



**KADINLARIN OBSTETRİK ŞİDDET ALGISININ
DOĞUM HAFIZASI VE TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU İLE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ: İLİŞKİSEL TARAMA MODELİ**

Aruzhan ALDABERGEN

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK**

Yüksek Lisans Tezi-2026

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KADINLARIN OBSTETRİK ŞİDDET ALGISININ DOĞUM HAFIZASI VE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU İLE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ: İLİŞKİSEL TARAMA MODELİ**

Aruzhan ALDABERGEN

Ebelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK

Tez Jüri Üyeleri

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK

Doç. Dr. Hacer ÜNVER KOCA

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur YILMAZ

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, “Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Kadınların Obstetrik Şiddet Algısının Doğum Hafızası Ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu İle Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: İlişkisel Tarama Modeli” 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:

(x) 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

Aruzhan ALDABERGEN

İTHAF

“Çocukluğumun en sıcak anılarını, kalbimin en güzel sevgilerini taşıyan; sevgileriyle büyüten kıymetli anneannem ve dedeme...

Fedakarlıkları, sonsuz destekleri ve bana her koşulda inanmalarıyla bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan canım annem ve babama ithaf ediyorum.”

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY.....	iii
ETİK BEYANI.....	iv
İTHAF	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TEŞEKKÜR	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Obstetrik Şiddet Tanımı.....	3
2.2. Obstetrik Şiddetin Yaygınlığı	4
2.3. Obstetrik Şiddetin Türleri.....	4
2.3.1. Fiziksel Şiddet.....	4
2.3.2. Sözel Şiddet	5
2.3.3. Cinsel Şiddet	5
2.3.4. Damgalama ve Ayrımcılık	6
2.3.5. Profesyonel Bakım Standartlarının Karşılanmaması	6
2.4. Obstetrik Şiddetin Nedenleri	7
2.4.1. Cinsiyet Kavramı ve Obstetrik Şiddet İlişkisi	7
2.4.2. Kadınların Obstetrik Şiddeti Tanımaması ve Haklarını Bilmemesi	7
2.4.3. Obstetrik Şiddete Neden Olan Örgütsel Problemler	8
2.4.4. Obstetrik Şiddetin Sonuçları	9
2.5. Obstetrik Şiddet ve Doğum	10
2.6. Obstetrik Şiddet ve Ebelik Yaklaşımları	11
2.7. Doğum Hafızası.....	13
2.8. Doğum Hafızası ve Ebelik Yaklaşımları	13
2.9. Doğum Travması	14
2.10. Doğum Travması ve Ebelik Yaklaşımları	14

3. MATERYAL VE METOT.....	15
3.1. Araştırmanın Türü	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3.3.1. Araştırmanın Alınma Kriterleri.....	15
3.3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri	15
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu (KTF) (EK 3).....	16
3.4.2. Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği (OŞAÖ) (EK 4)	16
3.4.3. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (EK 5).....	17
3.4.4. Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) (EK 6).....	17
3.5. Araştırma Verilerin Toplanması.....	17
3.6. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi.....	18
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	18
4. BULGULAR	19
5. TARTIŞMA	24
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	29
KAYNAKLAR.....	31
EKLER	45
EK-1. Özgeçmiş.....	45
EK-2. Etik Kurul Karar Formu.....	46
EK-3. Kişisel Tanıtım Formu	47
EK-4. Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği	48
EK-5. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği.....	49
EK-6. Olayların Etkisi Ölçeği	50
EK-7. Fırat Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kurum İzin Yazısı	51
EK-8. Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği (OŞAÖ) Kullanım İzin Yazısı.....	52
EK-9. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ) Kullanım İzin Yazısı	53
EK-10. Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) Kullanım İzin Yazısı	54
EK-11. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	55

TEŞEKKÜR

Yürüdüğüm Akademik yolculuğumda bana rehberliğini esirgemeyen, bilgisi ile disiplinliği ile yoluma ışık olan, yol gösteren, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK’a,

Tez savunma sınavıma katılarak desteğini esirgemeyen değerli görüş ve önerileriyle tezime katkıda bulunan Doç. Dr. Hacer ÜNVER KOCA’ya,

Lisans eğitim sürecimden itibaren bana bilgisiyle, çalışkanlığı ile örnek olan hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur YILMAZ’a,

Bu uzun ve zorlu süreçte inancını ve desteğini hiç eksik etmeyen, yorgunluğumu anlayan, umudumu tazeleyen nişanlım Yasin AKYILDIZ’a...

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMLE...

Aruzhan AKYILDIZ

ÖZET

Kadınların Obstetrik Şiddet Algısının Doğum Hafızası ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: İlişkisel Tarama Modeli

Amaç: Araştırma, kadınların obstetrik şiddet algısının doğum hafızası ve travma sonrası stres bozukluğu ile arasındaki ilişkinin ilişkisel tarama modeli ile incelenmesi amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yürütülen bu araştırmanın örneklemini Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi obsteteri servisinde Ekim-Aralık 2024 tarihleri arasında bakım alan 336 kadın oluşturdu. Veriler Kişisel Tanıtım Formu, Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği (OŞAÖ), Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ), Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) kullanılarak elde edildi.

Bulgular: Kadınların OŞAÖ, DHHÖ, OEÖ'den aldıkları puan ortalaması sırasıyla; 0.43 ± 1.01 , 67.21 ± 19.64 , 39.71 ± 14.12 olarak bulundu. Doğum hafızası ve hatırlama puanlarının olayların etkisi puanları ile obstetrik şiddet puanları üzerinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Olayların etkisi puanları obstetrik şiddet puanları üzerinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu bulundu ($p < 0.05$). Obstetrik şiddet puanları üzerinde olayların etkisi puanlarının doğum hafızası puanlarından daha yüksek etkiye sahip olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Doğum hafızası puanları olayların etkisi puanlarının değişiminin %41.0'ını açıkladığı saptandı ($R^2 = 0.410$). Doğum hafızası puanları ve olayların etkisi puanları obstetrik şiddette değişim puanlarının %12.5'ini açıkladığı bulundu ($R^2 = 0.125$).

Sonuç: Kadınların düşük düzeyde obstetrik şiddet algısı ile doğum hafızasına ve olası travma sonrası stres bozukluğuna sahip olduğu belirlendi. Doğum hafızası ve hatırlama puanlarının, olayların etkisi puanları aracılığıyla obstetrik şiddet puanları üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Ebe, Obstetrik Şiddet, Doğum Hafızası, Travma, Kadın.

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Women's Perceptions of Obstetric Violence, Birth Memory, and Post-Traumatic Stress Disorder: A Relational Screening Model

Aim: This study aimed to examine the relationship between women's perception of obstetric violence and birth memory and post-traumatic stress disorder using a relational survey model.

Material and Method: The sample of this descriptive and correlational study consisted of 336 women who received care in the obstetrics ward of Elazig Firat University Hospital between October and December 2024. Data were obtained using a Personal Information Form, the Obstetric Violence Perception Scale (OVPS), the Birth Memory and Recall Scale (BMRS), and the Impact of Events Scale (IES).

Results: The mean scores obtained by women from OVPS, BMRS, and IES were as follows; The values were found to be 0.43 ± 1.01 , 67.21 ± 19.64 , and 39.71 ± 14.12 . It was determined that birth memory and recall scores had a statistically significant positive effect on event impact scores and obstetric violence scores ($p < 0.05$). Event impact scores were found to have a statistically significant positive effect on obstetric violence scores ($p < 0.05$). Event impact scores had a higher effect on obstetric violence scores than birth memory scores ($p < 0.05$). Birth memory scores explained 41.0% of the variation in event impact scores ($R^2 = 0.410$). Birth memory scores and event impact scores explained 12.5% of the variation in obstetric violence scores ($R^2 = 0.125$).

Conclusion: It was determined that women have low levels of perceived obstetric violence, birth memory, and possible post-traumatic stress disorder. It was determined that birth memory and recall scores had a significant effect on obstetric violence scores, mediated by event impact scores.

Keywords: Midwife, Obstetric Violence, Birth Memory, Trauma, Woman.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BMRS	: Birth Memory and Recall Scale
DHHÖ	: Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IES	: Impact of Events Scale
KTF	: Kişisel tanıtım Formu
OEÖ	: Olayların Etkisi Ölçeği
OŞAÖ	: Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği
OVPS	: Obstetric Violence Perception Scale
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 4.1. Obstetrik Şiddet Puan Ortalamaları ile Doğum Hafızası Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Ölçüm Modeli	21
Şekil 4.2. Doğum Hafızası Puanları İle Obstetrik Şiddet Puanları Arasındaki İlişki Değerlendirilmesinde Olayların Etkisi Puanları Aracılık Etkisi Modeli	21



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	19
Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ile Olayların Etkisi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalaması	20
Tablo 4.3. Ölçüm Modeli Katsayıları	21
Tablo 4.4. Değişkenler arasındaki İlişki Katsayıları.....	22
Tablo 4.5. Aracılık Modeli Etki ve Anlamlılık Düzeyi	23

1. GİRİŞ

Obstetrik şiddet, üreme döneminin sağlık personelleri tarafından sağlıksızlaştırılması, doğal süreçlerin patolojizasyonu, özerklik kaybı, kendi bedeni ve cinselliği hakkında özgürce karar verememe olarak tanımlanmaktadır (1). Obstetrik şiddet; 2015 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da tanınmış; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadına verilen her türlü zarar olarak tanımlanmıştır. Ayrıca DSÖ obstetrik şiddeti, insan hakları ihlali olarak kabul etmekte ve saygısız kötü muamelede, fiziksel ve sözlü tacizde bulunma, gerekli bakımı vermeme, ilaç uygulamama, zorlayıcı veya onaylanmamış tıbbi prosedürleri uygulama gibi birçok muameleyi şiddet olarak kabul etmektedir (2). Obstetrik şiddetle karşı karşıya kalan kadınların; fiziksel yaralanmalar, ten tene temasın gecikmesi, strese bağlı psikolojik travma, cinsel işlev bozukluğu, duygudurum bozukluğu, sağlık profesyonellerine ve sağlık kuruluşunda hizmet almada/başvurmada gecikme, bebeği reddetme, rol karmaşası yaşama, aile bütünlüğünü tehlikeye atma gibi sorunlar yaşadıkları ve bu sorunlarla baş etmelerinin güçleştiği görülmüştür (3). Literatürde fiziksel şiddet olarak kabul gören laserasyon, disparoni, kristeller manevrası gibi uygulamaların idrar inkontinansına neden olduğu ve artan yenidoğan yoğun bakım ihtiyacını da beraberinde getirdiği görülmektedir (4). Epizyotomi işleminin mutlaka lokal anestezi kullanılarak yapılması gerekmekte ve ayrıca rutin epizyotomi yapılması da obstetrik şiddet içermektedir (5, 6).

Doğum, kadınların çoğunluğu için olumlu bir deneyim olsa da, bazı kadınlar için fiziksel ve psikolojik olarak travmatik etkiye ve anılara neden olabilir (7). Olumlu doğum deneyimleri olan kadınların daha yüksek düzeyde özgüven, başarılı emzirme başlangıcı ve doğum sürecinden genel memnuniyet bildirme durumları daha yüksektir. Diğer yandan, olumsuz doğum anıları veya travmatik deneyimler, bir kadının duygusal sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir. Doğumla ilgili tüm deneyimler bellekte kayıt altına alınmaktadır. Bu anılar yıllar sonrada ayrıntılarda kopma ve gecikme olsa bile doğru olarak hatırlanmaktadır. Eylem öncesinde travma oluşturabilecek durumların belirlenmesi ve değerlendirilmesi, eylem süresince mahremiyete dikkat edilmesi, sosyal destek verilmesi, kadının ve ailesinin bakıma katılmasının desteklenmesi ve sürekliliğin sağlanması, postpartum dönemde ise kadının kendisi ve bebeği ile ilgili otonomi kazanmasını sağlayacak fırsatlar oluşturmak, çevresi ile iletişim halinde bulunması

desteklemek süreci normalleştirmede yardımcı ebelik girişimleri arasında gösterilebilir (8). Doğum esnasında obstetrik şiddet olarak değerlendirilen girişimlerin bilinmesi ve kadının beden bütünlüğü ile ruh sağlığını korumak için önemli bir durumdur.

Obstetrik şiddet algısı kadınlarda olumsuz psikolojik sonuçlara neden olabilir. Literatürde doğumda kötü muamelenin doğum sonrası akut stres bozukluğuna, depresyona ve travma sonrası stres bozukluğuna neden olduğu gösterilmiştir (9). Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), olumsuz yaşam olayları sonrası kişide artmış stres yanıtı ve buna bağlı olarak gözlenen tekrarlayıcı düşünce ve anılar, aşırı uyarılmışlık tepkileri, kaçınma davranışları şeklinde belirtilerle kendini gösteren, kişinin gün içindeki işlevselliğini ciddi derecede etkileyen bir ruh sağlığı bozukluğudur (10). TSSB'den bahsedebilmek için bu yaşantının kişide korku, çaresizlik duygusu oluşturması, kişinin travma anını tekrar tekrar yaşantılaması, travmayı hatırlatan durum ve olaylardan kaçınması, duygusal tepkilerin kısıtlı kalması ve aşırı otonomik uyarılma belirtileri göstermesi gerekmektedir (11). Doğum eylemi ve takibi sırasında aile üyelerinin gebeye eşlik etmesine izin vermemek, ağrılı ve sık vajinal muayene yapmak, doğum eylemi sırasında rutin fundal bası uygulamak, lokal analjezik madde kullanmadan epizyotomi işlemi yapmak, eylem süresince gebeye karşı sert sözler sarf etmek ve gebeyi suçlamak, gebeye sert cevaplar vermek, tehdit etmek, izinsiz gebenin bedenine yönelik girişimde bulunmak obstetrik şiddet içeren uygulamalardır (12, 13) ve bu uygulamaların kadında TSSB'ye neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu bilgiler ışığında kadınların obstetrik şiddet algısı yaşama durumları ile doğum hafızası ve travma sonrası stres bozukluğu arasındaki ilişki merak uyandırmaktadır.

Araştırmanın Amacı:

Kadınların obstetrik şiddet algısı ile doğum hafızası ve travma sonrası stres belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Araştırmanın Soruları:

S1: Doğum hafızası ve hatırlama düzeyi obstetrik şiddet algısını etkiler mi?

S2: Doğum hafızası ve hatırlama düzeyi travma sonrası stres belirtilerini etkiler mi?

S3: Travma sonrası stres belirtileri, doğum hafızası ile obstetrik şiddet algısı arasındaki ilişkide aracı role sahip midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obstetrik Şiddet Tanımı

“Obstetrik şiddet” terimi, 2007 yılında Venezuela’da kabul edilen ‘Kadınların Şiddetsiz Bir Yaşam Hakkına İlişkin Organik Kanun kapsamında ilk kez yasal olarak tanımlanmıştır. Bu yasaya göre obstetrik şiddet, sağlık profesyonellerinin müdahaleleri yoluyla kadınların bedeninin ve doğurganlık süreçlerinin nesneleştirilmesi, insanlık dışı uygulamalar, tıbbi uygulamaların hatalı kullanımı ile doğumun doğal sürecinin patolojik bir süreç olarak değerlendirilmesi sonucunda kadınların kendi bedenleri üzerinde söz sahibi olma haklarının ortadan kaldırılmasıdır (14). Farklı bir tanımlamayla obstetrik şiddet, doğum sürecine ilişkin sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında kadınların sahip olduğu temel hakların ihlal edilmesi durumunu ifade etmektedir. Bu bağlamda obstetrik şiddet; kadının yeterli biçimde bilgilendirilmeden ve rızası alınmadan kendisine veya bebeğine yönelik uygulanan, bedensel ve psikolojik bütünlüğünü olumsuz etkileyen, duygularını, bireysel tercihlerini, mevcut seçeneklerini ve kendi bedeni üzerinde karar verme yetkisini dikkate almayan her türlü yaklaşım ve müdahaleyi içermektedir (15).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2014 yılında yayımladığı değerlendirmede; sağlık kuruluşlarında kadınlara yönelik olarak görülen fiziksel ve sözel kötü muamele, rıza alınmaksızın gerçekleştirilen ya da zorlayıcı nitelik taşıyan uygulamalar (kısırlaştırma dahil), mahremiyetin ihlali, yeterli bilgilendirme yapılmadan onam alınması, ağrı kesici vermeyi reddetme, sağlık hizmetine erişimin engellenmesi, doğum süresince ihmal, yaşamı riske sokan davranışlar ile kadınların ve yenidoğanların kurumda alıkonulması gibi uygulamaları saygısız ve istismar edici davranışlar olarak nitelendirmiş ve bu duruma obstetrik şiddet çerçevesinde dikkat çekmiştir (16, 17).

Birleşmiş Milletler’e göre, obstetrik şiddet yapısal eşitsizlik, ayrımcılık, ataerkil sistem, eğitim eksikliği ve cinsiyet eşitliği ile insan haklarının ihlal edilmesiyle ilişkilendirilmektedir (18, 19). Morales’e göre obstetrik şiddet, sağlık alanındaki uzmanlar ile hizmet alan bireyler arasındaki güç ilişkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan şiddet olarak tanımlanmaktadır (20). Benzer bir yaklaşımla Freedman ve Kruk (2014), obstetrik şiddeti, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde sağlık kuruluşlarında kadınlara yönelen, cinsiyet temelli olup insan hakları ile kanıta dayalı tıbbi uygulamaları ihlal eden özel bir şiddet biçimi olarak tanımlamaktadır.

2.2. Obstetrik Şiddetin Yaygınlığı

Dünya'nın çeşitli bölgelerinde yürütülen çalışmalar, kadınların obstetrik şiddete farklı boyutlarda maruz kaldığını bildirilmektedir (21-24). Dünya genelinde doğum yapan kadınlar arasında obstetrik şiddete maruz kalma oranı %18.3 ile %75 arasında değişmektedir (23). Kuzey Etiyopya'da 409 kadının katıldığı bir araştırmada, kadınların %75 en az bir obstetrik şiddet türüne maruz kaldığı belirlenmiştir (24). Buna karşılık, bu oranın İtalya'da %21,2 (25) ve Hindistan'da %28,8 düzeyinde olduğu bildirilmiştir (26, 27). İspanya ve Afrika'da yürütülen uluslararası araştırmalara göre, doğum yapan kadınların yaklaşık %35-40'ı obstetrik şiddetin en az bir türünü yaşadığını belirtmiştir (28, 29). Doğu Akdeniz bölgesinde 22 ülkeyi kapsayan bir meta-analizde ise kadınların %75'i rutin epizyotomiye, %60'ı rızasız vajinal muayene, %27'si oksitosin uygulamasına ve %11'i rızasız sezaryene maruz kaldığını belirtmiştir (30). Öte yandan, Ekvador'da 388 kadının katıldığı bir çalışmada, kadınların %51'ine epizyotomi, %19'una Kristeller manevrası uygulandığı, %50'sinde anne-bebek bağlanmasının sağlanmadığı ve %34'üne emzirme desteği verilmediği raporlanmıştır (31).

2.3. Obstetrik Şiddetin Türleri

Bowser ve Hill (2010), doğum sürecinde kadınların maruz kaldığı saygısız ve istismarcı bakımın yedi ana kategoriye ayırabileceğini belirtmiştir: “fiziksel şiddet, rıza dışı klinik uygulamalar, gizli olmayan bakım, onur kırıcı muamele, hastanın belirli özelliklerine dayalı ayrımcılık, bakımda terk edilme ve sağlık kurumlarında gözaltı” (32). Bohren ve arkadaşları (2015), obstetrik şiddeti yedi kategoriye ayırmıştır: fiziksel şiddet, cinsel şiddet, sözlü şiddet, damgalanma ve ayrımcılık, profesyonel bakım standartlarının yerine getirilmemesi, kadın ile bakım sağlayıcı arasındaki uyumsuzluk ve sağlık sistemi kaynaklı kısıtlamalar. Bu çalışmada, obstetrik şiddet türleri Bowser ve Hill'in (2010) sınıflandırması temel alınarak ele alınmıştır (33).

2.3.1. Fiziksel Şiddet

Doğum sürecine ilişkin kadınlar, sağlık profesyonelleri tarafından fiziksel sınırlarını ihlal eden ve onur kırıcı nitelikte uygulamalara maruz bırakıldıkları ifade edilmektedir. Bu uygulamalar arasında fiziksel şiddet içeren davranışlar (tokat atma, vurma, tekmeleme), bacakların rızaya dayanmaksızın ve kaba biçimde açılması, uylukların sıkıştırılması ve çimdiklenmesi, aşırı güç kullanımı ve gereksiz sıklıkta

tekrarlanan vajinal muayeneler yer almaktadır. Ayrıca bazı kadınlar, doğum eylemi esnasında ağızlarına tıkaç yerleştirildiğini ve bağlandıklarını ifade etmiştir (33). Bunun yanı sıra, tıbbi gereklilik bulunmaksızın uygulanan epizyotomiler ile doğum sonrasında meydana gelen yırtıkların ya da epizyotomi kesilerinin yeterli anestezi sağlanmadan onarılması da fiziksel şiddet olarak tanımlanmaktadır (32, 34).

2.3.2. Sözel Şiddet

Doğum sürecinde kadınların sağlık çalışanları tarafından aşağılayıcı, küçümseyici ya da alayıcı ifadelerle karşılaşması; sert ve incitici bir üslup kullanılması, sesin yükseltilmesi, bağırma, tehdit veya korkutma gibi davranışlara maruz bırakılması, literatürde sözlü şiddet kapsamında değerlendirilmektedir (24, 33). Farklı coğrafi bölgelerde gerçekleştirilen araştırmalar, kadınların doğum sürecinde sağlık profesyonelleri tarafından sözel şiddet niteliği taşıyan tutum ve davranışlara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (15). Sosyoekonomik düzeyi düşük, göçmen statüsünde bulunan ya da içinde yaşadıkları toplumda etnik azınlık konumunda olan kadınların doğum sürecinde daha fazla aşağılayıcı tutum ve davranışlara maruz kaldıklarını göstermektedir. Benzer biçimde, yaşı küçük veya evli olmayan kadınların cinsel yaşamlarına ilişkin uygunsuz ve utandırıcı ifadelerle hedef oldukları bildirilmiştir. Ayrıca emzirme konusunda güçlük yaşayan kadınların alay konusu edildiği; doğum sürecindeki davranışları gerekçe gösterilerek tedavinin kesilmesi, fiziksel şiddet uygulanması ya da yenidoğana sunulan bakımın niteliğinin düşürüleceği yönünde tehditlerde bulunulduğu ifade edilmektedir (33).

2.3.3. Cinsel Şiddet

Obstetrik şiddet kapsamında değerlendirilen cinsel şiddet vakalarının, diğer istismar türlerine kıyasla daha düşük sıklıkta rapor edildiği görülmektedir. Bununla birlikte, Üreme Hakları ve Federasyonu tarafından yayımlanan raporda; doğum sürecinde erkek sağlık profesyonelinin kadınların bacaklarının kabaca ayrılmasının, genital bölgeye izinsiz temas etmesi, zorla ve tekrarlayan vajinal muayeneler gerçekleştirilmesi obstetrik şiddet kapsamında değerlendirilebilecek uygulamalar arasında sayılmaktadır (34).

2.3.4. Damgalama ve Ayrımcılık

Literatürde kadınların doğum süreci boyunca çeşitli temellere dayalı damgalanma ve ayrımcı uygulamalarla karşı karşıya kaldıkları belirtilmektedir. Bu deneyimler çoğunlukla etnik köken, ırk, dil ve din gibi kimlik özellikleri; yaş, sosyoekonomik konum ve mevcut tıbbi durum çerçevesinde sınıflandırılmaktadır. Bunun yanı sıra, kadınlar medeni durumlarının da ayrımcı tutum ve uygulamalara zemin oluşturabildiğini ifade etmektedir (33, 35). Bazı sağlık profesyonellerinin kadınlara etnik köken, ırk veya dini aidiyetleri temelinde önyargılı ve saygıdan uzak tutumlar sergileyebildiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, kadınların dini inançları doğrultusunda doğum sürecinde ayrımcı uygulamalarla karşılaşabildikleri bildirilmektedir. Bu bağlamda, özellikle adölesan gebeler ile ileri yaşta ve yüksek pariteye sahip kadınların ayrımcılığa daha sık maruz kalan gruplar arasında yer aldığı belirtilmektedir (28, 36, 37). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ve evlilik dışı cinsel yaşama sahip kadınların, sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayamamaları ya da sağlık personeline maddi/manevi karşılık sunamamaları gibi nedenlerle daha düşük nitelikte ve saygılı bakım alma riskiyle karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir. Ayrıca, eğitim düzeyi düşük, kırsal bölgelerde yaşayan ve yoksulluk koşullarında bulunan kadınların, sağlık çalışanları tarafından olumsuz kalıp yargılarla etiketlenebildikleri ve bu nedenle aşağılayıcı tutumlara maruz kaldıkları bildirilmektedir (32, 38, 39).

Bununla birlikte, HIV pozitif kadınların doğum sürecinde sağlık hizmetlerine erişimde gecikmeler yaşayabildiği, bazı sağlık çalışanlarının temas konusunda isteksiz davranabildiği ve temel bakım uygulamalarının yeterince sağlanmadığı bildirilmektedir. Bu durumun, söz konusu kadınların damgalanma deneyimlerinin artırdığı vurgulanmaktadır (31, 33, 36). HIV/AİDS tanısı bulunan kadınların doğum sürecinde damgalayıcı tutumlara maruz kalabildiği ve sağlık bakım hizmetlerine hizmet sunumunun reddedildiği bildirilmektedir (32, 24). Ekvator'da bazı kadınların, sağlık kuruluşlarında ayrımcı uygulamalara maruz kalmamaları nedeniyle doğumlarını ev ortamında gerçekleştirmeyi tercih ettikleri bildirmiştir (31).

2.3.5. Profesyonel Bakım Standartlarının Karşılanmaması

Sağlık profesyonellerinin doğum sürecinde, nitelikli bakım standartlarına uygun hizmet sunmaması, literatürde obstetrik şiddet kapsamında değerlendirilen uygulamalar arasında yer almaktadır. Doğum eylemi sırasında bilgilendirilmiş onam alınmaksızın

müdahalede bulunulması, mahremiyetin korunmaması, kadının onurunu zedeleyici tutum ve uygulamalar, yalnız bırakılma ya da bakımın ihmal edilmesi ile karar verme özerkliğinin sınırlandırılması gibi, saygılı annelik bakımı ilkeleriyle bağdaşmayan uygulamalar bu kapsamda değerlendirilmektedir (40).

2.4. Obstetrik Şiddetin Nedenleri

Doğum sürecinde kadınların maruz kaldığı obstetrik şiddet çok boyutlu etkenlerle ilişkilidir. Bu etkenler arasında toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, obstetrik şiddet oluşturan uygulamaların yeterince tanınmaması ve ciddiye alınmaması, kurumsal ve örgütsel aksaklıklar, sağlık çalışanı-hasta arasındaki güç dengesizlikleri, ırk temelli ayrımcılık ve doğumun aşırı tıbbi müdahaleye dayalı biçimde ele alınması yer almaktadır (14, 41, 42).

2.4.1. Cinsiyet Kavramı ve Obstetrik Şiddet İlişkisi

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların siyasal, ekonomik, toplumsal ve kültürel alanlarda sahip oldukları insan hakları ile temel özgürlüklerinin tanınmasını ve kullanılmasını sınırlandıran; cinsiyete dayalı ayrımcılık, dışlanma ve kısıtlamaları ifade eden bir kavramdır (43). Obstetrik şiddet, kurumsal uygulamalar ile toplumsal cinsiyet temelli şiddet dinamiklerinin kesişiminde ortaya çıkan çok katmanlı bir şiddet biçimi olarak tanımlanmaktadır (42). Kadınların üreme potansiyelleri, bedensel varlıkları ve cinsel kimlikleri üzerinden zorbalığa ve ayrımcılığa maruz bırakılmaları, toplumsal yapıda cinsiyet eşitsizliğine neden olmaktadır (44, 45). Doğum sürecinde kadınların maruz kaldıkları olumsuz davranışlara bakıldığında hastaların maruz kaldığı kötü davranışlardan farklı olduğu görülmektedir. Hastalıklar patolojik bir durum olarak ele alınırken doğum fizyolojik bir süreçtir; buna rağmen doğum sırasında sergilenen bazı davranışların kadınların cinsiyete dayalı olduğu görülmektedir. Farklı ülkelerde gerçekleştirilen araştırmalar, pek çok kadının obstetrik şiddet yaşadığını ortaya koymakta ve bazı kadınların bu süreçte maruz kaldıkları uygulamaları cinsel saldırı deneyimine benzeterek ifade ettiklerini göstermektedir (14, 46).

2.4.2. Kadınların Obstetrik Şiddeti Tanımaması ve Haklarını Bilmemesi

Doğum sürecinde kadınlara gösterilen saygı ya da saygısızlık algısı, kültürel ve toplumsal bağlama göre farklılık göstermektedir. Toplumun kadına atfettiği değer, kadına yönelik şiddetin yaygınlığı, kadınların herhangi bir toplumda özerklik düzeyinin

olmaması ve kamusal hizmetlerin kötü olması, doğum sırasında nitelikli bakım eksikliğini, olumsuz tutumları ve istismarı normalleştirmektedir (47). Doğum sürecinde karşılaşılan olumsuz tutum ve ve saygı ihlalleri, pek çok ülkede zamanla kanıksanmış ve doğum deneyimin doğal bir unsuru olarak görülmeye başlanmıştır (46, 48).

Kadınların tedaviye ilişkin seçimleri, aile desteğinin düzeyi, yaşam koşullarının karmaşıklığı, toplumsal konumları, eğitim durumları, inançları, dili, etnik kimliği, geçmiş deneyimleri ya da cinsel yönelimleri gibi özellikleri nedeniyle sağlık çalışanları tarafından olumsuz tutumlara, saygı ihlallerine ve yargılayıcı değerlendirmelere maruz bırakılmıştır (49). Brezilya’da 50 lohusa ile gerçekleştirilen bir araştırmada, katılımcıların %72’sinin obstetrik şiddet kavramına aşina olmadığı; buna karşın %87’sinin doğum sürecinde olumsuz muamele deneyimlediği belirlenmiştir. Aynı çalışmada, kadınların %76’sının refakatçi olmaksızın doğum yaptığı ve %20’sine doğum sırasında Kristeller manevrasının uygulandığı bildirilmiştir (50).

2.4.3. Obstetrik Şiddete Neden Olan Örgütsel Problemler

Temel İnsan Hakları Bildirgesi doğrultusunda tüm sağlık kuruluşlarında elektrik, temiz su ve uygun sanitasyon altyapısının sağlanması; ayrıca her kadına bireysel bir yatak tahsis edilmesi gerekmektedir. Fiziksel altyapının yanı sıra yeterli tıbbi ekipman, gerekli ilaçların temini ve sayıca yeterli, deneyimli sağlık personelinin varlığı da hizmet sunumunun ayrılmaz unsurlarıdır. Bu koşullardan herhangi birinin eksikliği, sunulan bakımın niteliğini olumsuz yönde etkilemektedir (51). Kurumlarda tıbbi malzeme yetersizliği, sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirmesini güçleştirmektedir. Kaynak eksikliği, sağlık profesyonellerinin motivasyonunu düşürmekte ve bunun sonucu olarak kadınlara yönelik olumsuz tutum ve davranışlar ortaya çıkabilmektedir (52). Brezilya’da yürütülen doğumun insancılaştırılması projesinde görev alan bazı sağlık çalışanları, düşük motivasyonlarını açıklarken “Sınırlı alan içinde yapabileceğim tek şey buydu” şeklinde kendilerini savunmuşlardır (32). Sri Lanka’da 28 ebe ile gerçekleştirilen bir araştırmada, bazı katılımcılar obstetrik şiddetin personel yetersizliği, yoğun iş yükü, yetersiz ve aksayan altyapı ile stresli ekip ortamından kaynaklandığını ifade etmiştir (35).

Sağlık sistemi içinde, çalışanların değersizleştirildiği ve küçük düşürücü ortamlarda görev yapması hem ruhsal hem de bedensel baskı yaratmaktadır. Bu baskı, onların hastalara karşı anlayışlı ve şefkatli bir yaklaşım sergilemesini zorlaştırmakta;

personelin zamanla daha sert ve tepkisel davranışlar geliştirmesine yol açabilmektedir (53).

2.4.4. Obstetrik Şiddetin Sonuçları

Doğum sürecinde kadınların obstetrik şiddete maruz kalması; anne, bebek, aile üyeleri ve sağlık çalışanları açısından çeşitli olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Doğum sırasında karşılaşılan saygısız ya da uygunsuz tutumların, kadınlarda hem bedensel hem de ruhsal sorunlara yol açabildiği belirtilmektedir (54). Doğum sürecinde kadının bağımsız bir birey olarak değerlendirilmemesi, kendi bedeniyle ilgili girişim ve kararların dışında bırakılması ve bilgilendirme yapılmaması, kadınların kendilerini güçsüz ve yetersiz hissetmelerine yol açmıştır (55). Kadınlar kendilerini doğum sürecinde dışlanmış ve pasif hissettiklerini de ifade etmektedir (46).

Obstetrik şiddete maruz kalmanın; duygu durumunda bozulmalar, kişilikte değişimler, doğumla ilişkili travmatik deneyimler ve doğum sonrası stres bozukluğu (TSSB), ayrıca anne ile bebek arasındaki bağın zayıflaması, aile içi ilişkilerin olumsuz etkilenmesi, cinsel yaşam ve işlevlerde sorunlar yaşanması ile yenidoğan çocuk sahibi olma isteğinin azalması gibi sonuçlar da orataya çıkabilmektedir (56-59). Kadınlar, doğum sürecinde kendilerinin ayrı bir birey olarak değil, yalnızca bebeği taşıyan bir beden olarak görüldüklerini hissetmişlerdir. Katılımcılardan biri bu durumu, “Ben (Rebeca) sadece kuluçka makinesi değilim” sözleriyle vurgulamıştır (60). Dikkat çeken bulgulardan biri, obstetrik şiddete maruz kalan kadınların doğumu olumsuz ve travmatik bir deneyim olarak değerlendirmeleridir.

Doğum sürecinde obstetrik şiddete maruz kalan kadınlar, lohusalık döneminde ve sonrasında doğum anına takılı kaldıklarını, yaşadıklarını geride bırakamadıklarını ifade etmişlerdir. Kendilerini çökkün, kaygılı ve zaman zaman yaşamdan vazgeçmeyi düşünecek kadar umutsuz hissettiklerini; bebekleri ve eşleriyle ilişkilerinde sorunlar yaşadıklarını ve doğum sonrasında cinsel yaşama dair derin bir travma deneyimlediklerini dile getirmişlerdir (48). Travmatik doğum deneyimlerinde belirleyici unsurlardan birinin, kadın ile sağlık çalışanı arasındaki ilişkinin niteliği olduğu belirtilmektedir. Bu süreçte; yeterli desteğin sağlanmaması, etkili iletişim kurulamaması, yalnız bırakılma hissi, özerklik kaybı, onursuz bakım olmuştur (61).

Obstetrik şiddet deneyimi yaşayan kadınlar, bu sürecin yarattığı duygusal ve ruhsal etkiler nedeniyle yeniden gebeliği düşünmemektedirler (62). İspanya’da olumsuz

doğum deneyimi yaşamış 32 kadınla yapılan bir araştırmada, katılımcılardan biri yaşadıklarını şöyle aktarmıştır: “Genel olarak kötü bir deneyim geçirdim; olması gereken güzel bir an yerine, tekrar hamile kalmayı düşünmek bile beni kaygıya ve strese sokuyor. O iki günü, üzüntü, hayal kırıklığı, korku ve yoğun acı ile geçirdiğimi hatırlıyorum” (63). Postpartum Depresyon (PPD) yalnızca anne üzerinde etkili olmayıp, aynı zamanda anne-bebek bağını zayıflatmakta ve aile içi ilişkilerde sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle olumsuz doğum deneyimleri, tüm aileyi etkileyebilmektedir (64-69). Kadınlar, doğum sürecinde bekledikleri gibi bir deneyim yaşayamadıklarında ve karşılaştıkları olumsuz durumlarla başa çıkmakta zorlandıklarında hayal kırıklığı yaşamaktadırlar (70).

Obstetrik şiddet yalnızca doğum sürecinde kadınları etkilemekte kalmayıp, bunu gözlemleyen sağlık çalışanları üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Öğrencilik dönemlerinden itibaren ebeler, doğumlarda çeşitli kötü muamele ve olumsuz davranışlara tanık olmuşlardır. Doğum sırasında seslerin yükseltilmesi, forseps kullanımıyla uygulamalara müdahale edilmesi, anestezişiz epizyotomi dikimi, hakaret ve aşağılayıcı sözler gibi davranışlar, kadınların hak etmediği davranışlar tıp ve ebelik öğrencilerinin eğitim deneyimlerinin yaygın bir parçası haline gelmiştir (71). Kadınların yaşadığı travmalara doğrudan tanıklık eden sağlık profesyonelleri, merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stres gibi olumsuz psikolojik etkilerle karşılaşabilmektedir (72). Benzer uygulamalara tanıklık eden bazı sağlık profesyonellerinin, bu davranışları etik ve insan onuruna aykırı bulmaları nedeniyle mesleklerinden çekildikleri literatürde bildirilmektedir (73). Öte yandan, bazı sağlık profesyonelleri, benzer deneyimleri kendi doğum süreçlerinde yaşamamak amacıyla elektif sezaryen yöntemini tercih etmiş veya “doğum grevine” uygulamalarına katılmayı seçmiştir (74). Sağlık çalışanlarının obstetrik şiddete tanıklık etmesinin bir diğer önemli etkisi, bu tür şiddet davranışlarının onlar için normalleşmesidir. Yapılan görüşmelerde, bazı sağlık profesyonelleri şiddet içeren uygulamaları hayat kurtarıcı olarak nitelendirmekte ve gerekliliğini savunmaktadır (75).

2.5. Obstetrik Şiddet ve Doğum

Obstetrik şiddet terimi ile en çok doğum sürecinde karşılaşılmaktadır. Bu süreçte, sözlü veya sözsüz tacizler, ayrımcılık yapma, izinsiz ve destekleyici olmayan bakımla karşı karşıya gelinmektedir (76). Bu süreçte obstetrik şiddet, duygusal durum, fiziksel, psikolojik olarak, gerekli olmayan invaziv girişimler ve sistemin yetersizliği nedeniyle yapısal şiddet olarak birçok çeşitleri bulunmaktadır (77).

Doğumda fiziksel şiddet, invaziv işlemlerin uygulanması, rıza ve onamı alınmadan kadının vücuduna müdahale yapılması, doğal olan doğum sürecine uyulmaması, doğumda kullanılan pozisyonlara uyulmaması, fundal basının yapılması, dürtme, sıkma, onamı olmadan sezaryene alınma, anne bebek bağlanmasına ve etkin emzirmeye engel olmaktır (78). Doğumda ebeler prosedürlere uygun çalışmadıklarında, gebelere bağırarak uygunsuz sözler söyleyebilmektedir. Bu durumda doğum esnasında sözlü şiddete neden olmaktadır (78).

Psikolojik şiddet ise kadınların obstetrik bakım alırken bilgi istemeleri veya endişelerini dile getirmeleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaba davranışlarda bulunma, uygun olmayan sözler, bağırarak konuşma, aşağılayıcı sözler kullanma, küçük düşürme, saldırgan hareketler, ayrımcılık yapma ve insanlığa aykırı muamele psikolojik şiddetin oluşmasına neden olmaktadır (79). Doğumda gerekli olmayan tıbbi müdahaleler de obstetrik şiddete sebep olur. Örneğin; hastaneye yatar yatmaz gebeye intravenöz katater uygulaması, rutin lavman kullanılması ve oksitosin infüzyonunun verilmesi, sürekli nonstress teste bağlanma ve rutin olarak epizyotomi uygulaması obstetrik şiddet nedenleri arasında sayılabilir (80).

2.6. Obstetrik Şiddet ve Ebelik Yaklaşımları

Obstetrik şiddet; kadınların sağlık kuruluşunu başvurmaktan kaçınmasına ve ertelemesine (81-84), kadınların, çocuk isteğinin azalmasına, gebelik, doğum ve doğum şeklini seçme korkusuna (85, 86) ve doğum sonu depresyona neden olabilmektedir (87). Bu nedenle obstetrik şiddeti önlemede ebeler önemli sorumluluklar düşmektedir. Ebeler obstetrik şiddeti önleyebilmek amacıyla; iletişim yeteneğini sahip olmalı, mesleğinin sorumluluklarını yerine getirmeli, iyi bir empati kurabilmeli, önyargıya sahip olmamalı ve kanıta dayalı girişimler kullanmalıdır (88).

Kadınlardaki memnuniyet oranını ve bakım kalitesini ebenin iletişimi artırmaktadır. Etkili iletişim değişkenlik gösteren ve doğuştan var olan bir yetenektir ve aynı zamanda bireyin eğitim ve mesleki deneyimine de bağlıdır. Ebeler etkili iletişim yöntemlerini kullanarak kadınların isteklerini karşılayıp, memnuniyet oranlarını yükseltmelidir (89, 90).

Kadının var olduğu her yerde çalışan ebeler; kadını ve ailesini sağlık açısından korumak, sağlıklılık durumunu devam ettirmek için danışmanlık ve eğitici rolünü üstlenmektedir. Kadınların prekonsepsiyonel dönem, doğum, gestasyonel dönem ve

doğum sonu dönemki takiplerine çok önem verilmelidir (91). Ebeler, danışmanlık hizmeti verirken rahat davranmalı, iletişim kurarken kullanılan kelime ve cümleler özenle seçilmeli, kadına karşı saygılı davranılmalı, güven ilişkisi kurmaya özen göstermeli ve ulaşılabilir olmalıdır (88).

Obstetrik şiddeti önlemek için kadın ile eşlerinin fizyolojik ve psikolojik yönden sağlıklı olmalarına katkıda bulunan ebeler prekonsepsiyonel dönemden doğuma kadar önemli rollere sahiptirler (92). Prekonsepsiyonel dönemde ebeler gebe kalmayı planlayan kadınlara ve onların eşlerine danışmanlık hizmeti sağlayabilir. Ayrıca, kanıt temelli uygulamalara yer vererek ve prekonsepsiyonel dönemdeki bakımı planlama, gebelik döneminde oluşabilecek riskleri düşürme ve önlem alma, bebeğin sağlığını geliştirme hususlarındaki süreçlerde bakımda danışmanlık etmelidirler (92, 93). Bunlara ek olarak, daha önceki gebelikteki problemlerini tespit etme, genetik açıdan danışmanlık, ileri yaş evliliklerin riskleri, aile planlaması, akraba evlilikleri, anneye bağlı kronik hastalıkların tanısı ve tedavisi, gebelikte aşılama ve doğru ilaç kullanımı, düzenli takip edilen prekonsepsiyonel bakım, beslenme ve egzersiz gibi konularda güncel bilgiyi bilmeli ve bakımlarında bu konulara özen göstererek uygulamalara devam etmelidir (92, 94).

Ebelere gebelik döneminde de obstetrik şiddeti önlemeye yönelik önemli sorumluluklar düşmektedir. Gebenin kendi bakımına katılımını sağlayarak olumlu sağlık davranışları oluşturmak için ebeler annelere yardımcı olmalıdır. Ebeler annelerin gebelikte oluşan bulantı-kusma, cinsel problem, yorgunluk ve halsizlik, ödem, idrara sık çıkma, pika, kramplar, pityalizm, sırt ve baş ağrısı gibi durumları kanıt temelli uygulamalarla yönetebilmelidir. Ebeler doğum anında oluşacak riskler ile ilgili yeterli düzeyde beceriye ve bilgiye sahip olmaları gebelik öncesi dönemde güvenli bir anneliğin oluşması için gerekmektedir. Kadına açık, net ve öğretici bir üslupla yaklaşmalıdır (95). Ebeler gestasyonel dönemdeki tanı ve tarama yöntemleri hakkında kadını bilgilendirme yapmalıdırlar. Gebenin prenatal izlemine; laboratuvar testleri, anamnez alma, ilaç kullanımı, fiziksel muayene, tedaviler, bağışıklama, danışmanlık ve bilgilendirme durumları ve özellikle risk değerlendirme formu sorgulanmalıdır. Annede var olan korku ve paniği en aza indirmek için kendilerini ifade etmelerine yardımcı olunmalıdır. Ayrıca yapılan tüm müdahaleler hakkında bilgi vermelidir (96-99).

Obstetrik şiddetin en fazla ortaya çıktığı doğum sırasında da doğumun olumlu bir şekilde sonuçlanmasında ebelerin önemli rolleri bulunmaktadır. Olumlu bir doğum deneyimi ve sağlıklı bir yenidoğan ile sonuçlanması için ebeler, doğumu iyi bir şekilde yönetebilmelidir. Ebeler kadına ve ailesine etkili bir iletişim ile yaklaşmalı, doğum

sürecinde yapılan tüm takipleri ve müdahaleleri kanıta dayalı güncel uygulamalar doğrultusunda uygulamalıdır (96). Yapılan bu müdahaleler hakkında anneye gerekli tüm bilgiler aktarılmalı ve mahremiyet korunmalıdır. Anne ve babanın korkuları ve endişelerinin giderilmesine destek olunmalı, doğumda rahat edeceği pozisyonu kendisi seçmesi yönünde kadına fırsat sunulmalıdır (92). Ebeler doğum eylemi sırasında kadının ihtiyaçlarını saptamalı, ona uygun olan müdahaleleri planlamalı ve vereceği tüm bakımı kişiye özel planlamalıdır (100).

2.7. Doğum Hafızası

Fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal açıdan değerlendirildiğinde doğum bir kadının hayatında önemli yansımaları olan çok önemli bir deneyimdir (101, 102). Doğum deneyimi, kadın için tanıdık ya da bilinmeyen duyguları da içerebilmektedir. Acı ve/veya neşe, duygusal stres ve/veya sakinlik, artan kırılganlık ve/veya artan kişisel kontrol, fiziksel yaralanma ve hatta ölüm riski, rollerin değişmesi, yenidoğanın sorumluluğu kadının yaşamında uzun vadeli olumlu veya olumsuz etkiye neden olabilir (103, 104). Kadınların bellek özellikleri ile duygu, algılanan travma ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi doğum anıları etkileyebilir (105).

Doğum, bazı kadınlar için olumlu bir deneyimi olsa, bazı kadınlar için fiziksel ve psikolojik açıdan travmatiktir (106). Doğum deneyimine ilişkin olumlu algılar, doğumda görev alan sağlık profesyonellerinin fiziksel, duygusal ve bilgilendirici desteği (107,108), beklentileri karşılama (109, 110), kadının karar verme sürecine katılması (111,112) ve doğum sırasında kontrol duygusu hissetmesi gibi faktörlerle ilişkilidir (113-115). Doğum deneyimine ilişkin olumsuz algılar ise, korku ve korunma eksikliği (116), doğum sırasında kayıtsızlık veya yetersizlik (117-119), zor doğum veya sezaryen ihtiyacı gibi beklenmedik komplikasyonların varlığı (120) gibi faktörlerle ilişkilidir. Tüm bu faktörler sonraki gebelikleri etkileyerek depresyon riskini artırabilir (121). Kadınların gelecekteki üreme kararlarını etkileyerek, doğum korkusu (122), travma sonrası stres bozukluğu (119), kadın doğum uzmanlarının gerekli görmediği durumlarda elektif sezaryen talep etme (123) gibi sonuçlara yol açabilir.

2.8. Doğum Hafızası ve Ebelik Yaklaşımları

Sağlık profesyoneli olan ebeler, kadının doğum eylemi hakkındaki korku ve endişelerini gidermek amacıyla kadına güven verici iletişim kurarak onun için pozitif bir

doğum ortamı oluşturmmalıdır. Ebeler kadına doğum süresinin ve sürecinin kişiden kişiye değişebileceğini her doğumun aynı olmadığını ifade etmeli, kadını soru sorması konusunda teşvik etmelidir. Kadına doğum eylemi esnasında kullanabileceği nefes egzersizlerini uygulatarak gevşemesi sağlanmalıdır. Kadınlara yapılan her uygulama anlatılarak öngörülemeyen müdahaleler hakkında bilgi verilmelidir. Bu uygulamalar yapılarak kadının daha gerçekçi bir doğum beklentisi içerisinde olması sağlanmalı ve kadının stresi azaltılarak doğuma uyumu konusunda katkıda bulunulmalıdır (124).

2.9. Doğum Travması

Doğum travması, kadının doğum eylemiyle alakalı olaylarla ilgili aşırı derecede rahatsız edici duygu ve tepkilere neden olarak kadının iyilik hali üzerinde kısa ya da uzun vadede olumsuz sonuçlara sebep olan bir deneyimdir (125, 126). Doğum eyleminin travmatik olarak algılanmasını etkileyen faktörler arasında primipar olma, önceki olumsuz doğum deneyimi, istenmeyen gebelikler, gebelikte depresif ruh hali, doğum eyleminde indüksiyon kullanımı, müdahaleli doğum eylemi, preterm eylem, yenidoğanın sağlığını tehlikeye sokacak durumlar yer almaktadır (124, 126).

2.10. Doğum Travması ve Ebelik Yaklaşımları

Sağlık profesyoneli olan ebeler, kadının doğum eylemi hakkındaki korku ve endişelerini gidermek amacıyla; kadına güven veren bir şekilde iletişim kurarak onun için pozitif bir doğum ortamı oluşturmmalıdır. Ebeler kadına doğum süresinin ve sürecinin kişiden kişiye değişebileceğini her doğumun aynı olmadığını ifade etmeli, kadını soru sorması konusunda teşvik etmelidir. Kadına doğum eylemi esnasında kullanabileceği nefes egzersizlerini uygulatarak gevşemesi sağlanmalıdır. Kadınlara yapılan her uygulama anlatılarak öngörülemeyen müdahaleler hakkında bilgi verilmelidir. Bu uygulamalar yapılarak kadının daha gerçekçi bir doğum beklentisi içerisinde olması sağlanır ve kadının stresi azaltılarak doğuma uyumu konusunda katkıda bulunulur (124).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel ilişki arayıcı türde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ekim-Aralık 2024 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi'nin obstetri servisinde doğum sonu bakım alan kadınlarla yapıldı. Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde Obstetri Servisinde normal ve sezaryen doğum yapan lohusaların bakımları yapılmaktadır. Serviste toplam 6 ebe ve 2 doktor görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Fırat Üniversitesi Hastanesi'sinin obstetri servisinde doğum sonu bakım alan kadınlar oluşturdu. İlgili hastanede 2023 yılında ortalama 1160 kadın obstetri servisinde doğum sonu bakım almıştır. Power analizi kullanılarak yapılan hesaplamada örneklem büyüklüğü; 0.05 yanılğı düzeyi, %80 evreni temsil etme yeteneği ve %97 güven aralığı ile en az 336 lohusa olarak belirlendi. Belirlenen örneklem grubuna ulaşılan kadar ilgili hastanelerde doğum yapan ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan kadınlar olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçildi. Araştırma 336 kadın ile tamamlandı.

3.3.1. Araştırmanın Alınma Kriterleri

- Tanılanmış herhangi bir psikiyatrik sağlık problemi olmayan,
- Sağlıklı bir gebelik geçiren,
- Doğum sonu bebeği ile birlikte bulunan kadınlar çalışma kapsamına alındı.

3.3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- Veri toplama formunun tamamını doldurmayan kadınlar çalışmadan çıkarıldı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin, “Kişisel Tanıtım Formu (KTF)”, “Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği (OŞAÖ)”, “Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ)” ve “Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ)” aracılığı ile elde edildi.

3.4.1. Kişisel Tanıtım Formu (KTF) (EK 3)

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eş yaş, eğitim durumu, aile yapısı vb.) ve doğurganlık özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form 16 sorudan oluşmaktadır (11, 12).

3.4.2. Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği (OŞAÖ) (EK 4)

Kömürcü Akik tarafından geliştirilen ölçek toplam 11 maddeden oluşmaktadır (126). Ölçek maddeleri katılımcılara Evet=1, Hayır=2 olarak sunulmalı, ancak puanlama aşamasında Evet=1, Hayır=0 puan olarak yeniden kodlanarak toplanmalıdır. Ölçek; “İstismar ve şiddet” (1-7. maddeler), “Onam alınmamış bakım” (8- 11. maddeler) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. İstismar ve şiddet alt boyutu için toplam puan 0 ile 7 arasında, onam alınmamış bakım alt boyutu için toplam puan 0 ile 4 arasında değişmektedir. İstismar ve şiddet alt boyutundan alınan 0 puan istismar ve şiddetin olmadığına işaret ederken; 7 puan ise istismar ve şiddetin tüm biçimlerinin olduğuna işaret etmektedir. Onam alınmamış bakım alt boyutu için alınan 0 puan onam alınmamış bakımın olmadığına işaret ederken; 4 puan ise onam alınmamış bakımın tüm biçimlerinin olduğuna işaret etmektedir. Ölçek toplam puanı; tüm maddelerin toplanması ile elde edilmektedir. Toplam puan 0 ile 11 arasında değişmekte ve yüksek puanlar toplam obstetrik şiddetin yüksekliğini göstermektedir. 0 puan obstetrik şiddetin olmadığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları, toplam ölçek, istismar ve şiddet ile onam alınmamış bakım alt boyutu için sırasıyla 0.72, 0.70 ve 0.73 olarak elde edilmiştir. Bu araştırmada toplam ölçek, istismar ve şiddet ile onam alınmamış bakım alt boyutu için Cronbach alfa iç güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.77, 0.69 ve 0.66 olarak belirlendi.

3.4.3. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (EK 5)

Foley ve arkadaşları tarafından 2014'te geliştirilen ölçek toplam 21 maddeden oluşmakta ve 7'li likert tipi ölçüm yapmaktadır (10). 1 puan "kesinlikle katılmıyorum", 7 puan ise "kesinlikle katılıyorum" anlamına gelmektedir. Ölçekten en az 6 puan en çok 147 puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar annenin, olumlu bir doğum hafızasına sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 2,3,5,6,7,8,9,10,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21. maddeleri 1,2,3,4,5,6,7 şeklinde 1,3,11. maddeler ise ters olarak 7,6,5,4,3,2,1 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek 6 boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; duygusal hafıza, hafızanın merkezliliği, tutarlılık, tekrar yaşama, duygusal hafıza ve tekrar hatırlamadır. Her alt boyut kendi içinde değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Topkara ve Çağan tarafından yapılmıştır (20). Topkara ve Çağan'ın çalışmasında ölçeğin tutarlılık cronbach alfa katsayısı 0.79 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada toplam ölçeğin Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0.86 olarak belirlendi.

3.4.4. Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) (EK 6)

Ölçek Horowitz ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, Weiss ve Marmar tarafından tüm travma sonrası stres belirtilerini sorgulayacak şekilde yeniden düzenlenmiştir (21, 22). Çorapçıoğlu ve ark. tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır (23). Ölçek 22 maddeden oluşmuş olup 5'li Likert tiptedir. Ölçekte maddeler 0-4 arası puanlanmaktadır. Ölçek üç alt boyuttan, yeniden yaşama (1,2,3,6,9,14,16,20. sorular), kaçınma (5,7,8,11,12,13,17,22. sorular) ve aşırı uyarılma (4,10,15,18,19,21. sorular) oluşmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken en yüksek puan 88'dir. Ölçeğin kesme puanına göre 33 veya üzeri puan olası TSSB tanısını desteklemektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.93'dür (23). Bu çalışmada Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0.92 olarak belirlendi.

3.5. Araştırma Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin Ekim – Aralık 2024 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi obstetri servisinde doğum sonu bakım alan kadınlardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Hafta içi her gün araştırmacı tarafından yapılacak görüşmelerin ortalama 10-15 dk sürdü.

3.6. Araştırma Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi için SPSS 28.0 ve AMOS 24.0 istatistiksel paket programları kullanıldı. Çalışmada tanımlayıcı değişkenler kategorik verilerde sayı ile yüzde, sayısal verilerde ortalama, standart sapma, medyan olarak hesaplandı. Tek değişkenli normal dağılım için Kolmogorov Smirnov testi, çok değişkenli normal dağılım için Mardia katsayısı hesaplandı. Ölçek puanları arasındaki ilişkilerin analizinde pearson korelasyon katsayısı hesaplandı. Ölçek puanlarının çok değişkenli normal dağılım kontrolü yapılarak Mardia katsayısının 3.943 olduğu hesaplandı. Modelde çok değişkenli normal dağılım sağlanması (125, 126) sonucunda yapısal eşitlik modellemesi (YEM) aracılık analizi uygulandı. Aracılık analizinde bootstrap yöntemi kullanılarak hesaplamalar yapıldı. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı’ndan etik onay (Karar No: 2024/6354) (EK-2) ile Fırat Üniversitesi Hastanesi’nden kurum izni alındı (EK-7). Araştırmada kullanılacak ölçekler için yazarlarından kullanım izni alındı (EK-8, EK-9, EK-10). Bununla birlikte araştırmaya başlamadan önce, tüm lohusalara Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-11) onaylatıldı. Çalışma boyunca Helsinki Deklerasyonu’na uyuldu.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verildi. Kadınların yaş ortalaması 29.98 ± 4.98 , eşlerinin yaş ortalaması 34.14 ± 5.72 , gebelik sayısı 2.40 ± 1.52 ve doğum sayısı ortalama 2.12 ± 1.21 olarak bulundu. Kadınların %33.3’ünün üniversite ve üzerinden mezun olduğu, %80.1’inin çalışmadığı, %37.5’inin eşinin üniversite ve üzerinden mezun olduğu, %95.2’sinin eşinin çalıştığı saptandı. Gelir durumunun %78.3’ünün gelirin gidene denk olduğu belirlendi. Kadınların %80.4’ünün ilde yaşadığı ve %89.6’nın çekirdek aileye sahip olduğu öğrenildi. Kadınların önceki doğum ile mevcut doğum arasındaki sürenin %55.4’ünün 24 aydan fazla olduğu ve %83.3’ünün gebeliği isteme durumu saptandı. Onların %49.7’sinin doktordan bilgi aldığı belirlendi.

Tablo 4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellik	Ort $\pm$ SS	Min - Max
Yaş	29.98 ± 4.98	18 - 47
Eşin yaşı	34.14 ± 0.72	22 - 53
Gebelik Sayısı	2.40 ± 1.52	0 - 12
Doğum Sayısı	2.12 ± 1.21	1 - 8
Eğitim Durumu	Grup	n
	Okuryazar	12
	İlkokul	47
	Ortaokul	63
	Lise	102
	Üniversite ve üzeri	112
Çalışma Durumu	Çalışıyor	67
	Çalışmıyor	269
Eşin Eğitim Durumu	Okuryazar	1
	İlkokul	27
	Ortaokul	66
	Lise	116
	Üniversite ve üzeri	126
Eşin Çalışma Durumu	Çalışıyor	320
	Çalışmıyor	16
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	38
	Gelir Gidere Denk	263
	Gelir Giderden Fazla	35
Yaşanılan Yer	Köy	21
	İlçe	45
	İl	270
Aile Tipi	Çekirdek Aile	301
	Geniş Aile	35
Önceki Doğum ile Mevcut Doğum Arasındaki Süre	24 Aydan Az	35
	24 Aydan Fazla	186
	İlk Doğum	115
Gebeliğin İstenme Durumu	Evet	280
	Hayır	56
Doğum İle İlgili Bilgi Alma Durumu	Bilgi Alınmadı	90
	Ebeden Bilgi Alındı	50
	Doktordan Bilgi Alındı	167
	İnternette araştırma yapıldı	20
	Kitap Okundu	1
	Aile-Çevreye Soruldu	8
Toplam		336

Ort; ortalama, ss; standart sapma

Kadınların Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ile Olayların Etkisi Ölçeği Toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.2’de verildi. Kadınların Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği toplam, İstismar ve Şiddet alt boyutu ile Onam Alınmamış Bakım alt boyutundan aldıkları puan ortalaması sırasıyla; 0.43 ± 1.01 , 0.40 ± 0.96 ve 0.02 ± 0.20 olarak belirlendi. Kadınların Olayların Etkisi Ölçeği toplam, Yeniden Yaşama, Kaçınma ve Aşırı Uyarılma alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla; 39.71 ± 14.12 , 15.59 ± 6.10 , 14.57 ± 5.47 , 9.54 ± 3.82 olarak saptandı. Kadınların Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği toplam, Duygusal Hafıza, Ambivalan, Hafızanın Merkeziliği, Tutarlılık-Tekrar Yaşama, Duyusal Hafıza ve İstemsiz Hatırlama alt boyutlarından sırasıyla; 67.21 ± 19.64 , 9.07 ± 3.24 , 6.95 ± 2.46 , 15.14 ± 5.37 , 18.19 ± 6.44 , 12.52 ± 6.25 , 5.34 ± 3.36 olarak bulundu.

Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği, Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği ile Olayların Etkisi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalaması

Ölçekler	Ort ± SS
Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği-Toplam	0.43 ± 1.01
İstismar ve Şiddet	0.40 ± 0.96
Onam Alınmamış Bakım	0.02 ± 0.20
Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği-Toplam	67.21 ± 19.64
Duygusal Hafıza	9.07 ± 3.24
Ambivalan	6.95 ± 2.46
Hafızanın Merkeziliği	15.14 ± 5.37
Tutarlılık-Tekrar Yaşama	18.19 ± 6.44
Duyusal Hafıza	12.52 ± 6.25
İstemsiz Hatırlama	5.34 ± 3.36
Olayların Etkisi Ölçeği-Toplam	39.71 ± 14.12
Yeniden Yaşama	15.59 ± 6.10
Kaçınma	14.57 ± 5.47
Aşırı Uyarılma	9.54 ± 3.82

Ort; ortalama, SS; standart sapma

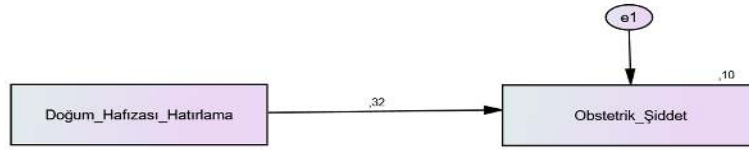
Doğum hafızası ve hatırlama ölçeği puan ortalamasının bağımsız değişkeni, obstetrik şiddet ölçeği puan ortalamasının bağımlı değişkeni ve olayların etkisi ölçeği puan ortalamasının ise aracı değişkeni ifade ettiği yapısal eşitlik modellemesi kuruldu. Kurulan modele ait hipotezler aşağıdaki gibidir.

H₁: Obstetrik şiddet puanı, doğum hafızası puanından etkilenmektedir.

H₂: Olayların etkisi puanı, doğum hafızası puanından etkilenmektedir.

H₃: Doğum hafızası puanı ile obstetrik şiddet puanı arasındaki ilişki de olayların etkisi puanları aracılık etkisine sahiptir.

H₁ hipotezini test etmek için ölçme modeli kuruldu (Şekil 1).



Şekil 4.1. Obstetrik Şiddet Puan Ortalamaları ile Doğum Hafızası Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Ait Ölçüm Modeli

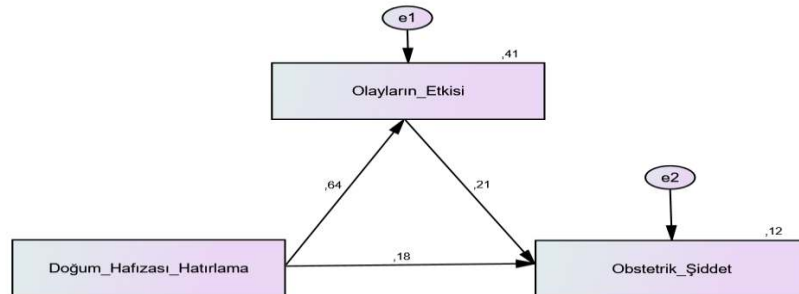
Kurulan modelde hesaplanan katsayılara ait değerler Tablo 4.3’de verildi. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği puan ortalamasının, Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği puan ortalaması üzerinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu ($\beta_2=0.320$; $p=0.001$) ve obstetrik şiddet puanındaki değişimin %10’unun doğum hafızası puanları ile açıklandığı saptandı ($R^2=0.100$).

Tablo 4.3. Ölçüm Modeli Katsayıları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β_1	β_2	p	R^2
Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği	Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği	0.020	0.320	0.001*	0.100

β_1 ; Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı, β_2 ; Standartlaştırılmış regresyon katsayısı, * $p<0,05$; regresyon katsayılarının anlamlılığı için t testi, R^2 ; Açıklayıcılık Katsayısı

Ölçüm modeli anlamlı olduğu için doğum hafızası ve hatırlama puanları ile obstetrik şiddet puanları arasındaki ilişki değerlendirilmesinde olayların etkisi puanları aracılık etkisi modeli kuruldu ve modele ait diyagram Şekil 4.2’de verildi.



Şekil 4.2. Doğum Hafızası Puanları İle Obstetrik Şiddet Puanları Arasındaki İlişki Değerlendirilmesinde Olayların Etkisi Puanları Aracılık Etkisi Modeli

Değişkenler arasındaki ilişki katsayıları Tablo 4.4'te verildi. Doğum hafızası ve hatırlama puan ortalamalarının olayların etkisi puan ortalamaları ($\beta_1 = 0.640$; $p = 0.001$) ve obstetrik şiddet puan ortalamaları üzerinde ($\beta_1 = 0.180$; $p = 0.005$) pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu belirlendi. Olayların etkisi puanları obstetrik şiddet puanları üzerinde pozitif yönde ($\beta_1 = 0.210$; $p = 0.002$) istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu bulundu. Obstetrik şiddet puan ortalamaları üzerinde olayların etkisi puan ortalamalarının doğum hafızası puan ortalamalarından daha yüksek etkiye sahip olduğu belirlendi. Doğum hafızası puan ortalamaları olayların etkisi puan ortalamalarının değişiminin %41.0'ini açıkladığı saptandı ($R^2 = 0.410$). Doğum hafızası puanları ve olayların etkisi puanları obstetrik şiddette değişim puanlarının %12.5'ini açıkladığı bulundu ($R^2 = 0.125$).

Tablo 4.4. Değişkenler arasındaki İlişki Katsayıları

Açıklayan Değişken	Açıklanan Değişken	β_1	β_2	p	R^2
Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği	Olayların Etkisi Ölçeği	0.640	0.458	0.001*	0.410
Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği	Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği	0.180	0.009	0.005*	0.120
Olayların Etkisi Ölçeği		0.210	0.015	0.002*	

β_1 ; Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı, β_2 ; Standartlaştırılmış regresyon katsayısı, * $p < 0,05$; regresyon katsayılarının anlamlılığı için t testi, R^2 ; Açıklayıcılık Katsayısı

Aracılık modeli etki ve anlamlılık düzeyi Tablo 4.5'te verildi. Ölçüm modelinde standartlaştırılmış regresyon katsayısının ölçüm modelinde 0.320 iken aracı modelde 0.180'e düştüğü; doğum hafızası ve hatırlama puanlarının etkisinin, olayların etkisi puanları üzerine geçerek obstetrik şiddette %10.0 olan varyans açıklama oranının %12.0'a yükseldiği görüldü. Olayların etkisi puanlarının aracı değişken olduğu model için yeni yaklaşım olan Bootstrap sonuçları değerlendirildi. Doğum hafızası ve hatırlama puanlarının olayların etkisi puanları aracılığı ile obstetrik şiddet puanları üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($\beta = 0.131$, CI [0.044-0.224]). Yüzdelik yöntemi ile hesaplanan Bootstrap alt ve üst güven aralıkları sıfır (0) değerini içermediği için aracılık modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

YEM sonucunda model anlamlılığı için hesaplanan indeks değerleri χ^2/df (Chi-Square Goodness of Fit; χ^2 , df; degree of freedom) 0.001 ve modelde yer alan örneklem sayısının yeterliliği için kullanılan RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)

değerinin 0.046 bulundu. GFI (Godness of Fit Index) değeri, CFI (Compretive Fit Indeks) ve IFI (Incremental Fit Index) ve NFI (Normed Fit Index) değerinin ise 0.99 bulundu.

Tablo 4.5. Aracılık Modeli Etki ve Anlamlılık Düzeyi

Modeller	β	Standardize Total Effect	CI %95		p
			Lower Bound	Upper Bound	
Aracılık Modeli	0.131	0.316	0.044	0.224	0.001*

β ; standartlaştırılmış dolaylı etki katsayısı, CI; güven aralığı, *; Güven Aralığı 0'ı içermediğinden model istatistiksel olarak anlamlıdır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde kadınların obstetrik şiddet algısının doğum hafızası ve travma sonrası stres bozukluğu ile arasındaki ilişkisini incelemek için yapılan araştırmanın bulguları literatür ile tartışıldı.

Araştırmaya alınan kadınların obstetrik şiddet algısı düzeylerinin düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.2.). Literatür incelendiğinde; aynı ve farklı obstetrik şiddet ölçüm araçları ile yapılan çalışmalarda postpartum dönemde olan kadınların obstetrik şiddet algısının bu çalışma ile benzer olarak düşük olduğu belirlendi (127-130). Yüksek düzeyde obstetrik şiddet algısına sahip lohusaların olduğunu belirleyen çalışmalarda da bulunmaktadır (131-133). Yurtdışı örnekleri incelendiğinde; kadınların obstetrik şiddete maruz kaldıkları ve bu şiddetin bakım ihmalinden, hakların reddedilmesinden ve tanısız bilgilerin açıklığa kavuşturulmamasından, doğum sırasındaki sözlü saldırılara kadar çeşitli şekillerde karakterize edildiği bulunmuştur (132). Yine yapılan başka bir çalışmada Amerika'da yaşayan multipar kadınların doğum eyleminin takibi ve eylem esnasında obstetrik şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (133). Ancak Türkiye'de obstetrik şiddetin hala önemli bir sorun olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (134, 142-144). Meksika'da Obstetrik şiddet önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir 2016 yılında yapılan bir ulusal araştırmada kadınların %33,3'ünün doğum sırasında en az bir tür şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (128). Ülkemizdeki ise obstetrik şiddet görünmeyen, dikkat edilmeyen ve konuşulmayan bir konudur. Kadınların objektif şiddet türlerinden ne kadarına maruz kaldı neleri obstetrik şiddet olarak algıladıkları ve nasıl etkilendiğini ortaya koyan çalışmalar çok sınırlıdır. Uğur'un (2024) yaptığı çalışmada ise kadınların %37.0'sinin en az bir tür obstetrik şiddet ve istismara uğradıkları, bunlardan %28'i doğum esnasında rahatsız edici olan pozisyon için zorlandığını, %29.3'ü doğumun hızlı olması için karınlarına baskı yapıldığını, %15.5'inin azarlanıp bağırıldığını, %8.8'i ise incitici veya küçük düşürücü sözlere maruz bırakıldığını, %7.8'i doğum süreci ve bebeğinin durumuyla ilgili soru sorduğunda cevap verilmediğini, %2.3'ü kendisine bilgilendirme yapılmadan ağrı kesici yada anestezi uygulama isteğinin reddedildiğini, %7.3'ü çok bağırıldıkları için diğerlerine kadınlara yardım almalarının daha uzun sürdüğünü, Kadınlardan %1.6'sının en az bir tür bilgilendirilmiş onam alınmadan bakıma maruz kaldıkları görülmüştür (111). Bu açıdan değerlendirildiğinde obstetrik şiddetin evrensel bir sorun olduğu ve kadınların sırf kadın oldukları için bu şiddete maruz kaldıkları düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların doğum hafızası ve hatırlama düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlendi (Tablo 4.2.). Literatür incelendiğinde; yapılan araştırmalarda bu çalışmaya benzer olarak doğum hafızası ve hatırlama düzeyinin orta düzeyde olduğu görüldü (135-141). Ayrıca doğum hafızasının yüksek düzeyde olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (142, 105). Crawley ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada travmatik doğum algısı yaşayan kadınların, doğum hakkındaki duygularının olumlu olmadığı, doğum hafızasında doğum eylemini istemsiz hatırlama ve yeniden yaşamanın yüksek olduğu belirlenmiştir (143, 139). Bu araştırmada; doğum hafızası puan ortalamalarının olayların etkisi puan ortalamalarındaki değişiminin %41.0'ini açıkladığı, postpartum dönemde bulunan kadınların doğum hafızalarının olumsuz olmasının doğumu travmatik olarak algıladıkları belirlendi ve olumsuz doğum hafızasının travma üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu saptandı (Tablo 4.4; $R^2=0.410$). Bu açıdan değerlendirildiğinde; olumsuz doğum hafızasının doğumu travmatik olarak algılamasına neden olması kaçınılmazdır. Alanyazında; postpartum dönemde psikolojik sağlığının korunabilmesi için doğuma ait olumlu anıların kadının zihninde yer etmesi ve doğumunu hatırladığında olumlu duygular hissetmesi gerektiği ifade edilmiştir (144). Bu nedenle doğum anılarını hatırlamanın önemli olduğu ve bu anıların keşfedilmesi gerektiği belirtilmektedir (144).

Araştırmaya katılan kadınların doğum sonu dönemde TSSB yaşadıkları belirlendi (Tablo 4.2.). Literatür incelendiğinde; yapılan bir çalışmada doğum sonrası TSSB yaygınlığının yüksek olduğu görüldü (145). Yine başka bir çalışmada postpartum dönemde olan kadınlarda travma sonrası stres bozukluğu düzeyinin orta düzeyde olduğu saptandı (146). Doğumun kadın hayatında önemli bir dönüm noktası olması nedeniyle çoğu kadın için olumlu bir deneyim olsa da, bazı kadınlar için fiziksel ve psikolojik olarak travmatik etkiye ve anılara neden olabilir (7). Bu açıdan değerlendirildiğinde bulgumuz beklendik bir bulgudur ve literatürle uyumludur. Kadınlarda doğum sonu dönem, postpartum depresyona en fazla yakalanma riski olan bir dönemdir. Postpartum depresyonun görülmesinde birçok neden vardır (129). Doğum sonrasında hormon düzeylerindeki değişiklikler, anksiyete veya depresyon öyküsü, kötü aile ilişkileri ve sosyal destek eksikliği, genetik faktörler, şiddet veya istismar öyküsü, düşük sosyo-ekonomik düzey, eş ile ilişkisinin kötü olması, plansız veya istenmeyen gebelik, beden imgesindeki değişiklikler, gebelik döneminin stresli geçmesi, genç anne yaşı, riskli gebelik, doğum korkusu yaşaması, bebekte sağlık sorunu olması, gebelik komplikasyonları gibi durumlar annede postpartum depresyonu görülmesini artırmıştır

(130, 131). Erdem ve Çelepkolu'nun (2014) 187 kadın ile yapmış oldukları çalışmada postpartum depresyon sıklığını ve ilişkili risk faktörlerini bulmayı amaçlamışlardır. Çalışmada kadınların postpartum sıklığı %28,9'dur ve istenmeyen gebelik, bebeği sadece biberonla besleme, kadının bebeğin uyku düzeninden memnun olmaması, bebek bakımı konusunda aile desteğinin olmaması, evlilik ilişkisinden memnun olmaması ve aile içi şiddet postpartum depresyon oranını artırmada etkili olduğu sonucu bulmuşlardır (132). Doğumla beraber anneye yüklenen sorumluluklara ve annelik rolüne her kadın hazır olmayabilir. Toplumsal olarak doğumdan sonra kadının bebeğine mükemmel bir şekilde bakabileceğine, annelik rolünü kusursuz bir şekilde yerine getirebileceğine dair beklentiler vardır. Kadının annelik sorumluluğunun toplumsal beklentilerle uyuşmaması, postpartum depresyon oluşmasına neden olan kültürel etkenlerden biridir (133). Bhusal ve arkadaşları 2016 yılında Nepal'de yaptığı bir çalışmada postpartum depresyon oranını %17,1; Woolhouse ve arkadaşları 2014 yılında Avustralya'da yaptıkları çalışmada ise postpartum depresyon oranını %16,1; Yusuff ve arkadaşları 2015 yılında Malezya'da yaptığı çalışmada ise postpartum depresyon oranını %14,3 olarak bildirmişlerdir (134-136). Ülkemizde ise postpartum depresyon görülme sıklığı %15,4-51,3 aralığında değişmektedir (137). Türkiye'de postpartum depresyon ile ilgili yapılan çalışmalarda prevalans ise şöyledir; Samsun il merkezinde %23,1, Trabzon'da yapılan 192 çalışmada %28,1, Erzincan'da 197 katılımcı ile yapılan çalışmada ise %51,3, Sivas il merkezinde 750 katılımcıyla yapılan çalışmada ise %28'dir. Pamuk ve Güçlü İzmir'de 302 lohusa ile yapmış oldukları çalışmada postpartum depresyon gelişme riskini %14,6 olarak bulmuşlardır (138). Liu ve arkadaşları (2022) sistematik inceleme ve meta-analiz araştırmalarında kadınların doğum sonu postpartum depresyonun yaygınlığını ve risk faktörlerini araştırmışlardır. Araştırmalarındaki postpartum depresyon yaygınlığını %14,0 bulmuşlar ve Gestasyonel diabetes mellitus (GDM), gebelikte depresyon, kadınların erkek çocuk doğurması, gebelikte depresyon öyküsü, doğum eyleminde epidural anestezi postpartum depresyon için risk faktörleri olarak belirtmişlerdir (139).

Bu araştırmada; doğum hafızası puanları ile olayların etkisi puanlarının obstetrik şiddet puanının %12,5'ini açıkladığı ve olumsuz doğum hafızası ile travmatik algılamamanın obstetrik şiddet üzerinde anlamlı bir yordayıcı olduğu saptandı (Tablo 4.4; $R^2=0.125$). Postpartum dönemde bulunan kadınların doğum hafızalarının olumsuz olmasının ve doğumu travmatik olarak algılamalarının obstetrik şiddet algısını etkilemesi beklendik bir bulgudur. Nitekim doğum eylemi gibi kadınların hassas ve desteğe ihtiyacı olan dönemlerde, o desteği görmemelerine ek olarak kötü muameleyle de karşılaşmaları

obstetrik şiddet algısını ortaya çıkarmaktadır. Çalışma sonuçları kadınların yaşadıkları ağrıya, zorlu doğum pozisyonlarına ilişkin verdiği tepkilere karşılık hakarete, sözlü tacize maruz kaldıklarını göstermektedir (23, 24, 26; 130, 134, 147, 148). Yapılan bir çalışmada kadınlar bağırma, hakarete ve sözlü tacize uğrama, aşağılayıcı kelimelere maruz kalma gibi durumlara sağlık kuruluşunda kaldıkları süre boyunca, sağlık profesyonelleri ile ilk temaslarından, doğum ve doğum sırasında ve taburculuk sırasında gerçekleştiğini bildirmişlerdir (27). Kadınların ilk doğum deneyiminden itibaren bu olumsuzluklara maruz kalması olumsuz bir doğum hafızası oluşturmaya ve travmatik doğum algısı yaşamasına neden olacaktır. Bu nedenle postpartum dönem olumsuz etkilenecektir. Doğum kadının kişisel kontrolünün azaldığı, mahremiyetini koruyamama endişesi yaşadığı, daha çok bilgiye ve ilgiye gereksinim duyduğu özel bir durumdur (30). Bu süreçte olumsuz doğum deneyimine neden olan obstetrik şiddetin farkında olunmalı, sağlık profesyonelleri tarafından kadın haklarının savunulduğu, profesyonel desteğin sunulduğu, olumlu deneyimin oluşturulduğu bir doğum süreci yaratılmalıdır. Riberio ve ark. (2020) ise yaptıkları çalışmada sorunun bir başka boyutuna dikkat çekerek, kadınların doğum sırasında yaşadıkları sözlü ve fiziksel şiddet kaynaklı travmayı hayatları boyunca unutamadıklarını bildirmişlerdir (60). Doğuma ait oluşan olumsuz hafızasında değişmesi zaman alacak ve bu durumda sonraki doğumları etkilemesi kaçınılmaz olacaktır.

Bu araştırma kapsamında postpartum dönemde olan kadınların obstetrik şiddet puanları üzerinde olayların etkisi puanlarının doğum hafızası puanlarından daha yüksek etkiye sahip olduğu; obstetrik şiddet yaşama durumunun olumsuz doğum hafızasına göre travma sonrası stres bozukluğundan daha çok etkilendiği belirlendi. Yapılan bir çalışmada obstetrik şiddet deneyiminin doğum sonrası TSSB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (149). Yakupova ve Suarez tarafından 18-45 yaşları arasındaki 611 anne ile yapılan çalışmada da doğum sonrası TSSB belirtilerinin obstetrik şiddet yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (150). Bu açıdan değerlendirildiğinde bulgumuz beklendik bir bulgudur ve literatürle uyumludur. Souza ve diğerleri (2017) tarafından yürütülen çalışmada, obstetrik bakım sürecinde maruz kalan şiddet ile postpartum depresyon arasında ilişki bulunduğu belirtilmiştir (144). Benzer şekilde, başka bir araştırmada psikolojik veya sözel obstetrik şiddete maruz kalan kadınlarda postpartum depresyon gelişme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (59). Leite ve diğerleri (2020) doğum sırasında kadınlara yönelik saygısızlık ve istismarın vajinal doğum ve sezaryen fark etmeksizin postpartum depresyon gelişimi için risk faktörü

olduğunu belirtmişlerdir (145). Paiz ve diğçerleri tarafından yapılan çalışmada ise postpartum depresyon belirtilerinin görölme prevalansının doğum sürecinde kötü muameleye maruz kalan kadınlarda daha yüksek düzeyde olduğı saptanmıştır (146).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların obstetrik şiddet algısının doğum hafızası ve travma sonrası stres bozukluğu arasındaki ilişkinin ilişkisel tarama modeli ile incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada;

- Kadınların düşük düzeyde obstetrik şiddet algısı ile doğum hafızasına ve olası travma sonrası stres bozukluğuna sahip olduğu,
- Doğum hafızası ve hatırlama puanlarının olayların etkisi puanları ve obstetrik şiddet puanları üzerinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu,
- Olayların etkisi puanları obstetrik şiddet puanları üzerinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu,
- Obstetrik şiddet puanları üzerinde olayların etkisi puanlarının doğum hafızası puanlarından daha yüksek etkiye sahip olduğu,
- Doğum hafızası puanları olayların etkisi puanlarının değişiminin %41.0'ini açıkladığı,
- Doğum hafızası puanları ve olayların etkisi puanları Obstetrik şiddette değişim puanlarının %12.5'ini açıkladığı,
- Doğum hafızası ve hatırlama puanlarının olayların etkisi puanları aracılığı ile obstetrik şiddet puanları üzerindeki dolaylı etkisi istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte obstetrik şiddet yaşamayı önlenmeli, olası travma sonrası stres bozukluğunun önüne geçilmesi,
- ✓ Kadınların doğuma ait olumlu anılarının bellekte kalmasının sağlanması,
- ✓ Kadınların psikososyal açıdan kapsamlı biçimde değerlendirilmesi, ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu doğrultuda uygun müdahale yaklaşımlarının benimsenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlere uyumlarının desteklenmesi,
- ✓ Ebeler tarafından travma sonrası stres bozukluğu düzeylerinin azaltmaya yönelik destek stratejileri ve başatme yöntemlerinin geliştirilmesi, bireye özgü danışmanlık sağlanması,

- ✓ Lisans eğitiminden başlayarak ebelerin obstetrik şiddet algısı, doğum hafızası ve travma sonrası stres bozukluğu konularında farkındalık ve yetkinliklerinin artırılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Khosla R, Zampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M. & Erdman JN. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health Hum Rights*. 2016; 18: 131-43.
2. World Health Organization (WHO). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1. Son Erişim Tarihi: 1 Temmuz 2024
3. Garcia LM. A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nurs Forum*. 2020; 55(4): 654-63.
4. Brandão T, Cañadas S, Galvis A, Ríos MM, Meijer M, Falcon K. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito. *Int J Gynecol Obstet*. 2018; 143: 84-8.
5. Kilci Ş, Bozkurt ÖD, Saruhan A. Bir Kadın Hakkı İhlali: Obstetrik Şiddet. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2020; 29(2), 122-8.
6. Zaami S, Stark M, Beck R, Malvasi A, Marinelli E. Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 2019; 23(5), 1847-54.
7. Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; (4), CD007194.
8. Esencan TY, Ata B, Yılmaz R. Doğum Sonrası Kanamanın Önlenmesi ve Yönetiminde Ebeler. İçinde: Dinç A. (editör). *Sağlık & Bilim 2022: Ebelik-III*, 1.Baskı. İstanbul, Efe Akademi Yayınları, 2022: 77-89.
9. Goaz Melet S, Feldman N, Padoa A. Obstetric Violence - Since When And Where To: Implications And Preventive Strategies. *Harefuah*. 2022; 161(9): 556-61.
10. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*. 2013; 21(21), 591-643.
11. Aker T, Önen PP. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2006; 2(12), 52-63.

12. Abbasi S, Sadiq SS, Naz S, Khalid S, Bukhari A. Women's Experience with Obstetric Violence during Hospital Birth. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 2022; 16(03), 506-8.
13. Niño Cáceres L. Giving birth on my own terms: using systems thinking and user-centered design to empower women and improve childbirth experience. <http://hdl.handle.net/1992/54571> Son Erişim Tarihi: 2 Temmuz 2024
14. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, Clausen J A. Moving Beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence. *Reproductive Health Matters*. 2016; 24(47), 47-55.
15. Chadwick R. The Dangers Of Minimizing Obstetric Violence. *Violence Against Women*. 2023; 29(9), 1899-1908.
16. WHO Recommendations for Augmentation of Labour. Geneva: World Health Organization; 2014. Executive summary. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258881/> Erişim Tarihi:05.01.2023.
17. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence In Spain (Part II): Interventionism And Medicalization During Birth. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2021; 18(1), 199.
18. Simonovic, D., & Secretary-General, U. N. (2019). A Human Rights-Based Approach To Mistreatment And Violence Against Women In Reproductive Health Services With A Focus On Childbirth And Obstetric Violence: Note/by the Secretary-General. <https://digitallibrary.un.org/record/3823698>
19. Mena-Tudela D, Roman P, González-Chordá VM, Rodriguez-Arrastia M, Gutiérrez-Cascajares L, Roperio-Padilla C. Experiences With Obstetric Violence Among Healthcare Professionals and Students In Spain: A Constructivist Grounded Theory Study. *Women and Birth*. 2023; 36(2), e219-e226.
20. Chadwick R J. Guest Editorial: Obstetric violence in South Africa. *South African Medical Journal*. 2016; 106(5), 423-4.
21. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators And Barriers To Facility-Based Delivery In Low-And Middle-Income Countries: A Qualitative Evidence Synthesis. *Reproductive health*. 2014; 11(1), 71.

22. Kaya Z, Şahin NH. Kadınların obstetrik şiddet deneyimleri: sistematik derleme. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 14(3), 509-19.
23. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya S, Ponce de León R, Damaso AH, Domingues MR, da Silveira MF. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive health*. 2018; 15(1), 54.
24. Mihret MS. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC research notes*. 2019; 12(1), 600.
25. Ravaldi C, Levi M, Angeli E, Romeo G, Biffino M, Bonaiuti R, Vannacci A. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?. *Midwifery*. 2018; 64, 53-59.
26. Bhattacharya S, Sundari Ravindran TK. Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018; 18(1), 338.
27. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research And Public Health*. 2020; 17(21), 7726.
28. Bohren MA, Mehrdash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, ... & Tunçalp Ö. How Women Are Treated During Facility-Based Childbirth in Four Countries: A Cross-Sectional Study With Labour Observations and Community-Based Surveys. *The Lancet*. 2019; 394(10210), 1750-63.
29. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(21), 7726
30. Khalil M, Carasso KB, Kabakian-Khasholian T. Exposing obstetric violence in the eastern Mediterranean region: a review of Women's narratives of disrespect and abuse in childbirth. *Frontiers in Global Women's Health*. 2022; 3, 850796.
31. Brandão T, Cañadas S, Galvis A, de Los Ríos MM, Meijer M, Falcon K. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018; 143(1), 84-8.

32. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-traction project, Harvard school of public health. 2010; 3.
33. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, ... & Gülmezoglu AM. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*. 2015; 12(6), e1001847.
34. Center for Reproductive Rights & Federation of Women Lawyers--Kenya (FIDA). Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities, United States. 2007
35. Dinusha Chamanie P, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti J. 'When helpers hurt': Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health care institutions, Colombo district, Sri Lanka. 2018.
36. Santiago RV, Monreal LA, Rojas Carmona A, Domínguez MS. "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018; 18(1), 244.
37. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, ... & Declercq E. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive health*. 2019; 16(1), 77.
38. Hameed W, Avan BI. Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home-and facility-based births in Pakistan. *PloS one*. 2018; 13(3), e0194601.
39. Lappeman M, Swartz L. Rethinking obstetric violence and the "neglect of neglect": the silence of a labour ward milieu in a South African district hospital. *BMC international health and human rights*. 2019; 19(1), 30.
40. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, ... & Gülmezoglu AM. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), 2015; e1001847.
41. De Lopez JM. When the scars begin to heal: narratives of obstetric violence in Chiapas, Mexico. *International Journal of Health Governance*. 2018; 23(1), 60-9.
42. Tamés R. Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos. GIRE. 2015.

43. Şimşek H. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011; 25(2), 119-126.
44. De Lopez JM. When the scars begin to heal: narratives of obstetric violence in Chiapas, Mexico. *International Journal of Health Governance* 2018;23(1):60-9.
45. Ribeiro D D O, Gomes GC, Oliveira AMND, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista gaucha de enfermagem*. 2020; 41, e20190419.
46. Shabot SC, Korem K. Domesticating bodies: the role of shame in obstetric violence. *Hypatia*. 2018; 33(3), 384-401.
47. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric Violence a Qualitative Interview Study. *Midwifery*. 2022; 105, 103212.
48. Shabot SC. We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies*. 2021; 28(2), 213-228.
49. Heys S, Downe S, Thomson G. 'I know my place'; a meta-ethnographic synthesis of disadvantaged and vulnerable women's negative experiences of maternity care in high-income countries. *Midwifery*. 2021; 103, 103123.
50. de Viana de Almeida J, Mendes de Oliveira E, da Silva Medeiros A, Machado Lima Carvalho MS. Perception of Puerperal Women in A Maternal and Children's Hospital About Obstetric Violence in The State of Roraima. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. 2022; 14(1).
51. Bohren MA, Titiloye MA, Kyaddondo D, Hunter E C, Oladapo OT, Tunçalp Ö, ... Mugerwa K. Defining quality of care during childbirth from the perspectives of Nigerian and Ugandan women: A qualitative study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2027; 139, 4-16.
52. Salgado M, Wendland M, Rodriguez D, Bohren MA, Oladapo OT, Ojelade OA, Fawole B. Using a service design model to develop the "Passport to Safer Birth" in Nigeria and Uganda. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2017; 139, 56-66.
53. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*. 2014; 384(9948), e42-e44.

54. Leal SYP, Lima VDA, Silva AD, Soares PDFL, Santana LR, Pereira A. Perception of nurse midwives on obstetric violence. *Cogitare enferm. Rev.* 2018; 23(2).
55. Byrne V, Egan J, Mac Neela P, Sarma K. What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery.* 2017; 51, 1-11.
56. Aydın N, Yıldız H. Effects of traumatic birth experience and transmission intergenerational. *J Hum Sci.* 2018; 15(1), 604-18.
57. De S, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med.* 2016; 375, 2177-86.
58. Maeda Y, Ogawa K, Morisaki N, Tachibana Y, Horikawa R, Sago H. Association between perinatal anemia and postpartum depression: A prospective cohort study of Japanese women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2020; 148(1), 48-52.
59. Van der Waal R, Mayra K, Horn A, Chadwick R. Obstetric violence: an intersectional refraction through abolition feminism. *Feminist Anthropology.* 2023; 4(1), 91-114.
60. Ribeiro DDO, Gomes GC, Oliveira AMND, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista gaucha de enfermagem.* 2020; 41, e20190419.
61. Harris R, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum ‘hotspots’. *Psychology & health.* 2012; 27(10), 1166-77.
62. do Carmo Leal M, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, da Gama SGN. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de saude publica.* 2014; 30(13).
63. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D, Quirós-García JM, Martínez-Galiano JM, Gómez-Salgado J. Women’s perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *International journal of environmental research and public health.* 2019; 16(9), 1654.
64. Constantino B, Silva JCD, Michels MDS, Mastroeni MF. Symptoms of maternal depression and anxiety and their effect on the child's weight status four years after delivery. *Early Child Development and Care.* 2021; 191(11), 1792-1801.
65. Fritel, X., Gachon, B., Saurel-Cubizolles, M. J., EDEN Mother–Child Cohort Study Group, Annesi-Maesano, I., Bernard, J. Y., ... & Thiebaugeorges, O.

- (2020). Postpartum psychological distress associated with anal incontinence in the EDEN mother–child cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(5), 619-627.
66. Rejnö G, Lundholm C, Öberg S, Lichtenstein P, Larsson H, D’Onofrio B, Almqvist C. Maternal anxiety, depression and asthma and adverse pregnancy outcomes—a population based study. *Scientific reports*. 2019; 9(1), 13101.
 67. Silva CS, Lima MC, Sequeira-de-Andrade LA, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima N, Lira PI. Associação entre a depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos três primeiros meses de vida ☆,☆☆. *Jornal de Pediatria*. 2017; 93, 356-64.
 68. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health*. 2019; 15, 1745506519844044.
 69. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *New England Journal of Medicine*. 2016; 375(22), 2177-86.
 70. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*. 2022; 108, 103297.
 71. Van der Waal R, Van Nistelrooij I. Reimagining relationality for reproductive care: Understanding obstetric violence as “separation”. *Nursing ethics*. 2022; 29(5), 1186-97.
 72. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, Clausen J A. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*. 2016; 24(47), 47-55.
 73. Olza-Fernandez I, Ruiz-Berdun D. Midwives experiences regarding obstetric violence. *Arch Women’s Mental Health*. 2015; 18(2), 322.
 74. Brown J. *Birth strike: The hidden fight over women’s work*. PM Press. 2019.
 75. Santiago RV, Monreal LA, Rojas Carmona A, Domínguez MS. “If we’re here, it’s only because we have no money...” discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC pregnancy and childbirth*. 2018; 18(1), 244.
 76. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, Bidens Study Group. Prevalence of experienced abuse in healthcare and

- associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2015; 94(5), 508-17.
77. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2018; 26, e3069.
 78. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS medicine*. 2015; 12(6), e1001849.
 79. Kilci Ş, Bozkurt ÖD, Saruhan A. Bir kadın hakkı ihlali: obstetrik şiddet. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2020; 29(2), 122-8.
 80. Khosla R, Zampas C, Voge JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health and human rights*. 2016; 18(2), 131.
 81. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-traction project, Harvard school of public health, 3. 2010.
 82. Kujawski S, Mbaruku G, Freedman LP, Ramsey K, Moyo W, Kruk ME. Association between disrespect and abuse during childbirth and women's confidence in health facilities in Tanzania. *Maternal and child health journal*. 2015; 19(10), 2243-50.
 83. Patel P, Makadia K, Kedia G. Study to assess the extent of disrespect and abuse in facility based child birth among women residing in urban slum area of Ahmedabad. *Age*. 2015; 20(120), 40.
 84. Peca E, Sandberg J. Modeling the relationship between women's perceptions and future intention to use institutional maternity care in the Western Highlands of Guatemala. *Reproductive health*. 2018; 15(1), 9.
 85. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, Bidens Study Group. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2015; 94(5), 508-17.
 86. Schroll AM, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2013; 13(1), 74.
 87. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, De Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, Coll CV. The association between disrespect and abuse of

- women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of affective disorders*. 2019; 256, 441-7.
88. Karaçam Z, Eroğlu K. Hemşirelik ve ebelik: Görev, yetki ve sorumluluklardaki benzerlik ve farklılıklar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2019; 9(2), 211-27.
89. <https://www.thoughtco.com/what-is-communication-1689877> Son Erişim Tarihi 18 Mart 2024.
90. Srisawad K. Role of Midwife in Preconception Care. *Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences*. 2017; 37(4), 157-165.
91. The International Confederation of Midwives. ICM Definitions. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html> Son Erişim Tarihi 29 Nisan 2024.
92. Arslan Özkan H, Bilgin Z. Kanıta dayalı gebelik ve doğum yönetimi. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri. 2019.
93. American Academy Of Family Physicians. Preconception care (position paper) <https://www.aafp.org/About/Policies/All/Preconception-Care.html> Son Erişim Tarihi 26 Nisan 2024.
94. Karataş M, Gölbaşı Z. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık riskleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2021; 11(2), 151-8.
95. Lansky S, Souza KVD, Peixoto ERDM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, Friche AADL. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciencia & saude coletiva*. 2019; 24, 281124.
96. World Health Organization. (2018). WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.
97. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>. Tarihi 27 Nisan 2024.
98. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prepregnancy Counseling. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/prepregnancy-counseling> Son Erişim Tarihi 5 Mart 2024.
99. American College of Obstetricians and Gynecology. Perinatal Care. <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/->

/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx Son Erişim Tarihi 28 Mart 2024.

100. Kızılkaya NB. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitap Evleri, 2015:7-349.
101. Larkin P, Begley CM, Devane D. 'Not enough people to look after you': an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*. 2012; 28(1), 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.007>
102. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, Nieuwenhuijze MJ. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open*. 2018; 8(10), e020347.
103. Eggermont K, Beeckman D, Van Hecke A, Delbaere I, Verhaeghe S. Needs of fathers during labour and childbirth: A cross-sectional study. *Women and Birth*. 2017; 30(4), e188-e197.
104. Power C, Williams C, Brown A. Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers. *Midwifery*. 2019; 78, 131-9.
105. Foley S, Crawley R, Wilkie S, Ayers S. The birth memories and recall questionnaire (BirthMARQ): development and evaluation. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014; 14(1), 211.
106. Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg, K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*. 2015. (4).
107. National Institute for Clinical Excellence. (2014). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance (Clinical Guideline CG192). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
108. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Erişim tarihi: 02.03.2025. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

109. Aannestad M, Herstad M, Severinsson E. A meta-ethnographic synthesis of qualitative research on women's experience of midwifery care. *Nursing & health sciences*. 2020; 22(2), 171-183.
110. Beecher C, Devane D, White M, Greene R, Dowling M. Women's experiences of their maternity care: A principle-based concept analysis. *Women and Birth*. 2020; 33(5), 419-25.
111. Bringedal H, Aune I. Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*. 2019; 77, 123-9.
112. Coates D, Thirukumar P, Spear V, Brown G, Henry A. What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. *Women and Birth*. 2020; 33(4), 323-33.
113. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015; 15(1), 251.
114. Rönnerhag M, Severinsson E, Haruna M, Berggren I. Qualitative study of women's experiences of safe childbirth in maternity care. *Nursing & health sciences*. 2018; 20(3), 331-7.
115. Striebich S, Ayerle GM. Fear of childbirth (FOC): pregnant women's perceptions towards the impending hospital birth and coping resources—a reconstructive study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2020; 41(3), 231-9.
116. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, Sparud-Lundin C. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*. 2019; 32(2), 99-111
117. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M, Bidens Study Group. Factors related to a negative birth experience—a mixed methods study. *Midwifery*. 2017; 51, 33-9.
118. Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019; 19(1), 96.
119. Zhang K, Dai L, Wu M, Zeng T, Yuan M, Chen Y. Women's experience of psychological birth trauma in China: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020; 20(1), 651.

120. Sheen K, Slade P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*. 2018; 27(13-14), 2523-35.
121. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*. 2018; 51, 24-32.
122. Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of anxiety disorders*. 2016; 44, 80-91.
123. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020; 33(22), 3867-72.
124. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D, Quirós-García JM, Martínez-Galiano JM, Gómez-Salgado J. Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(9), 1654.
125. İnceoğlu F. "Doğrulayıcı Faktör Analizinde Yarışan Modeller ve Klinik Bir Uygulaması", İnönü Üniversitesi Doktora Tezi. 2018; 10:32.
126. Koca M, Deniz S, İnceoğlu F, Kılıç A. The effects of workload excess on quality of Work Life in Third-Level Healthcare workers: a structural equation modeling perspective. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 6, p. 651). MDPI. (2024, March).
127. Doğan A. Kadınların doğumda algıladıkları obstetrik şiddet ile postpartum depresyon düzeyleri arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). Tarsus: Tarsus Üniversitesi; 2025.
128. Bozkurt Çakal E.Y. Vajinal yolla doğum yapan kadınlarda obstetrik şiddet ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Tokat: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi; 2025.
129. Alkan K. Lohusalarda obstetrik şiddet ile postpartum depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2025.
130. Uğur E. Obstetrik şiddet ile doğum sonu depresyon ve post-travmatik stres bozukluğu arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi; 2024.

131. Karagöz Ş.Z. Vajinal doğum yapan kadınlarda obstetrik şiddet algısı ile doğum travmasının değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2025.
132. Tayse Ribeiro de Oliveira. Women's perception on obstetric violence. 2017.
133. Deise de Oliveira Ribeiro. Obstetric violence in the perception of multiparous women. 2020
134. Ulaşlı Kaban H. Şiddet mi, müdahale mi? Türkiye'de kadınların doğum sırasında algıladıkları obstetrik şiddet göstergeleri (Sağlık ve Yaşam Dergisi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa; 2025.
135. Zhu Y. Cross-cultural validation of the birth memories and recall questionnaire: a cross-sectional study among Chinese postpartum women (). 2025.
136. Çakmak H. Annelerde doğum hafızasının postpartum depresyon üzerine etkisi Kastamonu ili örneği (Araştırma Makalesi). Unika Sağlık Bilimleri Derneği; 2025.
137. Yılmaz NNK. The relationship of the traumatic birth perception of women with birth memories and recall (Makale), 2024.
138. Altuntuğ K. Relationship between birth memories and recall and perception of traumatic birth in women in the postpartum one-year period and affecting factors, 2024.
139. Tolan Aydın E. Travmatik doğum algısı, doğum müdahaleleri ve doğum memnuniyetinin doğum hafızasına etkisi (Yüksek Lisans tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi; 2024.
140. Bay Özçalık H. Erken Postpartum Dönemdeki Annelerin Doğum Hafızası ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerinin Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Araştırma (Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi). Konya: Selçuk Üniversitesi; 2024.
141. Sarısoy S. Evaluation of the relationship between birth memory and postpartum depression in women (Journal of Health Sciences Institute). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2023.
142. Tunalı N.Ş. Erken Postpartum Dönemde Doğum Hafızası ve Hatırlamanın Emzirme Başarısı ile İlişkisi: Tanımlayıcı Araştırma. (Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi). Konya: Erbakan üniversitesi, 2025

143. Crawley, R., Wilkie, S., Gamble, J., Creedy, D. K., Fenwick, J., Cockburn, N., & Ayers, S. (2018). Characteristics of memories for traumatic and nontraumatic birth. *Applied Cognitive Psychology*, 32(5), 584-591.
144. Döner Ş. İ. Travmatik doğum algısına neden olan faktörlerin incelenmesi. Araştırma Makalesi. Gümüşhane: Gümüşhane Üniversite Sağlık Bilimleri Dergisi.
145. Yönel E. Modifiye perinatal travma sonrası stres bozukluğu ölçeği türkçe geçerlik ve güvenilirliği ile postpartum travma sonrası stres bozukluğu etyolojisi ve yaygınlığı (TIP Fakültesi, Uzmanlık Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2015.
146. Ahmed Z. M. A. Investigation of the prevalence of post-traumatic stress disorder in individuals with diagnosed covid-19. (Yüksek Lisans Tezi). Çankırı: Çankırı Karatekin Üniversitesi; 2023
147. Castro R, Frías SM. Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. *Violence against women*. 2020; 26(6-7), 555-72.
148. Avcı N, Kaydırak MM. A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey. *Midwifery*. 2023; 121, 103658.
149. Martinez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM. Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: a cross-sectional study. *Journal of personalized medicine*. 2021; 11(5), 338.
150. Yakupova V, Suarez A. Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery*. 2022; 112, 103385.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Karar Formu



EK-3. Kişisel Tanıtım Formu

Sevgili Katılımcı,

Araştırmanın güvenilirliği ve sonuçların doğruluğu açısından sorulan eksiksiz ve doğru cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Cevaplardan elde edilen veriler, ilgili araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli yerel etik kurul izni alınmıştır. Çalışmamıza sunacağınız katkılar için teşekkür ederiz.

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) okuryazar b) ilkokul c) ortaokul d) lise e) üniversite ve üzeri

3. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum/Ev hanımıyım

4. Eşiniz kaç yaşında?

5. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) okur yazar b) ilkokul c) ortaokul d) lise e) üniversite ve üzeri

6. Eşiniz herhangi bir işte çalışıyor mu?

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

7. Gelir durumunuz nasıldır?

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

8. Şu anda yaşadığınız yer neresidir?

a) Köy b) İlçe c) İl

9. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

10. Toplam gebelik sayısı:

11. Toplam doğum sayısı:

12. Bu doğum ile önceki doğumunuz arasındaki süre ne kadar?

a) 24 aydan az b) 24 aydan üzeri c) İlk doğumum.

13. Bu gebeliğin istenme/planlanma durumu nedir?

a) Evet b) Hayır

14. Doğum öncesi dönemde doğum ile ilgili bilgi alma durumu

a) Bilgi almadım. b) Ebeden bilgi aldım. c) Doktordan bilgi aldım. d) İnternette araştırdım. e) Kitap okudum. f) Aile-Çevreye sordum.

EK-4. Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği

OŞAÖ 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 şikâyet 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 emzirmeniz engellendi mi?		

EK-5. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği

	DUYGUSAL HAFIZA	Kesinlikle katılmıyorum						Kesinlikle katılıyorum
1	Doğum anındaki duygularım son derece olumluydu.	1	2	3	4	5	6	7
2	Doğum anındaki duygularım son derece olumsuzdu.	1	2	3	4	5	6	7
3	Doğumu hatırladığımda, duygularım son derece olumludur.	1	2	3	4	5	6	7
	AMBİVALAN DUYGUSAL HAFIZA							
4	Doğum anında olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşadım.	1	2	3	4	5	6	7
5	Doğumu hatırladığımda olumlu ve olumsuz, karışık duygular yaşadım.	1	2	3	4	5	6	7
	HAFIZANIN MERKEZLİLİĞİ							
6	Doğum deneyimi, yaşamındaki diğer deneyimlerden etkilenmiştir.	1	2	3	4	5	6	7
7	Doğum deneyimi kendimi ve dünyayı anlamamda odak noktası olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7
8	Doğum deneyimi yaşamında bir dönüm noktası olmuştur.	1	2	3	4	5	6	7
9	Doğum deneyiminin geleceğim üzerindeki etkileri hakkında sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
	TUTARLILIK VE TEKRAR YAŞAMA							
10	Doğumu anını içerisinde büyük eksiklikler olmayan, mantıklı ve tutarlı bir olay olarak hatırlarım.	1	2	3	4	5	6	7
11	Doğum anını bazı kısımları eksik olarak, parçalar halinde hatırlarım.	1	2	3	4	5	6	7
12	Doğumu hatırladığımda, doğum anında göedüklerimi tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
13	Doğumu hatırladığımda, doğum anında vücudumda hissettiklerimi tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
14	Doğumu hatırladığımda, doğumu geçmişte olmuş gibi değil de sanki doğum şu an oluyormuş gibi hissedip, tekrar yaşarım.	1	2	3	4	5	6	7
15	Doğumu hatırladığımda, doğum anında duyduğum sesleri tekrar duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
	DUYUSAL HAFIZA							
16	Doğumu düşündüğümde, korkuları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
17	Doğumu düşündüğümde, tatları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
18	Doğumu düşündüğümde, sesleri hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
19	Doğumu düşündüğümde, dokunuşları hatırlayabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
	İSTEMSİZ HATIRLAMA							
20	Doğum anı (ya da doğum anındaki olayların bir kısmı) ben düşünmesem bile kendiliğinden aklıma gelir.	1	2	3	4	5	6	7
21	Günlük yaşamımda gerçekleşen olaylar beklenmedik bir şekilde doğum anımı (ya da doğum anındaki olayların bir kısmını) hatırlatır.	1	2	3	4	5	6	7

EK-6. Olayların Etkisi Ölçeği

	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok fazla
1. Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor					
2. Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor					
3. Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor					
4. Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum					
5. Olayı düşündüğümde, olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına canımın sıkılmasına izin vermiyorum					
6. İstemediğim halde olay aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum					
7. Sanki olayı yaşamamışım, olmamış ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum					
8. Olayı hatırlatan durum, yer ve koşullardan uzak duruyorum, kaçınıyorum					
9. Olayla ilgili görüntüler fotoğraf gibi, film gibi gözümün önünde canlanıyor					
10. Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartılı tepkiler veriyorum					
11. Olayı düşünmemeye çalışıyorum					
12. Olayla ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunların üzerinde durmuyorum ve çözmeye çalışmıyorum					
13. Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum. Kendimi hissizleşmiş ve donuklaşmış gibi algılıyorum					
14. Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum					
15. Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum					
16. Olayla ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki, sanki dalga dalga üzerime geliyorlar					
17. Olayı hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum					
18. Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum					
19. Olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum					
20. Olayla ilgili rüyalar görüyorum					
21. Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum					
22. Olay hakkında konuşmamaya çalışıyorum					

EK-7. Fırat Üniversitesi Araştırma Hastanesi Kurum İzin Yazısı



EK-8. Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği (OŞAÖ) Kullanım İzin Yazısı



EK-9. Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği (DHHÖ) Kullanım İzin Yazısı



EK-10. Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) Kullanım İzin Yazısı



EK-11. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu araştırmada kadınların obstetrik şiddet algısının doğum hafızası ve travma sonrası stres bozukluğu ile arasındaki ilişkinin ilişkisel tarama modeli ile incelenmesi değerlendirilecektir.

Araştırma için Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınacaktır. Araştırmada size tanıtıcı bilgilerinin yer aldığı “Kişisel Tanıtım Formu” uygulanacak olup, veriler “Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği”, “Doğum Hafızası ve Hatırlama Ölçeği”, “Olayların Etkisi Ölçeği” aracılığı ile elde edilecektir. Aynı zamanda hazırlanan eğitimin programı sunulacaktır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz formlarda yer alan tüm soruları cevaplamanız gerekmektedir. Bu görüşme, ortalama 40 dk. sürecektir. Araştırmaya katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

İlginiz ve katkınız için teşekkür ederim.

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtları aldım.

Adı Soyadı:.....

..../..../20...