrik şiddetin doğum sonu yalnızlığın anlamlı bir öngörücü faktörü olmadığı ortaya çıktı. Bu bulgu, yalnızlığın yalnızca doğum deneyimlerinden ziyade daha geniş kapsamlı psikososyal ve kişilerarası faktörlerden etkilenebileceğini göstermektedir. Yalnızlık, algılanan sosyal destek, aile ilişkileri, eş desteği ve sosyal bağlılıkla ilişkili çok boyutlu bir kavramdır (Gebuza ve ark., 2016). Bu nedenle, obstetrik şiddet kadınları duygusal olarak olumsuz etkileyebilse de, yalnızlık üzerindeki doğrudan etkisi sınırlı olabilir. Obstetrik şiddetin psikolojik sonuçları, sosyal izolasyonun kendisinden ziyade duygusal güvensizlik, güvensizlik ve doğum deneyimlerinden duyulan memnuniyetsizlikte daha güçlü bir şekilde yansıtıyor olabilir (Werner-Bierwisch ve ark., 2018).

Bu yorumu destekleyen önemli bir bulgu, doğum sonu güvenlik duygusu ile yalnızlık arasındaki orta derecede negatif ilişki olmuştur. Doğum sonu güvenlik duygusu düzeyi daha yüksek olan kadınlar, daha düşük yalnızlık düzeyleri bildirmiştir. Bu bulgu, duygusal destek, etkili iletişim ve destekleyici bakım ortamlarının doğum sonu dönemde kadınların psikolojik uyumunu olumlu yönde etkilediğini belirten önceki literatürle tutarlıdır (Werner-Bierwisch ve ark., 2018). Kendilerini duygusal olarak desteklenmiş ve güvende hisseden kadınlar, doğum sonrası zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkabilir ve sosyal olarak daha az izole hissedebilir. Tersine, doğum sonrası dönemde kendini güvensiz hisseden kadınlar, duygusal olarak daha savunmasız hale gelebilir ve daha fazla yalnızlık hissedebilir.

Regresyon analizleri, doğum sonu güvenlik duygusu ve yalnızlığın belirleyicileri hakkında ek bilgiler sağladı. Bulgular, orta veya daha yüksek gelir düzeyine sahip kadınların doğum sonu güvenlik

duygusu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek, yalnızlık puanlarının ise daha düşük olduğunu ortaya koydu. Bu bulgu, doğum sonrası psikososyal iyilik halinde sosyoekonomik durumun önemli rolünü vurgulamaktadır. Daha yüksek gelir düzeyine sahip kadınlar, sağlık hizmetlerine daha kolay erişebilir, daha güçlü sosyal destek sistemlerine sahip olabilir ve daha elverişli yaşam koşullarına sahip olabilir; bunların tümü, doğum sonrası duygusal güvenlik ve psikolojik uyum açısından olumlu katkı sağlayabilir (Cho ve ark., 2022). Önceki çalışmalar da benzer şekilde, düşük sosyoekonomik statünün doğum sonrası dönemde artan psikolojik sıkıntı, depresif belirtiler, stres ve sosyal izolasyon ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Gebuz ve ark., 2016; Liu ve ark., 2021).

Genel olarak, bu çalışmanın bulguları, kadınların doğum sonu psikolojik iyilik halinin yalnızca doğumla ilgili deneyimlerden değil, aynı zamanda daha geniş kapsamlı sosyoekonomik koşullardan da etkilendiğini göstermektedir. Bu nedenle, özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kadınlar için saygılı doğum bakımı uygulamalarının iyileştirilmesi ve psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, doğum sonrası duygusal iyilik haline ve uyum süreçlerine olumlu katkı sağlayabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Obstetrik şiddet ile güvenlik duygusu ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Kadınların %43,1'inin en az bir tür obstetrik şiddete, %43,1'inin en az bir tür istismar ve şiddete, %0,6'sının en az bir tür onam alınmamış bakıma maruz kaldıkları (Şekil 1, Şekil 2),
- OŞÖ toplam puanı ile ADS-GHÖ toplam puanı arasında zayıf, negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($r=-0,150$; $p<0,01$) (Tablo 4),
- OŞÖ'nün alt boyutu "istismar ve şiddet" puanı ile ADS-GHÖ toplam puanı arasında negatif yönlü, zayıf bir ilişki olduğu ($r=-0,141$; $p<0,01$) (Tablo 4),
- OŞÖ'nün alt boyutu "onam alınmamış bakım" puanı ile ADS-GHÖ puanı arasında negatif yönlü, zayıf bir ilişki olduğu ($r=-0,169$; $p<0,01$) (Tablo 4),
- OŞÖ toplam puanı ve alt boyutları ile UCLA Yalnızlık Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0,05$) (Tablo 4),
- OŞÖ toplam puanının doğum sonu güvenlik duygusunun negatif yönde ve anlamlı belirleyicisi olduğu ($\beta=-0,202$; $p<0,001$) (Tablo 5),
- Gelir düzeyi orta ve üzeri olan katılımcıların doğum sonu güvenlik duygusu puanlarının daha yüksek olduğu ($\beta=0,225$; $p<0,001$) (Tablo 5),
- OŞÖ toplam puanının doğum sonu yalnızlık puanı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ($p>0,05$) (Tablo 6),
- Gelir düzeyi orta ve üzeri olan kadınların doğum sonu yalnızlık puanlarının daha düşük olduğu belirlendi ($\beta=-0,288$; $p<0,001$) (Tablo 6).

Obstetrik şiddetin güvenlik duygusu ve yalnızlık arasındaki ilişkisi göz önüne alındığında;

- Kadınların onurunu, özerkliğini, mahremiyetini ve duygusal iyiliğini koruyan saygılı doğum bakımı uygulamaları, doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası bakım süreçlerinin tamamında güçlendirilmesi,
- Doğum hizmetlerinde çalışan ebeler için obstetrik şiddetin önlenmesi, saygılı doğum bakımı, etkili iletişim ve kadın merkezli bakım yaklaşımlarına odaklanan bilgilendirme eğitimlerinin planlanması,
- Sosyoekonomik olarak dezavantajlı kadınların, doğum sonrası dönemde hedefli danışmanlık hizmetleri, sosyal destek mekanizmaları ve takip programları aracılığıyla desteklenmesi,

- Doğum sonrası takip bakımının, yalnızca fiziksel değerlendirmeleri değil, kadınların duygusal güvenliği, psikososyal iyilik hali, algılanan sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin değerlendirilmesi,
- Kurumsal protokollerin ve ulusal anne sağlığı politikalarının, obstetrik şiddeti önlemek ve saygılı anne bakımı uygulamalarını teşvik etmek için daha güçlü önlemler içermesi,
- Gelecekteki çalışmaların, obstetrik şiddetin uzun vadeli psikolojik etkilerini incelemesi ve doğum sonrası iyilik hali ve annenin uyumuyla ilişkili ek psikososyal değişkenleri araştırması,
- Farklı bölgelerde, çok merkezli çalışmalar yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Abuya, T., Sripad, P., Ritter, J., Ndwiga, C., & Warren, C. E. (2018). Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: Implications for quality of care assessments. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 48–61. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502018>
- Acar, Z., & Şahin, N. (2021). Kadınların obstetrik şiddet deneyimleri: Sistematik derleme. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 509–519. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.807530>
- Aksoy Derya, Y., Erdemoğlu, Ç., Özşahin, Z., & Karakayalı, Ç. (2019). Annenin doğumu algılamasının doğum sonu güvenlik hissine etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 88–95.
- Andrade, P. de O. N., da Silva, J. Q. P., Diniz, C. M. M., & Caminha, M. de F. C. (2016). Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 16(1), 29–37. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
- Arslan Özkan, H. (2019). Doğum sonu dönem. In H. Arslan Özkan (Ed.), *Hemşirelik ve ebelik için kadın sağlığı ve hastalıkları* (pp. 493–534). Akademisyen Kitabevi.
- Aşci, Ö., & Bal, M. D. (2023). The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. *Midwifery*, 124, 103766. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103766>
- Atuesinya Azusong, E., Teye-Kwadjo, E., & Asante, K. O. (2025). Effect of childbirth experience on the psychological well-being of postpartum women in Accra, Ghana. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 43(5), 1175–1196. <https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2329721>
- Avcı, N., & Kaydrak, M. M. (2023). A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey. *Midwifery*, 121, 103658. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103658>
- Bal, Z., Kantar, E. C., & Uçar, T. (2021). Lohusalarda yalnızlık hissini sosyal destek, emzirme ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 21–28. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.833156>
- Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., et al. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: A cross-sectional study. *The Lancet*, 394(10210), 1750–1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis*. USAID.
- Briceño-Morales, X., Enciso Chaves, L. V., & Yepes Delgado, C. E. (2018). Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective. *Qualitative Health Research*, 28(8), 1308–1319. <https://doi.org/10.1177/1049732318763351>
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. W. W. Norton & Company.
- Caetano, B., Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2022). Loneliness and depressive symptoms in Portuguese postpartum women: The mediating role of loneliness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11671. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811671>
- Cohen Shabot, S. (2016). Making loud bodies “feminine”: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39(2), 231–247. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Çimen, M. B. (2023). Boşanmış kadınlarda boşanmaya uyum, sosyal destek algısı ve yalnızlık arasındaki ilişkiler [Yüksek lisans tezi]. İstanbul Nişantaşı Üniversitesi. <https://doi.org/10.54186/arhuss.1353632>
- D’Gregorio, R. P. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111(3), 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- De Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: Concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73–80. <https://doi.org/10.1017/S0959259898008090>
- Demir, A. (1989). UCLA Yalnızlık Ölçeği’nin geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7(23), 14–18.
- Edward, M. M., & Kibanda, Z. (2023). Obstetric violence: A public health concern. *Health Science Reports*, 6(1), e1026. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1026>
- Eğri, G. B., & Konak, A. (2011). Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye’den örnekler. *Journal of World of Turks*, 3(1), 144–155.
- Engin, E., Uğuryol, M., & Kaçmaz, E. (2016). Yalnızlık kavramı ve sağlıklı yaşam üzerine etkileri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(42), 1101–1105.
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Brooks/Cole Publishing Company.
- Fong, H.-F., Rothman, E. F., Garner, A., Ghazarian, S. R., Morley, D. S., Singerman, A., & Bair-Merritt, M. H. (2018). *Association between health literacy and parental self-efficacy among parents of*

- newborn children. *The Journal of Pediatrics*, 202, 265–271.e3.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.06.021>
- Gebuza, G., Kaźmierczak, M., Mieczkowska, E., Gierszewska, M., & Banaszkiewicz, M. (2016). Adequacy of social support and satisfaction with life during childbirth. *Polish Annals of Medicine*, 23(2), 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.poamed.2016.01.004>
- Geçkil, E., Koçak, V., Altuntuğ, K., & Ege, E. (2016). Annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 1–8.
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302–313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>
- Godfrey-Isaacs, L. (2018). Straight outta vagina: How depictions of violence and abuse towards women's bodies in Western art, media and culture can influence and perpetuate the incidence of obstetric violence in maternity care. *MIDIRS Midwifery Digest*, 28(1), 5–10.
- Güleç, D., Kavlak, O., & Sevil, Ü. (2014). Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (Journal of Education and Research in Nursing)*, 11(1), 54–60.
- Hernández-Martínez, A., González-Trujillo, V., Donate-Manzanares, M., Infante-Torres, N., Rodríguez-Almagro, J., & Martínez-Galiano, J. M. (2026). Informed consent and obstetric violence: Women's experiences of childbirth. *Nursing Ethics*, 33(4), 1226–1241. <https://doi.org/10.1177/09697330261418159>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub4>
- Horney, K. (1998). *Çağımızın nevroitik kişiliği*. Öteki Yayınevi.
- Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: A methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 28(1), 8–17. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04>
- Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Katz, L., Amorim, M. M., Giordano, J. C., Bastos, M. H., & Brilhante, A. V. M. (2020). Who is afraid of obstetric violence? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(2), 623–626. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
- Kilci, Ş., Demirel Bozkurt, Ö., & Saruhan, A. (2020). *Bir kadın hakkı ihlali: Obstetrik şiddet*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 29(2), 122–128. <https://doi.org/10.17827/aktd.535574>

- Koçak, V., Altuntuğ, K., & Ege, E. (2021). Annelerin öz yeterlilikleri ve doğum sonu güvenlik hisleri değerlendirilmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 34–44. <https://izlik.org/JA25ZU98NJ>
- Kömürcü Akik, B. (2023). Obstetric violence questionnaire: Adaptation of a Turkish self-report tool. *Violence Against Women*, 29(15–16), 3288–3301. <https://doi.org/10.1177/10778012231181050>
- Kukura, E. (2018). *Obstetric violence*. *Georgetown Law Journal*, 106(3), 721–801. <https://ssrn.com/abstract=3167375>
- Lansky, S., Souza, K. V. de, Peixoto, E. R. de M., Oliveira, B. J. de, Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., Cunha, R. O., Friche, A. A. de L., & Grilo Diniz, C. S. (2019). *Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2811–2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
- Leal, M. do C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., et al. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl. 1), S17–S32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
- Liu, C. H., Erdei, C., & Mittal, L. (2021). Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 295, 113552. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113552>
- Liyana Amin, N. A., Tam, W. W. S., & Shorey, S. (2018). Enhancing first-time parents' self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 149–162. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.021>
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors. *Women and Birth*, 34(5), 526–536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Martínez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., et al. (2022). Relationship between perceived obstetric violence and postpartum depression risk. *Midwifery*, 108, 103297. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103297>
- Maslow, A. H. (1970). Unmotivated behavior. In L. Carr & J. Hibbard (Eds.), *Motivation and personality* (3rd ed., p. 66). Longman.
- Mayra, K., Matthews, Z., & Padmadas, S. S. (2022). Why do some health care providers disrespect and abuse women during childbirth in India? *Women and Birth*, 35(1), 49–59. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.008>
- McComb, S. E., Goldberg, J. O., Flett, G. L., & Rose, A. L. (2020). The double jeopardy of feeling lonely and unimportant. *Frontiers in Psychology*, 11, 563420. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.563420>

- Melender, H. L., & Lauri, S. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth. *International Journal of Nursing Practice*, 8(6), 289–296. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2002.00382.x>
- Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M. J., et al. (2020). Design and validation of the PercOV-S questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8022. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>
- Moridi, M., Pazandeh, F., Hajian, S., & Potrata, B. (2020). Midwives' perspectives of respectful maternity care. *PLoS ONE*, 15(3), e0229941. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229941>
- Mukamurigo, J. U., Berg, M., Ntaganira, J., et al. (2017). Associations between perceptions of care and childbirth experience. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 181. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1363-z>
- Neto, F., & Barros, J. (2000). Psychosocial concomitants of loneliness. *The Journal of Psychology*, 134(5), 503–512. <https://doi.org/10.1080/00223980009598233>
- Nilsson, I., Danbjørg, D. B., & Aagard, H. (2015). Parental experiences of early postnatal discharge. *Midwifery*, 31, 926–934. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.004>
- Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., Infanti, J. J., Darj, E., Lukasse, M., Bjørngaard, J. H., Joshi, S. K., Rishal, P., Koju, R., Pun, K. D., Wijewardena, K., Muzrif, M. M., & Campbell, J. C. (2018). “When helpers hurt”: Women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 211. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1982). Toward a social psychology of loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 123–134). Wiley.
- Perrotte, V., Chaudhary, A., & Goodman, A. (2020). “At least your baby is healthy”: Obstetric violence or disrespect and abuse in childbirth occurrence worldwide: A literature review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(11), 1544–1562. <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139>
- Persson, E. K., Fridlund, B., & Dykes, A. K. (2007). Parents' postnatal sense of security (PPSS): Development of the PPSS instrument. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 118–125.
- Persson, E. K., & Dykes, A. K. (2009). Important variables for parents' postnatal sense of security: Evaluating a new Swedish instrument (PPSS). *Midwifery*, 25, 449–460. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.08.001>
- Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A. K. (2011). Mothers' sense of security in the first postnatal week. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 105–116. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x>

- Sadler, M., Santos, M. J. D. S., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Santrock, J. W. (1993). *Adolescence: An introduction* (5th ed.). Wm. C. Brown.
- Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth. *Reproductive Health*, 14, 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
- Shetty, R. K., Samant, P. Y., & Honavar, P. U. (2021). Obstetric violence: A health system study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 10(4), 1551–1555. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20211136>
- Silva, M. G. da, Marcelino, M. C., Rodrigues, L. S. P., Toro, R. C., & Shimo, A. K. K. (2014). Obstetric violence according to obstetric nurses. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(4), 720–728. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400020>
- Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors associated with obstetric violence implicated in the development of postpartum depression and post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(4), 1553–1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>
- Sirli, B., & Altuntuğ, K. (2023). Assessment of postnatal sense of security of primipara mothers and associated factors in Turkey. *African Journal of Reproductive Health*, 27(5), 41–49.
- Smith, G. R., Gregory, T. B., & Pugh, R. C. (1981). Meeting student needs: Evidence for the superiority of alternative schools. *Phi Delta Kappan*, 62(8), 561–564.
- Subaşı, C. (2024, Mayıs 16–18). *Obstetrik şiddete karşı: Saygılı annelik bakımı* [Özet bildirisi]. 10. Uluslararası 14. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi, Tokat, Türkiye.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton.
- Ten Hoope-Bender, P., De Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C. S. E., Kennedy, H. P., Matthews, Z., McFadden, A., Renfrew, M. J., & Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*, 384(9949), 1226–1235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)
- Türkoğlu, N., Sis Çelik, A., & Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 1–6.
- Uğur, E. (2024). *Obstetrik şiddet ile doğum sonu depresyon ve post-travmatik stres bozukluğu arasındaki ilişki* [Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi].
- Ulaşlı Kaban, H., & Ay, F. (2025). Şiddet mi, müdahale mi? Türkiye’de kadınların doğum sırasında algıladıkları obstetrik şiddet göstergeleri. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 7(3), 175–183. <https://doi.org/10.33308/2687248x.202573400>

- Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K., Metzing, S., & Hellmers, C. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in pregnancy, childbirth and postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 473. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2096-3>
- Williams, C. R., & Meier, B. M. (2019). Ending the abuse: The human rights implications of obstetric violence and the promise of rights-based policy. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 1691899. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1691899>
- World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement*. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/
- World Health Organization. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. World Health Organization.
- Yaylacı, N. (2022). İnsan hakları perspektifinden “doğum şiddeti.” *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 159, 123–154.

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onay Formu



EK-2. Kurum İzni



EK-3. Kişisel Bilgi Formu

Sayın katılımcı yürüttüğümüz çalışmada size bazı anketler uygulanacaktır. Çalışmamız için İnönü Üniversitesi Girişimsel olmayan yayın etik kurulundan izin alınmıştır. Sorularda kimlik bilgileri yer almamaktadır. Bu çalışma 'Obstetrik şiddet ile güvenlik duygusu ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi' belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Veriler gizli tutulacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz..

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz?

a) Okur-yazar değil b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite ve üstü

3. Çalışma durumunuz?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

4. Çalışıyor iseniz mesleğiniz nedir?

a) Memur b) İşçi c) Sağlık personeli d) Serbest meslek e) Diğer

5. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek b) Geniş c) Parçalanmış

6. Aile gelir durumunuz?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

7. Gebelik döneminde doğum eğitimi aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

8. Kaç doğum yaptınız?.....(tane)

9. Ölü doğum yaptınız mı?

a) Evet tane b) Hayır

10. Daha önce düşük –kürtaj oldunuz mu?

a) Evet (tane) b) Hayır

11. En son doğumunuzu kim yaptırdı?

a) Ebe b) Doktor

12. En son doğumuzu nasıl yaptınız?

a) Vajinal Doğum b) Sezaryen Doğum

13. En son doğum deneyiminizi nasıl değerlendirirsiniz?

a) Olumlu b) Olumsuz c) Kararsızım

EK-4. Obstetrik Şiddet Ölçeği (OŞÖ)

OŞÖ Şimdi size son doğumunuz sırasında nasıl bakım aldığınızla ilgili sorular soracağım. HER KUTUYA KARŞILIK GELEN İFADEYİ İŞARETLEYİNİZ		
	Evet (1)	Hayır (2)
1. Doğum sırasında sizin için rahatsız edici olan bir pozisyona zorlandınız mı?		
2. Size bağırıldı ya da azarlandınız mı?		
3. Size incitici veya küçük düşürücü şeyler söylediler mi? (örneğin, "Bu çocuğu yaparken de böyle mi bağırдың?" veya "Bu çocuğu yaparken de bacaklarını açtın, değil mi?")		
4. Doğumunuz veya bebeğinizle ilgili sorular sorduğunuzda sizi görmezden geldiler mi?		
5. Size açıklama yapmadan anestezi vermeyi veya ağrı kesici uygulamayı reddettiler mi?		
6. Çok bağırduğunuz veya çok şikayet ettiğiniz söylenerek, size yardım etmeleri uzun zaman aldı mı?		
7. Doğumu hızlandırmak amacıyla karnınıza baskı (yani Kristeller manevrası) yapıldı mı?		
8. Doğumda size sormadan veya söylemeden, herhangi bir doğum kontrol yöntemi uygulandı mı ya da çocuk sahibi olmanızı durdurmak için sizi ameliyat ettiler veya kısırlaştırdılar mı? (örneğin tüplerin bağlanması)		
9. Çocuk sahibi olmanızı engellemek için bir cihaz takılmasını veya ameliyat edilmeyi kabul etmeniz için baskı gördünüz mü?		
10. Neyle ilgili olduğu veya ne için olduğu hakkında bilgilendirilmediğiniz bir belgeyi imzalamaya zorlandınız mı ya da tehdit edildiniz mi?		
11. Gecikmenin nedeni hakkında bildirilmeden veya herhangi bir sebep olmaksızın, 5 saatten fazla bebeğinizi görmeniz, tutmanız veya emzirmanız engellendi mi?		

EK-5. Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği (ADS-GHÖ)

MADDELER	Hiç Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Oldukça Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Doğum sonu servisinde ebe/personel olumlu ve destekleyici bir tutuma sahipti.				
2. Bana, doğum sonu servisinde ebe/personel tarafından yeterince pratik öneriler verildi.				
3. Bana, doğumdan sonra ilk hafta boyunca yeterli bilgi verildi.				
4. Doğum sonu servisinde iken kendimi güvende hissettim.				
5. Doğum sonu servisinde iken ebe/personel tarafından cesaretlendirildim.				
6. Doğum sonu servisinde kaldığım süre boyunca karar verme sürecine katıldığımı hissettim.				
7. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi gergin/sıkıntılı hissettim.				
8. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi bunalımda hissettim.				
9. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi endişeli hissettim.				
10. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi fiziksel olarak iyi hissettim.				
11. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi çok yorgun hissettim.				
12. Hastaneden eve geldiğimizde eşim bazı uygulamalarda bana destek oldu.				
13. Doğum sonrası ilk hafta boyunca eşim bana duygusal olarak destek oldu.				
14. Doğum sonrası ilk hafta boyunca eşimin ailemizle ilgilendiğini hissettim.				
15. Doğum sonrası ilk hafta boyunca aile bireyleri olarak birbirimize yakınlaştığımızı hissettim.				
16. Doğum sonrası ilk hafta boyunca her ihtiyacım olduğunda ebe/hemşire ile iletişim kurabilmem mümkündü.				
17. Bana, doğum sonrası ilk hafta boyunca emzirme ile ilgili yeterli destek sağlandı.				
18. Doğum sonrası ilk hafta boyunca emzirme sorunsuz devam etti.				

EK-6. UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-YÖ)

Aşağıdaki ifadelerden her birinde tanımlanan durumu ne sıklıkta hissettiğinizi her biri için tek bir cevap olmak üzere belirtiniz. Lütfen her soruyu şu anki görüşlerinizi ve yaşam durumunuzu en iyi tanımlayacak şekilde cevaplayınız.

		Hiç uygun değil	Nadiren uygun	Bazen uygun	Sık sık uygun
1.	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içerisinde hissediyorum	1	2	3	4
2.	Arkadaşım yok.	1	2	3	4
3.	Başvurabileceğim kimse yok.	1	2	3	4
4.	Kendimi yalnız hissetmiyorum	1	2	3	4
5.	Kendimi bir arkadaş grubunun parçası olarak hissediyorum	1	2	3	4
6.	Çevremdeki insanlarla birçok ortak yönüm var.	1	2	3	4
7.	Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4
8.	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor.	1	2	3	4
9.	Dışa dönük bir insanım.	1	2	3	4
10.	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4
11.	Kendimi grup dışına itilmiş hissediyorum	1	2	3	4
12.	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir.	1	2	3	4
13.	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1	2	3	4
14.	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
15.	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4
16.	Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4
17.	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4
18.	Çevremde insanlar var ama benimle değil.	1	2	3	4
19.	Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4
20.	Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4

EK-7. Araştırmaya Katılma Onay Formu

Sizi Prof. Dr. Tuba UÇAR tarafından yürütülen “Kadınlarda Obstetrik Şiddet İle Güvenlik Duygusu ve Yalnızlık Arasındaki İlişki” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiz. 18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin, Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen Araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahsa verilmeyecektir.

1.ARAŞTIRMANIN ADI: Kadınlarda Obstetrik Şiddet İle Güvenlik Duygusu ve Yalnızlık Arasındaki İlişki

2. KATILIMCI SAYISI: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı en az 383’dür.

3.ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI: Bu araştırmanın amacı, kadınlarda obstetrik şiddetin güvenlik duygusu ve yalnızlık arasındaki ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Doğum sonu ilk 24 saat içinde olmak

Doğum sonu anne ve bebekte herhangi bir komplikasyon gelişmemesi

18 yaş ve üzerinde olmak

Öz bildirime dayalı olarak mevcut psikiyatrik ve sistemik hastalık öyküsü olmaması

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada yapılacak işlemler şu şekildedir; Araştırmacı tarafından size öncelikli olarak araştırma hakkında bilgi verilecektir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda size anket soruları yöneltilecek ve araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir.

7. ARAşTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Araştırmaya katılmanız durumunda herhangi bir risk bulunmamaktadır. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır

8. ARAşTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa gereken masraflar araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.

9. ARAşTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK Kİşİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstedığınız Günün 24 Saati Ulaşılabilecek Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana; çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak ta anlatıldı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZA/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZA/TARİH
ADI-SOYADI ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VELİ/ VASİ (Varsa)		İMZA/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		