



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**VAJİNAL YOLLA DOĞUM YAPAN KADINLARDA OBSTETRİK
ŞİDDET İLE ANNE-BEBEK BAĞLANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ezgi Yaren BOZKURT ÇAKAL

Danışman: Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN

TOKAT- 2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN danışmanlığında hazırlamış olduğum “Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınlarda Obstetrik Şiddet ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

.../.../...

Ezgi Yaren BOZKURT ÇAKAL

İmza

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Ezgi Yaren BOZKURT ÇAKAL tarafından hazırlanan “**Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınlarda Obstetrik Şiddet ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 26/03/2025 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı- Soyadı)

İmzası

Üye (Başkan): Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Safiye TEMEL

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye EROĞLU

.....

ONAY

...../...../.....

Doç. Dr. Ercan ÇAÇAN

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Kadınlara yalnızca okuma hakkı değil; aydınlık bir gelecek, umut dolu bir yarın armağan ettiği için ulu Önder Mustafa Kemal ATATÜRK'e

Lisans ve yüksek lisans eğitim sürecim boyunca her zaman yanımda olan desteklerini esirgemeyen, bana yol gösteren çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN'a

Hayatım boyunca yanımda olan, her adımda desteklerini hissettiğim, sevgi ve fedakarlıklarıyla her zorluğu aşmamı sağlayan, bana hep güven veren babam Ertuğrul BOZKURT'a, annem Kadriye BOZKURT'a, ablam Fatıma BOZKURT ŞAKAR'a, benimle her an beraber yürüyen elini hiç üzerimden çekmeyen canım ablam Zeliha BOZKURT'a, canım kardeşim Mustafa BOZKURT'A

Beraber başladığımız bu serüvende hep yanımda olan hem fikirleri hem de sabrıyla beni motive eden canım dostum Saadet Hilal OĞUZ'a

Yolumda yürümem için hep elimi tutan, kahrımı, nazımı çeken, yapamıyorum dediğimde beni kaldıran, yapamadığım ne varsa yaparak ilerlemememi sağlayan yol arkadaşım, sevgili eşim Ali ÇAKAL'a

Ve bu yolda azimle yürüyebildiğim, hedeflerime ulaşabildiğim, yolumdan vazgeçmediğim için kendime sonsuz teşekkürlerimi borç bilirim, iyi ki bu yolculuğumda yanımdasınız.

İTHAF

“TÜM KADINLARA...”



ÖZET

VAJİNAL YOLLA DOĞUM YAPAN KADINLARDA OBSTETRİK ŞİDDET İLE ANNE-BEBEK BAĞLANMASI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Bozkurt Çakal, Ezgi Yaren

Yüksek Lisans, Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Özgür Alparslan

Nisan 2025, xii +100 sayfa

Amaç: Araştırmada vajinal doğum yapan kadınlarda obstetrik şiddet ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel ilişki arayıcı tipte tasarlanan bu araştırma, Ekim 2024-Ocak 2025 tarihleri arasında Tokat il merkezindeki gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya, postpartum ilk 40 gün içerisinde canlı vajinal doğum yapmış ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar dâhil edilmiştir. 95 güven aralığında ve %5 örnekleme hatası ile hesaplanan örneklem büyüklüğü 264 olarak belirlenmiş ve çalışmaya 267 kadın katılmıştır. Veriler, katılımcılara uygulanan “Tanıtıcı Bilgiler Veri Formu”, “Obstetrik Şiddet Ölçeği (OŞÖ)” ve “Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)” ile çevrimiçi toplanmıştır. Bilimler Araştırmaları Etik Kurul izni alınmıştır. Toplanan veriler bilgisayarda değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmamıza katılan kadınların Obstetrik Şiddet Ölçeği puan ortalaması 18.78 ± 14.98 , Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği toplam puan ortalamaları 1.95 ± 2.43 olarak bulunmuştur. Obstetrik şiddet düzeyindeki artışın, anne-bebek bağlanmasının zayıflaması ile ilişkili olduğu, şiddete maruz kalan kadınların daha düşük bağlanma düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Obstetrik şiddet ile anne-bebek bağlanması arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmış ($r=0.283$, $p<0.01$), regresyon analizine göre obstetrik şiddetin bağlanma üzerinde anlamlı ve pozitif yönde etkili olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0.046$, $p<0.001$). Obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanması üzerindeki toplam etkisinin %7.7 olduğu belirlenmiştir ($R^2 = 0.077$). Obstetrik şiddetin alt boyutları incelendiğinde, yalnızca “etkin olmayan iletişim” boyutunun anlamlı bir yordayıcı olduğu ($R^2 = 0.123$, $p = 0.008$), toplam varyansın %12.3’ünü açıkladığı görülmüştür ($R^2 = 0.123$). Doğum öncesi lavman uygulanan kadınların, uygulanmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanına sahip olduğu, doğum sürecinde sağlık profesyonellerinden iyi destek alan kadınların, kötü destek alanlara kıyasla anlamlı derecede daha düşük obstetrik şiddet puanına sahip olduğu, bebeğini doğumdan hemen sonra emziren kadınların obstetrik şiddet puanları daha düşük bulunurken, emzirme süresi geciken

veya emzirmeyen kadınlarda obstetrik şiddet puanları daha yüksek çıkarken sağlık çalışanlarından şiddet algısı, anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilemiştir. Kadınların mesleki durumları, gebelik sayısı, doğum sonrası hissedilen duygular, doğum süreci boyunca maruz kaldığı uygulamalar ve ten teması gibi sosyodemografik ve obstetrik birçok faktörün etkili olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmamızda obstetrik şiddet ve anne-bebek bağlanmasını etkileyen çeşitli demografik ve obstetrik faktörler incelenmiş olup çalışma sonuçlarımız obstetrik şiddet arttıkça anne-bebek bağlanmasının azaldığını göstermektedir. Bağlanma sürecini sekteye uğratan önemli bir faktör olan obstetrik şiddet maruziyetinin ortadan kaldırılması için ebeler tarafından farkındalık oluşturulup, annelere pozitif bir doğum deneyimi sağlayarak, sağlıklı anne-bebek bağının oluşumunu desteklemek gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obstetrik Şiddet, Anne, Yenidoğan, Anne-Bebek Bağlanması, Vajinal Doğum

ABSTRACT
DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN OBSTETRIC
VIOLENCE AND MOTHER-INFANT BONDING IN WOMEN WHO GAVE BIRTH
VAGINALLY

Bozkurt Çakal, Ezgi Yaren

Master's Thesis, Department of Midwifery

Thesis Advisor: Prof. Dr. Özgür Alparslan

April 2025, xiii + 100 pages

Objective: This study aimed to determine the relationship between obstetric violence and mother-infant bonding among women who had vaginal deliveries.

Materials and Methods: Designed as a descriptive, cross-sectional, and correlational study, the research was conducted in the city center of Tokat between October 2024 and January 2025. The study included women who had a live vaginal birth within the first 40 days postpartum and voluntarily agreed to participate. With a 95% confidence interval and 5% margin of error, the sample size was calculated as 264, and 267 women were included in the study. The data were collected online with the “Descriptive Information Data Form”, “Obstetric Severity Scale (OSS)” and “Mother-Infant Attachment Scale (MIAS)”. The permission of the Ethics Committee for Research in Sciences was obtained. The data collected were evaluated on the computer.

Results: The mean Obstetric Violence Scale score of the participants was 18.78 ± 14.98 , and the mean Mother-Infant Bonding Scale score was 1.95 ± 2.43 . An increase in obstetric violence was found to be associated with weaker mother-infant bonding; women exposed to higher levels of violence had lower bonding scores. A positive and significant correlation was identified between obstetric violence and mother-infant bonding ($r=0.283$, $p<0.01$), and regression analysis revealed that obstetric violence had a significant and positive effect on bonding ($\beta=0.046$, $p<0.001$). Obstetric violence explained 7.7% of the variance in mother-infant bonding ($R^2=0.077$). Among the subdimensions of obstetric violence, only “ineffective communication” was found to be a significant predictor ($R^2=0.123$, $p=0.008$), accounting for 12.3% of the total variance ($R^2=0.123$). Women who received an enema before birth had significantly higher obstetric violence scores compared to those who did not receive it, women who received good support from health professionals during the birth process had significantly lower obstetric violence scores compared to those who received poor support, women who

breastfed their babies immediately after birth had lower obstetric violence scores, women who had delayed breastfeeding or did not breastfeed had higher obstetric violence scores, and perception of violence from health professionals negatively affected mother-infant bonding. Factors such as occupational status, number of pregnancies, postpartum emotional state, interventions during birth, support received during labor, skin-to-skin contact, and breastfeeding were also found to have significant effects.

Conclusion: The study examined various demographic and obstetric factors affecting obstetric violence and mother-infant bonding, and the results demonstrate that increased obstetric violence is associated with decreased bonding. To eliminate exposure to obstetric violence an important factor that disrupts the bonding process midwives should raise awareness and support mothers in experiencing a positive birth, thereby promoting the development of healthy mother-infant bonds.

Keywords: Obstetric Violence, Mother, Newborn, Mother-Infant Bonding, Vaginal Birth

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME	ii
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
İTHAF	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Doğum Eylemi	5
2.2. Şiddetin Tanımı	5
2.3. Obstetrik Şiddet	5
2.3.1. Obstetrik Şiddet Türleri	6
2.4. Obstetrik Şiddet Nedenleri.....	8
2.5. Obstetrik Şiddet Prevelansı.....	9
2.6. Obstetrik Şiddetin Maternal ve Fetal Sonuçları	10
2.7. Obstetrik Şiddetin Önlenmesinde Ebelik Girişimleri.....	11
2.8. Bağlanma	12
2.8.1. Anne-Bebek Bağlanması	12
2.8.2. Anne- Bebek Bağlanma Göstergeleri.....	13
2.8.3 Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler	13
2.8.4. Anne-Bebek Bağlanması ve Ebelik Uygulamaları.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	16

3.4. Araştırma dahil Edilme Kriterleri.....	17
3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	17
3.6. Veri Toplama Araçları.....	17
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	17
3.6.2. Obstetrik Şiddet Ölçeği.....	17
3.6.3 Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)	18
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	19
3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	19
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	20
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.10.1. Bağımlı Değişkenler.....	21
3.10.2. Bağımsız Değişkenler	21
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
6.1. Sonuç	72
6.2. Öneriler	75
KAYNAKÇA.....	78
EKLER	86
ÖZGEÇMİŞ	100

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Normal Dağılım Analizi.....	19
Tablo 4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	22
Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı.....	23
Tablo 4.3. Obstetrik Şiddet Ölçeği (OŞÖ) Puan Ortalamaları.....	27
Tablo 4.4. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamaları.....	28
Tablo 4.5. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ile Obstetrik Şiddet Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	29
Tablo 4.6. Obstetrik Şiddetin Anne-Bebek Bağlanma Üzerine Etkisi	30
Tablo 4.7. Obstetrik Şiddet Ölçeği Alt Boyutlarının Anne-Bebek Bağlanma Üzerine Etkisi.....	31
Tablo 4.8. Obstetrik Şiddet Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	32
Tablo 4.9. Obstetrik Şiddet Puanlarının Obstetrik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	36
Tablo 4.10. Anne-Bebek Bağlanma Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu	47
Tablo 4.11. Obstetrik Özelliklere Göre Anne-Bebek Bağlanma Puanlarının Durumu.....	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül16

Şekil 2: Korelasyon Katsayıları Analiz Değerleri.....20



KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

YYBÜ: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

OŞÖ: Obstetrik Şiddet Ölçeği

ABBÖ: Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği



BÖLÜM I

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı

Obstetrik şiddet 1980’den bu yana dikkat çeken bir kavram olmasına rağmen, tanımı ilk defa 2007 yılında Venezuela’da yapılmış ve yasal olarak suç kabul edilmiştir (O’Brien & Rich, 2022). En kısa tanımıyla obstetrik şiddet “ihmal ve istismar”dır, bakım hizmetleri sırasında fiziksel ve psikolojik olarak zarar verme, ihmal etme, saygısız muamelede bulunma, ayırıştırma ve yok sayma, rızasız bakım gibi kavramlarla açıklanabilmektedir (Bohren vd., 2015; Kilci vd., 2020). Fiziksel şiddet, duygusal şiddet, sözlü, psikolojik, gerekmeyen tıbbi uygulamaların yapılması (epizyotomi, sezaryen doğum, forseps kullanımı vb.) gibi birçok kategoriye ayrılmaktadır (Sadler vd., 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Her kadının, onurlu, saygılı bakımı içeren en yüksek sağlık standardına sahip sağlık bakımı almaya hakkı olduğunu” ve tüm dünyada “birçok kadının sağlık merkezlerinde gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde saygısız ve saldırgan davranışlara maruz kaldığını, bu davranışların sadece kadınların saygılı bakım haklarını ihlal etmekle kalmayıp aynı zamanda yaşam, sağlık ve fiziksel bütünlük haklarını da tehdit ettiğini” belirtmektedir (WHO, 2015).

Literatüre bakıldığında obstetrik şiddet görülme oranının ülkelere göre değişkenlik gösterdiği görülmüştür. Yapılan bazı araştırmalarda; ABD’de obstetrik şiddet görülme oranının %17-24 arasında olduğu, Sri Lanka’da obstetrik şiddet oranının %18.1, İtalya’da %21, Meksika’da %33.3, Gana, Gine, Myanmar ve Nijerya’da %35.4, İspanya’da %67.4, Kuzeybatı Etiyopya’da %75, Peru’da %97.4 olduğu bildirilmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise kadınların %58,33’ünün herhangi bir obstetrik şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Avcı, 2022; Işık, 2023; Castro ve Frías, 2020; Mihret, 2019; Martínez- Galiano vd., 2021).

Şiddetin her çeşidi kişiye zarar vermektedir. Yapılan araştırmalarda obstetrik şiddete maruz kalan kadınların; fiziksel olarak yaralanmalara, ten tene temasın gecikmesi veya uygulanmamasına, travmalara, cinsel işlev bozukluklarına, duygu-durum bozukluğuna, sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşlarına hizmet almada güvensizlik yaşamaya, bebeği reddetme-

kabullenme sorunları, aile bütünlüğünde bozulma gibi sorunlara neden olduğu görülmüştür (Garcia, 2020; Işık & Nazik, 2023). Son yıllarda kabul edilebilir, güvenli ve kaliteli sunulan perinatal hizmetler ile anne ve bebek sağlığın geliştirilmesinde ciddi gelişmeler kaydedilmiştir ancak tüm bu gelişmelere rağmen hala devam eden sağlık hizmetlerine erişimde cinsiyet, ırk yahut bağlı olduğu sınıf nedeniyle engeller oluşmaya devam etmektedir (O'Brien & Rich, 2022).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerinde, dünya ülkelerinin her yerinde kadına yönelik her türlü şiddetin yaygın olduğu, kadının yaşamı boyunca en çok desteğe ihtiyacı olduğu gebelik ve doğum sürecinde sağlık profesyonelleri tarafından şiddete maruz kaldıkları görülmektedir (WHO, 2014). Lansky ve ark. (2019) 555 kadın ile gerçekleştirdikleri çalışmada kadınlara doğum süresince yapılan aşırı müdahalelerin (sık vajinal muayene, sezaryen veya enstrümantal doğum, epizyotomi gibi) anne morbidite ve mortalite oranını arttırabileceğini bulmuşlardır (Lansky vd., 2019). 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 (Ribeiro vd., 2020).

Diğer bir açıdan bakıldığında Sağlık çalışanlarının obstetrik şiddet algılarını belirlemek için yapılan araştırmalar incelendiğinde; gerçekleştirdikleri birçok uygulamanın obstetrik şiddet olarak değerlendirilebileceğini, kadınları göz ardı ettiklerini ve bu durumun bakımın iyileşmesinin önünde engel oluşturduğunu bildirmişlerdir (Karaçam Yılmaz vd., 2023). Mayra ve ark. (2022) 34 sağlık profesyoneli ile derinlemesine görüşme yaparak gerçekleştirdikleri çalışmada, doğum alanında yaşanan istismarın sağlık profesyonellerinin cinsiyet, iş yükü, tıbbi hiyerarşi, zorbalık ve kendini güçsüz hissetme gibi özellikleri ile ilgili olabileceği bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada kadına ait özelliklerden yaş, sosyal statü aile desteğinin varlığı, fiziksel özellikler ve doğumla ilgili inanışlar ön plana çıkmaktadır (Mayra vd., 2022).

Obstetrik şiddet anne ve bebek üzerinde çok çeşitli etkilere sebep olmaktadır. Bu kabul edilemez muameleler kadınlara sorulmadan yapılan uygulamalar özerklik kaybına, korku, öfke, kaygı, çaresizlik ve üzüntüye sebep olabilirken istemelerine rağmen tekrar çocuk doğurmayı düşünmemelerine neden olmaktadır (Avcı & Kaydırak, 2023). Ayrıca emzirmenin kesintiye uğraması, başlamaması, ten tene temasın geciktirilmesi, anne-bebek bağının kurulamaması, doğum sonrası travma sonrası stres bozukluğu, depresyona sebep olduğu araştırmalar ile saptanmıştır. Bununla beraber fiziksel şiddete bağlı olarak bebek ölümleri,

şiddetli ve kronikleşen ağrı gibi faktörlerle anne ölümleri ile ilişkilendirilmiştir (Leite vd., 2023; Martinez-Vázquez vd., 2022; Paiz vd., 2022; Yazgı Demir & Yılmaz, 2023).

Obstetrik şiddetin anne ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkileri ele alındığında kadınların bu şiddete maruz kalmasının önlenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik yapılacak uygulamalar büyük önem taşımaktadır. Ebeler başta olarak tüm sağlık profesyonellerine obstetrik şiddete ilişkin farkındalık kazandırmak, etkili iletişim yöntemlerini kullanmalarının desteklenmesi, obstetrik şiddetin oluşmasına neden olan çalışma saatleri, iş yükü, tercüman gibi faktörlere ilişkin düzenlemelerin yapılması, doğum sürecinde saygılı ve kaliteli bakımın sağlanmasında obstetrik şiddetin önlenmesine yönelik yasa ve politikaların oluşturulması önerilmektedir. Ayrıca obstetrik şiddetin boyutunu ele alan, kadınların obstetrik şiddet deneyimlerini ve obstetrik şiddetin sağlık profesyonelleri gözünden nasıl değerlendirildiğini araştıran kapsamlı araştırmalar desteklenmelidir (Yazgı Demir & Yılmaz, 2023).

Dünya ülkelerinde sesini duyurmaya başlayan “Obstetrik şiddet” kavramı ne yazık ki ülkemizde hala tam olarak bilinmemektedir. Etkileri açısından çok önemli bir yere sahip olan obstetrik şiddetle ilgili ülkemizde çok az sayıda çalışma yapıldığı görülmektedir. Bu sebeple araştırmanın yapılmasına gereksinim duyulmuş ve literatür ve ebelik alanına büyük katkıları olacağı düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı: vajinal yolla doğum yapmış kadınlarda obstetrik şiddet ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Çalışma kapsamında, kadınların sosyodemografik özellikleri ile obstetrik şiddete maruz kalma durumları ve anne-bebek bağlanmaları arasındaki ilişki incelenerek; obstetrik şiddetin önemi ve sonuçları ortaya konularak çağdaş ebelik yaklaşımlarının geliştirilmesine bilimsel katkı sağlanması hedeflenmektedir.

1.3. Araştırmanın Soruları

Bu çalışmada aşağıda belirtilen soruların yanıtlarına ulaşılmaya çalışılmıştır:

1. Vajinal doğum yapan kadınlarda obstetrik şiddet düzeyi nedir?
2. Obstetrik şiddete maruz kalan kadınlarda anne-bebek bağlanma düzeyi nedir?
3. Obstetrik şiddet ve anne-bebek bağlanmasının arasında ilişki var mı?

4. Obstetrik şiddet maruziyetinin anne-bebek bağlanmasına etkisi nedir?
5. Vajinal doğum yapan kadınların sosyodemografik özelliklerinin obstetrik şiddet üzerine etkisi nedir?
6. Vajinal doğum yapan kadınların sosyodemografik özelliklerinin anne-bebek bağlanmasına etkisi nedir?
7. Vajinal doğum yapan kadınların obstetrik özelliklerinin obstetrik şiddet üzerine etkisi nedir?
8. Vajinal doğum yapan kadınların obstetrik özelliklerinin anne-bebek bağlanması üzerine etkisi nedir?



BÖLÜM II

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi

Kadınların yaşam döngüleri dünyaya geldikleri andan itibaren evreler ile oluşur. Bu evrelerin en önemlisi ise gebelik ve doğum sürecidir. Doğum eylemi 20. gebelik haftasını doldurmuş, ağırlığı ise 500 gramın üzerinde, fetüs ile tüm eklerinin anne vücudundan atılana kadar oluşan süreçtir. Doğum eyleminin normal sayılması için ise; miadın da sağlıklı bir gebe ve fetüsün olması, doğumun kendiliğinden başlaması, canlı ve tek bir bebeğin olması, fetüsün pozisyonunun vertex olması, kemik pelvis de herhangi bir uygunsuzluğun olmaması, herhangi bir girişim olmadan kendiliğinden başlayıp doğumun sonuna kadar normal seyrinde devam eden kontraksiyonların bulunması, herhangi bir yardımcı araç veyahut girişim yapılmadan fetüsün ve eklerinin sağlıklı olarak doğması, kanama miktarının süreç boyunca 500 cc'den daha az olarak gerçekleşmesi gerekir (Karahan & Serhatlıoğlu, 2019; Ulaşlı Kaban, 2022).

Doğum süreci her ne kadar kadın hayatının evrelerinde normal bir süreç olarak kabul edilse de kadınlar için mutluluk ve heyecan uyandırmasının yanı sıra korku ve endişe uyandıran bir süreçtir (Kapısız vd., 2017). Tüm kadınların doğum eylemleri kendilerine özeldir bu sebeple doğumu algılaması ve yorumlaması da değişkenlik göstermektedir. Fakat Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bütün kadınlar için “olumlu doğum deneyiminin” önemini vurgulamaktadır (Reyhan & Sayiner, 2024; WHO, 2018).

2.2. Şiddetin Tanımı

Genel bir tanımla şiddet; kişiye zarar verme amacıyla kasıtlı olarak yapılan eylemlerdir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise “fiziksel güç, iktidarın kasıtlı bir biçimde tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başka kişiye uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, psikolojik zarara ve ölüme yol açması ya da yol açma olasılığının bulunması” olarak tanımlamıştır (Polat, 2016; WHO, 2002).

2.3. Obstetrik Şiddet

Obstetrik şiddet kavram kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerinde maruz kaldığı fiziksel, psikolojik veya sözlü kötü muameleleri içeren bir kavram. Obstetrik şiddet sağlık hizmetini sunan kişiler tarafından uygulanarak, kadınların mahremiyetini ihlal eden, rızalarını göz ardı eden ve onurlu bakım hakkını ihlal eden davranışları içerir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), kadınlara doğum sırasında uygulanan saygılı bakımın temel insan hakkı olduğunu önemli bir şekilde vurgularken, obstetrik şiddetin sağlık hizmetlerinin kalitesini

düşürdüğünü ve kadınların doğum deneyimlerini olumsuz etkilediğini belirtir (WHO, 2015). Bohren ve ark.'nın (2015) aktardığına göre, yapılan çalışmalarda dünya genelinde kadınların doğum sürecinde bu muameleye maruz kaldığı geliştirilmesi gereken bir alan oldu gözlemlenmiştir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu durum daha yaygın görülmektedir (Bohren vd., 2015).

Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçte sağlık profesyonelleri uyguladıkları işlemlerin hangi durumlarda obstetrik şiddet olduğunu fark etmeden gerçekleştirmektedir. Çeşitli durumlarda bu tür şiddetle karşı karşıya kalınmaktadır. Bu davranışlara örnek olarak kadınlara sağlık durumu ve doğum süreçleri hakkında bilgi verilmemesi, uygulanacak işlemler ve bu işlemlerin alternatifleri hakkında bilgi verilmeden, rıza alınmadan işlem yapılması, müdahaleli doğumların gerçekleştirilmesi, bilinçsiz ve gereksiz epizyotomi uygulanması, doğum sırasında fazla sayıda ihtiyaç duyulmadığı halde sağlık personelinin bulunması, doğum odası kapılarının açık bırakılması, mahremiyete önem vermeme, rıza alınmadan vajinal muayenenin sık sık ve gereksiz şekilde tekrarlanması, gebelerin aşağılanarak sözlü şiddete maruz kalması, acılarının küçümsenmesi, hakaret ve yargılayıcı cümleler (Çocuğu yaparken bize mi sordun? Bu acıya dayanamıyorsan niye geldin? Bu da acı mı? vb), sorduğu sorulara yanıt vermeme veya sorularla alay etme, doğum esnasında hareketin kısıtlanması tek pozisyon için zorlanması, yanında refakatçi bulundurulmaması yalnız bırakılma, doğum sırasında yeterli hijyenik koşulların olmaması, personel eksikliğinden kaynaklı bekletilme, gereksiz oksitosin kullanımı vb. Bu davranışlara örnek gösterilmektedir (Acar & Şahin, 2021; Avcı, 2022; Bohren vd., 2015).

Obstetrik şiddet, kadının doğum hakkını, onurunu ve beden bütünlüğünü ihlal eden çok çeşitli durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu ihlaller, kadınların sağlık hizmetlerine olan güvenini sarsmakta, uzun vadeli fiziksel ve psikolojik travmalara yol açmaktadır. Doğum sürecinde kadınların bilgilendirilmiş onam haklarına saygı gösterilmesi, mahremiyetlerinin korunması ve insan onuruna yaraşır bir bakım sağlanması, obstetrik şiddeti önlemede en önemli adımları oluşturmaktadır (Bohren vd., 2015).

2.3.1. Obstetrik Şiddet Türleri

Fiziksel, duygusal, sözlü veya cinsel şiddeti ifade eder. Kişinin haklarını ihlal eder ve önemli psikolojik ve fiziksel sonuçları ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere

birçok insan hakları örgütü obstetrik şiddetin sağlık politikalarında ele alınarak düzenlemeler yapılmasını önermektedir (Mena-Tudela vd., 2021).

Fiziksel Şiddet: Sağlık profesyonelleri tarafından isteyerek veya istemsiz ya da gereksiz müdahaleler, kadının fiziksel bütünlüğüne zarar verme, kadının izni dışında dokunma, sıkma, itme, tokatlama, hareketinin kısıtlanması ve doğum esnasında tek pozisyona zorlanma, izinsiz ve onay alınmadan yapılan epizyotomi, epizyotomi ve laserasyonların onarımı esnasında anestezi uygulanmaması, fundal basınç uygulama, onamı alınmadan vajinal muayene ve bu muayeneler esnasında sert ve kaba davranılması fiziksel şiddet göstergesidir (Bohren vd., 2015).

Sözel Şiddet: kadınların tedavi ve doğum süreciyle alakalı yeterli bilgi verilmemesi, sorulan soruların cevaplanması, aşağılayıcı ve küçümseyici dil kullanılması tehdit edilmesi, bağırarak ve suçlayıcı ifadeler kullanılması hakaret edilmesi sözel şiddet göstergesidir (Miller vd., 2016).

Duygusal ve Psikolojik Şiddet: kadınların ihtiyaçlarının karşılanmaması duygusal ihtiyaçlarının görülmemesi yalnız bırakılma refakatçi izin verilmemesi doğum ağrısıyla baş etmede başarısızlıkla suçlanma duygusal ve psikolojik şiddet göstergesidir (Miller vd., 2016).

Bilgilendirilmiş Onam Eksikliği: kadının kendi bakımı hakkında karar vermesini engelleyen onayı alınmadan veya alternatifler yöntemler, riskler hakkında bilgi verilmeden uygulanan girişimlerdir. Kadının onayı alınmadan veya alternatif tıbbi müdahaleler hakkında bilgi verilmeden yapılan işlemlerdir. Bilgilendirilmiş onamı olmadan lavman, sürekli fetal monitörizasyon, epizyotomi, sezaryen doğuma zorlama, sezaryen doğum, forseps/vakum uygulaması gibi müdahaleler izinsiz bakımla birlikte fiziksel şiddetin göstergesidir (Savage & Castro, 2017).

Gizliliği İhmal Eden Bakım: Doğum süreci boyunca mahremiyetine dikkat edilmemesi ve korunmasıdır. Doğum veya muayeneler esnasında vücudunun örtülmesinin sağlanmaması açığa çıkarılması, uygun perdeleme ya da örtüleme yapılmaksızın bırakılması, çok sayıda personelin doğum anında odada bulunması, birden fazla sağlık profesyoneli tarafından kadının rızası alınmadan vajinal muayene edilmesi, kültürel değerleri veya dini inançları göz ardı edilerek girişimlerin uygulanması (erkek sağlık personeli tarafında izinsiz muayene edilmesi, istemediği halde doğuma erkek sağlık personelinin katılması) kadının bilgilerinin paylaşılması gizliliği ihmal eden bakım göstergesidir (Savage & Castro, 2017).

Ayrımcılık: Obstetrik şiddetin farklı bir boyutudur. Kadınların etnik kökeni, sosyoekonomik durumu, yaşı, medeni durumu, hastalık öyküleri, eğitim düzeyi ve kişisel özelliklerine göre sağlık hizmetlerini ulaşımı ve bakım kalitesindeki farklılıklara maruz kalması ayrımcılık göstergesidir (Bohren, vd., 2015).

İhmal: kadınların gebelik doğum ve sonraki süreçte gereken tıbbi bakımının uygun zamanda ve uygun şekilde sağlanmasıdır. Fiziksel sağlığını tehdit ederken bununla birlikte psikolojik iyiliğini de olumsuz etkilemektedir. Kadının isteklerine ve ihtiyaçlarını kayıtsız kalınması ağrı yönetiminin sağlanması doğumun ilerlemesinin izlenmemesi anne ve bebeğin hayatını riske atmak ihmalin göstergesidir (Bohren vd., 2015).

Sağlık Kurumunda Rehin Tutulma: kadınların doğum hizmetini aldıktan sonraki süreçte faturasını ödemedi hastaneden çıkılmasına izin verilmemesi durumudur. Özellikle sosyoekonomik durumu kötü olan düşük gelirli kadınları etkileyen ciddi bir insan hakları ihlalidir (Miller vd., 2016).

2.4. Obstetrik Şiddet Nedenleri

Obstetrik şiddet çok boyutlu bir sorundur. Bireysel, kurumsal ve toplumsal faktörler bir araya gelerek obstetrik şiddeti ortaya çıkartmaktadır. Nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber sağlık sisteminde eksikliklerin olması, kadınların bakımında yer alan sağlık profesyonellerinin eğitim yetersizliği, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadın haklarına yönelik farkındalık eksikliği bu sorunun sebepleri başında gelmektedir (WHO, 2014).

Sağlık sistemi ile ilgili nedenler: Sağlık profesyonellerinin yeterli donanımda olmaması, etkili iletişim ve etik konularında yeterli eğitim almamış olmaları kurum içerisinde saygılı bakım için rehberlerinin olmaması ya da olmasına rağmen uygulanmaması sağlık profesyonellerinin aşırı yük altında kalarak çalışmaları obsesif şiddetin artmasına zemin hazırlayarak kadınlara kötü muameleye neden olmaktadır (Bohren vd., 2015).

Kültürel ve toplumsal nedenler: Kültürel ve toplumsal sebeplerin en başında ataerkil olan bir toplumda yaşamak gelmektedir. Toplumsal olarak kadınların itaat etmesi beklenirken rızaları alınmadan yapılan müdahaleler normaldir Bununla birlikte kadının bedeni üzerinde kontrol anlayışı olması kadınların kendi doğum süreçleri üzerinde söz sahibi olamaması ve sağlık personellerinin her türlü müdahaleyi olağan görmesi obstetrik şiddeti artırır (Bohren vd., 2015).

Kurumsal nedenler: sağlık kurumlarında hasta haklarının eksikliği ya da göz ardı edilmesi, sağlık çalışanlarının üzerindeki baskı, hiyerarşik yapı ve ekonomik eşitsizlik obstetrik şiddetin artmasına ve uygulanmasına neden olur (Bohren vd., 2014).

Yasal ve sağlık politikasındaki yetersizlikler: doğum sürecinde saygılı bakım ilkesinin benimsenmemesi, hazırlanan sağlık politikalarının kadın odaklı olmaması ve kadınların yaşadıkları bu sürecin hak ihlali olduğunu bilmemesi ve bu süreç sonunda başvurabilecek yasal sistemin olmaması, obstetrik şiddetin devam etmesine sebep olmaktadır (Bohren vd., 2015; Freedman & Kruk, 2014).

2.5. Obstetrik Şiddet Prevalansı

Obstetrik şiddet ilk olarak 2007 yılında Venezuela’da yasal olarak tanımlanmıştır. Daha sonra Arjantin (2009), Şili (2015), Kolombiya (2017), Ekvador ve Uruguay’da (2018) yasal olarak tanımlanmıştır. Obstetrik şiddetin kadına yönelik şiddet olduğu ve sorumluların cezalandırılabilceği vurgulanmıştır (Annborn & Finnbogadóttir, 2022). Dünya üzerinde obstetrik şiddetin prevalansı bildiren çalışmalar yer almaktadır. Ülkeden ülkeye obstetrik şiddetin değişiklik gösterdiği görülmüştür. Shetty ve ark. (2021) Yaptığı çalışmada prevalansın %15 ve %97 arasında olduğu bulunmuştur. Brezilya’da doğum yapan kadınların %25 inin doğum sırasında fiziksel, sözel ve de psikolojik şiddete maruz kaldıkları rapor edilmiştir. Epizyotomi uygulamasının %56-75 oranında olduğu, kamu hastanelerinde doğum yapan kadınların, özel hastanelere göre daha fazla obstetrik şiddete maruz kaldığı görülürken, kadınların doğum pozisyonları tercihlerinin dikkate alınmaması, ağrılarının görmezden gelinmesi, rıza almadan yapılan uygulamalar ve gereksiz tıbbi müdahaleler yapılması, aşağılayıcı ve saygısızca cümlelere maruz kalarak sözel şiddet içeren davranışlar uygulanması başlıca görülen obstetrik şiddet türlerindendir (Diniz vd., 2012; Işık & Nazik, 2023; Leite vd., 2024; Shetty vd., 2021). 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 (Castro & Frías, 2020).

2015-2020 yılları arasında yapılan bir sistematik derlemede Etiyopya’da %78.6, Tanzanya’da %70, Malavi’de %58, Nijerya’da %44, Gana’da %34, Gine’de %30, Mozambik’te %28, Kenya’da %20, ABD’de %17.3 oranlarında kadınların doğum esnasında obstetrik şiddete uğradığı belirlenmiştir. En çok mahremiyet ihlali yapan ülkelere bakıldığında ise Malavi’de %73.1, Gine’de %49.5, Gana’da %46.9, Mozambik’te %40.8 olduğu belirtilmiştir ve kadınlardan izin alınmadan yapılan vajinal muayene ve bilgisi olmadan yapılan epizyotomiler

en sık karşılaşılan obstetrik şiddet eylemi olduğu belirlenmiştir. İspanya’da kadınların doğum sırasında %38,3’ünün şiddet türlerinden en az birine maruz kaldığı, %44,4 ’ünün gereksiz müdahalelere maruz kaldığı, %83,4’ ünden bilgilendirilmiş onam alınmadığı belirtilmiştir (Işık & Nazik, 2023; Mena-Tudela vd., 2020; Shetty vd., 2021)

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 etkilediğini ortaya koyan çalışmalar çok sınırlıdır. Ulaşlı Kaban’ın (2022) yaptığı çalışmada kadınların doğum ve doğum sonrası süreçte; oral alımın kısıtlanması %73.3, izinsiz yapılan vajinal muayene %46.2, geciktirilmiş ten tene temas %45.5 olarak en çok maruz kaldığı şiddet türleri olarak bulunmuştur (Ulaşlı Kaban, 2022). 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 sözlerle 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 (Uğur, 2024).

2.6. Obstetrik Şiddetin Maternal ve Fetal Sonuçları

Obstetrik şiddete kadının maruz kalması sadece anneyi değil aynı zamanda bebek, ailedeki diğer bireyler ve sağlık profesyonellerini de etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda obstetrik şiddete maruz kalan kadınlarda; fiziksel olarak yaralanmalar, sezaryen doğumlarda artış, doğum sonrası komplikasyonların daha sık görülmesi, postpartum kanama gibi sorunlara yol açtığı görülmektedir. Doğum sürecinde kötü muameleye maruz kalan kadınlarda doğum travmatik olarak algılanmış sonrasında ise duygu durum bozuklukları, doğum sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve depresyon riskinde artış saptanmıştır. Obstetrik şiddete maruz kalan kadınlar lohusalık sürecinde doğumu atlatamamış, kendilerini depresif, intihara meyilli, öfkeli olarak hissettiklerini belirtmişlerdir. Obstetrik şiddet sadece anneyi değil anne-bebek bağlanmasını ve aile ilişkilerinin bozulmasına da neden olduğu görülmektedir (Işık, 2023).

Tene temasın gecikmesi, psikolojik travma bebeği reddetme aile bütünlüğünün tehlikeye sokulması cinsel işlev bozuklukları rol karmaşası sağlık profesyonellerine ve sağlık kuruluşlarına güvensizlik buna bağlı hizmet almada gecikme gibi sorunlar görülmektedir (Garcia, 2020). Obstetrik şiddete maruz kalmanın emzirme üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu bildirilmiş, doğum sonu süreçte annenin emzirmesi desteklenmediği için emzirmenin geciktirilmesi anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği gibi bebekte hipoglisemi gelişmesine de sebep olabilmektedir. Ayrıca fiziksel istismara bağlı bebek ölümleri ve şiddetli ve kronik ağrı nedeniyle anne ölümü görülme riski artmaktadır (Karaçam Yılmaz vd., 2023). Obstetrik şiddetin önlenmesi ve yönetimi, anne ve bebek sağlığının iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

2.7. Obstetrik Şiddetin Önlenmesinde Ebelik Girişimleri

Doğum, kadınların yaşamları boyunca her zaman en önemli noktada görülmüştür. İnsanlığın başlangıcından itibaren ebeler kadınlara bakımı sağlamışlardır. 20. yüzyılda gelişen teknolojiyle birlikte anne-bebek ölümlerinin azaltılması, doğumların hastanelere taşınarak tıbbileşmesine ve erkek egemen doktorların, kadın ebelerin yerine geçmesiyle sonuçlanmıştır (Karabulut & Unutkan, 2024; Mena-Tudela vd., 2020).

Doğum eylemine hekimlerin dahil olmasıyla normal fizyolojik bir süreç olarak değil hastalık olarak algılanmaya başlanmıştır. Müdahaleler, teknolojinin gelişmesiyle ortaya çıkan ve uygulanan araç ve gereçler, sezaryen dışındaki tüm uygulamalar vajinal doğumun parçası olarak kabul görmüştür. Tüm bunlara sonuç olarak ebe ile kadın arasındaki ilişkilerin kopmasına neden olmuştur. Bu süreç doğrultusunda Latin Amerika'da “doğumun insancillaştırılması” hareketiyle ilk adım atılmış ve ilk kez Venezuela'da “obstetrik şiddet” yasa dışı kabul edilmiş, kadınların hakları koruma altına alınmıştır (Diniz vd., 2015; Karabulut & Unutkan, 2024).

Ebeler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçte kadınlarla doğrudan temas halinde olan onlara destek ve bakım sağlayan sağlık profesyonelleridir. Obstetrik şiddetin önlenmesinde kilit bir role sahiptirler. Obstetrik şiddetin önlenmesinde temel adımlardan biri şefkatli ve saygılı bakımdır. Annelerin süreç boyunca kendilerini güvende hissetmesini sağlamak, tercihlerine saygı göstermek, doğal doğum ile ilgili kanıta dayalı uygulamaları kullanmak ve anneyi uygulaması için desteklemek obstetrik şiddeti önlemede önem taşımaktadır (WHO, 2014).

Kritik önem taşıyan diğer bir adım ise eğitim ile farkındalık oluşturmaktır. Ebelerin obstetrik şiddet konusunda eğitim alırken saygılı bakım, kadın ve insan hakları, etik konuları vurgulanmalı. Yapılan çalışmalarda doğum sürecinde kadınların ve sağlık profesyonellerinin uygulanan obstetrik şiddeti normal gördüğü belirlenmiştir. Obstetrik şiddetin önlenmesi için eğitim içeriklerinin ebelerin ve kadınların konu hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalık yaratması için düzenlenmesi gerekmektedir (Işık, 2023).

Doğum sürecinde kadınların tercih ettikleri, onay verdikleri ve istedikleri yöntemleri kullanmalarını saygı gösterilmelidir. Gereksiz müdahalelerden kaçınarak kanıta dayalı uygulamaları benimsemeli ve kadınların doğum sırasında travma riskini en aza indirmelidirler. Bildirildiği gibi Dünya Sağlık Örgütü, her kadının onurlu ve saygılı bakım alma hakkını benimseyip güven ortamı oluşturarak bakım hizmetlerinin sunulmasını, empatik ve etkin bir iletişim içerisinde kadın hakları savunucusu olarak sürecin en doğru şekilde tamamlanmasının sağlanması gerekmektedir (Silva vd., 2020).

2.8. Bağlanma

Bağlanma, kişilerin hayatlarının erken dönemlerin birincil olarak bakım veren kişiye (genellikle bu kişiler ebeveynleri) duyduğu güçlü duygusal bağlıdır. İnsan psikolojisinin ve gelişiminin temelini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda güvenli bağlanma geliştiren kişilerin sağlıklı bir psikolojik yapıya, düşük stres düzeyine ve yüksek benlik saygısına sahip olduğunu görülürken, güvensiz bağlanmaya sahip kişilerde anksiyete, depresyon ve kişilerle ilişkilerde sorunlar daha yaygın görülmektedir (Waters ve ark. 2002; Soysal vd., 2005).

2.8.1. Anne-Bebek Bağlanması

Bebeğini doğum esnasında kaybeden annelerin yaşadığı zorlu yas sürecinin gözlemlenmesi anne-bebek bağlanmasının ortaya konulmasına neden olmuştur. Gebeliğin planlanmasından itibaren gebelik süreci boyunca hatta yüksek riskli gebelikler de dahil olmak üzere anne-bebek bağlanması görülmektedir (Akarsu vd., 2017; Engin & Ayyıldız, 2021).

Gebelik süreci boyunca annelik rolünün benimsenmesi doğum sonrası dönemde anne-bebek arasındaki bağın oluşmasını sağlamaktadır. Uterus büyür, bebeğin kalp atışı duyulur, kadının vücudunda değişiklikler meydana gelir ve anne, fetüsün hareketlerini hissetmeye başlar böylelikle bağlanma güçlenir ve anne bütün ilgisini bebeğe vererek aralarında bağlanmanın gelişmesini sağlar (Akarsu vd., 2017).

2.8.2. Anne- Bebek Bağlanma Göstergeleri

Doğumdan sonraki ilk 90 dakika anne ve bebek için bağlanmanın olduğu önemli bir dönemdir. İlk etkileşim bu dönemde gerçekleşir ve annenin bebeğine cevap verme şekli ihtiyaçlarını karşılaması erken bağlanma sürecini başlatır. Annenin bebeğinin adıyla seslenmesi, gülümsemesi, bebeğiyle göz teması kurması, bebeğine dokunması ve sarılması, emzirmeye istekli olması erken bağlanmanın ipuçlarıdır. Bu dönemde annenin ihtiyaçlarının belirlenmesi olumlu davranışlarını geliştirmek için teşvik edilmesi, eğitim ve rehberlik sağlanması çok önemlidir (Köse vd., 2013).

Annenin bebeğini emzirmesi fiziksel doyum sağlamanın yanı sıra manevi doyumun da kaynağıdır. Emzirme esnasında anne -bebek arasında derin bir bağ kurulur ve bu bağ güçlenerek devam eder. İlk yarım saat içerisinde annenin bebeğini emzirmesi hem de temasının sağlanarak, güçlenen bağ anne ve bebekte “birlik” duygusu oluşturulur (Ateşol, 2024).

2.8.3 Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler

Anne-bebek bağlanmasını etkileyen birçok faktör vardır. Bunların başlıcaları; annenin yaşı, gebeliğin istemli olma durumu, planlanan çocuk sayısı, sosyo-ekonomik durum, gebelikte yaşadığı sağlık sorunları, istenilen cinsiyet, emosyonel durum, evlilik örüntüsü, eş ile ilişkisi, eş ve çevresel destek, bebeğinin bakımında kendine güvenmemesi, zarar verme düşüncesi, annelik rolüne hazır olmama, doğum öncesi bakım alma durumu gibi faktörlerin anne-bebek bağlanmasını etkilediği bildirilmektedir (Akarsu vd., 2017; Altun & Kaplan, 2020; Mutlu vd., 2015).

Riskli gebelikler ve prematüre doğumlar anne-bebek bağlanmasının etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Doğum sonrası emzirmenin hemen başlatılmaması, yenidoğanın sağlık sorunları ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YYBÜ’de) kalma süresi, doğum sonrası anneye ten temasının yapılamaması veya gecikmesi bağlanmayı etkilemektedir (Nacar & Gökkaya, 2019; Yılmaz & Beji, 2010).

Anne-bebek bağlanmasını etkileyen olumsuz faktörlerden biri de annenin travmatik doğum öyküsüdür. Doğum kadınlar için çok önemli bir süreçtir, yapılan çalışmalarda doğum algısının kadından kadına fark gösterdiği bazı kadınların doğumu “olağanüstü bir deneyim, doğal” olarak tanımlarken bazılarının ise “korku, stres kaynağı, acı veren bir deneyim” olarak tanımladığı görülmüştür. Görüldüğü gibi kadınların doğum algısını belirleyen faktörler çok yönlüdür. Doğumdan beklentileri, seçtikleri yöntemler, çevresel ve kültürel yapı, geçmişte yaşadığı deneyimler ve bu deneyimlerim pozitif ya da negatif olması, bilgi eksikliği, sağlık

kuruluşlarının eksiklikleri, sağlık profesyonellerinin davranışları, doğum eyleminde yaşanan olumsuz olaylar gibidir. Bu durumlar duygusal olarak anneyi etkilemektedir. Ayrıca komplikasyonlu doğum, epizyotomi uygulaması, fundal bası indüksiyon kullanımı, kanamalar doğumda ağrıyla baş edememe, perineal yırtıklar, bebeğin sağlığını tehlikeye atan durumlar, fetal hipoksi, anneye doğum esnasında itme kakma bağırma gibi fiziksel travmaların yaşatılması travmatik doğum algısına sebep olmaktadır (Altun & Kaplan, 2020; Etheridge & Slade, 2017; Karlström vd., 2015; Reed vd., 2017; Yalnız Dilcen & Genç, 2019).

Doğum sonrası en kritik dönemin ilk 60-90 dakika olduğu ifade edilmişti. Bu süreç anne bebeğin birbirine uyum sağlaması için çok önemlidir. Bu nedenle bebeğin aynı odada bulunması ve ten-tene temasın en kısa sürede mümkünse doğum sonrası hemen uygulanması anne-bebek bağlanmasını güçlendirmektedir (Ceylan, 2024).

2.8.4. Anne-Bebek Bağlanması ve Ebelik Uygulamaları

Ebeler sadece doğumda değil, bakım verici, eğitimci, araştırmacı ve savunucu rolleriyle çeşitli sorumluluklarını yerine getirmektedir. Kadınların gebe kalma isteğiyle başlayan bağlanma süreci kanıta dayalı ebelik uygulamaları ile anne-bebek bağlanmasının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynar. Bu hem annenin hem de bebeğin sağlıklı bir ilişki geliştirmesine katkı sağlar. Doğum sonu dönemde bağlanma süreci büyük önem taşımaktadır. Sağlık profesyonelleri ve ebeler bu süreci yakında takip ederek gerekli desteği sağlamalıdır. Emzirme de isteksizlik, bakım sağlamayı reddetme, fiziksel temastan kaçınma, ilgisizlik, bebeğine dokunmak istememe, kucağına almama gibi belirtiler olumsuz bağlanmayı göstermektedir ve müdahale gerekebilir. Bundan dolayı doğum sonrası süreçte yeterli zaman ayırarak anne ve bebeği gözlemleyip ipuçlarını değerlendirerek destek sağlanması gerekmektedir. Anneliğe geçiş sürecini sağlıklı bir şekilde sağlamak için ebeler üst düzey bir bakım vermelidir (Ateşol, 2024; A. Widström vd., 2019).

Kadınlara gebelik kararı aldığından itibaren gebelik öncesi dönem, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem hakkında bilgi vermeli, soru sormasına fırsat tanınmalı, soruları cevaplanmalı, rutin kontrolleri, takip ve bakım sürecinin önemi anlatılmalı, sürece babaları da dahil etmeli, bağlanma sürecinde etkinliğin arttırılması ve baba-bebek bağlanması için eğitim programına dahil edilmeleri gereklidir (Akarsu vd., 2017).

Doğum öncesi dönemde anne-babanın aldıkları eğitim, annedeki fiziksel ve emosyonel değişimler, doğum, gebelik süreci, ebeveynlik korkusunun yenilmesi vb. durumların destekleyici bir eğitim ile bilinç kazandırma ve bu sürecin doğal dinamiklerle

sonuçlandırılmasına fayda sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda emzirme ve bebek bakımı hakkında eğitim alan babalarda stres düzeyinde büyük ölçüde azalmalar olduğu görülmüştür. Bağlanmanın anne ve bebeğin gelecek tüm yaşamında önemi hakkında bilgi verilmelidir (Ergün vd., 2022).

Doğum sonrası erken dönemde anne ile bebeğin ten teması sağlanmalı, bebek veya anneden kaynaklanan sorunlar bağlı ten teması sağlanamıyor ise bu durumun geçici bir süreç olduğu anlatılmalı, soruları nazik ve anlaşılır bir dilde cevaplanmalı, endişeleri giderilmelidir. Yenidoğanın bakımı, ten teması ile emzirmenin anne-bebek bağlanmasına etkisi ve önemi vurgulanmalı erken emzirme için desteklenmelidir. Anne-bebek bağlanma süreci periyodik olarak gözlemlenmeli ve değerlendirilmeli olumsuz bağlanma belirtileri gözlemlendiyse gerekli yönlendirmeler için iş birliği yapılmalı. Ebeler, annelere ılımlı ve şefkatli bir yaklaşım içerisinde olmalı ve güven ortamı oluşturarak endişeleri dinlenmeli, soruları yanıtlanmalı ve bebek bakımı hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (Demir Acar vd., 2018)

BÖLÜM III

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, annelerde obstetrik şiddetin, Anne-Bebek bağlanması üzerinde etkilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı, kesitsel (01.10.2024-31.01.2025 tarihlerinde) ve ilişki arayıcı tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın etik onayı ve kurum izni alındıktan sonra (01.10.2024-31.01.2025 tarihleri arasında) online olarak ulaşılabilen ve Tokat il merkezinde Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesine başvuran canlı vajinal doğum yapmış, postpartum ilk 40 gün içerisinde olan kadınlar ile yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama hastanesine ve Tokat Devlet hastanesinde normal doğum yapan anneler oluşturmaktadır. Yıllık olarak Üniversite Hastanesi'nde 180, Devlet Hastanesinde 660 normal doğum olmaktadır. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır.

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülme sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen $\pm$ örneklem hatasıdır

Şekil 1. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül (Salant ve Dillman, 1994)

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için %95 güven aralığında, $\pm$ %5 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 840 (1.96)^2 (0.5) (0.5) /$

$(0.5)^2 (840-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5) = 264$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmada 267 normal doğum yapan anneye ulaşılmıştır.

3.4. Araştırma dahil Edilme Kriterleri

- Okuma- yazma biliyor olan,
- Türkçe konuşup, anlayabilen,
- Son doğumunu canlı, vajinal doğum yapmış, (doğum esnasında forseps, vakum, epizyotomi vb. uygulamalar uygulanmış olanlar)
- Pospartum ilk 40 gün içerisinde olan katılımcılar araştırmaya dahil edilecektir.

3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Son doğumunu sezaryen doğum yapmış olan
- Son doğumunun üzerinden 40 günden fazla zaman geçmiş anneler
- Bebeği yanında olmayan anneler (bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesi-YYBÜ’de yatıyor vs. olması)

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, ilgili hastanenin kadın doğum poliklinikleri ve servisine başvuran kadınlar ile yüz yüze görüşülerek ve aynı süreçte online olarak toplanmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlara “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Obstetrik Şiddet Ölçeği” ve “Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)” kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Annelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik literatür doğrultusunda 33 sorudan (5 açık uçlu, 28 kapalı) oluşan form araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (Işık, 2023; Şimşek & Demirci, 2023). Altı (6) Kadına ön uygulama yapılarak soruların anlaşılabilirliği kontrol edilmiştir. Sorularda değişiklik gereği duyulmamıştır. Mevcut pilot uygulamaya katılan katılımcılar örneklem dışı bırakılmıştır.

3.6.2. Obstetrik Şiddet Ölçeği

Obstetrik Şiddet Ölçeği 19 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 5'li Likert tiptedir. Yanıtlar "Hiçbir zaman"=0, "Nadiren"=1, "Bazen"=2, "Sık sık"=3 ve "Her zaman"=4 şeklindedir. “2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 15.” maddeler ters puanlanmaktadır. Puan aralığı 0 ile 76 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması obstetrik şiddetin arttığı anlamına gelmektedir.

- *Birinci alt boyut (Sağlık Tesisi Ortamı ve Rıza Dışı Bakım)* 1-5. maddeden oluşmaktadır ve alınabilecek puan 0-20 arasında değişmektedir.
- *İkinci alt boyut (Destekleyici Bakım ve Özerklik)* 6-10. maddeden oluşmaktadır ve alınabilecek puan 0-20 arasında değişmektedir.
- *Üçüncü alt boyut (Destekleyici Ortam ve Bakım Kalitesi)* 11-15. maddeden oluşmaktadır ve alınabilecek puan 0-20 arasında değişmektedir.
- *Dördüncü alt boyut (Etkin olmayan iletişim, Doğumun Tıbbileştirilmesi ve Gizliliğin İhlali)* 16-19. maddeden oluşmaktadır ve alınabilecek puan 0-16 arasında değişmektedir. İç tutarlık güvenilirliğinin (Cronbach Alpha) 0.86'dır (Yeşilçiçek Çalık vd., 2023). Bu araştırmada kullanılan Obstetrik Şiddet Ölçeği ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach's Alpha katsayıları, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Obstetrik Şiddet Ölçeği'nin toplam Cronbach's Alpha değeri 0.91 olarak bulunmuş olup, bu değer ölçeğin iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında, Sağlık Tesisi Ortamı alt boyutunun Cronbach's Alpha değeri 0.89, Destekleyici Bakım alt boyutunun 0.90, Destekleyici Ortam alt boyutunun 0.88 ve Etkin Olmayan İletişim alt boyutunun 0.89 olduğu görülmektedir. Bu değerler, ölçeğin her bir alt boyutunun yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu ve ölçek maddelerinin iç tutarlılığının güçlü olduğunu göstermektedir.

3.6.3 Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

Anne ile bebek ve baba ile bebek arasındaki bağlanmayı ölçmek amacıyla kullanılan Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği'nin (ABBÖ) Türkçeye ölçüt bağıntılı uyarlamasının yapılarak, anne ve babalarda geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek ve anne ile baba arasındaki farklılıkları açıklamak amacıyla yapılmıştır (Karakulak Aydemir ve Alparslan,2016) Taylor ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin özgün adı "Mother-to-Infant Bonding Scale"dır. ABBÖ 8 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde bir ölçektir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 24 olmaktadır. Değerlendirmede 1.,4., ve 6. maddeler olumlu duygu ifadesi olup 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken; 2.,3.,5.,7. ve 8. maddeler olumsuz duygu ifadeleri olup 3,2,1,0 şeklinde, ters olarak puanlanmaktadır. Böylece nihai toplamda yüksek puan "olumsuz duyguların veya bağlanma eksikliğinin daha yoğun olduğunu" (daha zayıf anne-bebek bağı) göstermektedir.

1. **Olumsuz duygu/ifade maddeleri** (Nötr / hiçbir şey hissetmeme, Hoşlanmama, Kaygılı, Hırpalama, Kızgın)

- “Hiç yok” (0 puan) → Olumsuz duyguyu hiç hissetmeme
- “Biraz” (1 puan)
- “Fazla” (2 puan)
- “Çok fazla” (3 puan)

2. Olumlu duygu/ifade maddeleri (Sevgi dolu, Sevinçli, Koruyucu)

- “Hiç yok” (3 puan) → Pozitif duyguyu hiç hissetmeme (bağlanma açısından daha riskli)
- “Biraz” (2 puan)
- “Fazla” (1 puan)
- “Çok fazla” (0 puan)

(Aydemir vd., 2016; Taylor vd., 2005).

Bu araştırmada kullanılan Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği için hesaplanan Cronbach's Alpha katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler, ilgili hastanenin kadın doğum poliklinikleri ve servisine başvuran kadınlar ile yüz yüze görüşülerek ve aynı süreçte online (çevrimiçi) olarak toplanmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlara “Tanıtıcı veri formu”, “Obstetrik Şiddet Ölçeği” ve “Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)” kullanılmıştır. Görüşmeler 10-15 dakika sürmüştür.

3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 3.1. Normal Dağılım Analizi

	Basıklık	Çarpıklık
Obstetrik Şiddet Toplam	-0.72	0.54
Sağlık Tesisi Ortamı	0.23	1.00
Destekleyici Bakım	-0.79	0.68

Destekleyici Ortam	-0.68	0.54
Etkin Olmayan İletişim	1.14	1.35
Anne-Bebek Bağlanma Toplam	0.74	-1.02

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Kadınların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve posthoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır (Cohen, 1988; Hinkle, Wiersma& Jurs, 2003).

<u>Korelasyon Katsayısı (r)</u>	<u>İlişkinin Gücü</u>	<u>Yorum</u>
0.00 – 0.10	Çok zayıf	Hemen hemen yok gibi
0.10 – 0.30	Zayıf	Düşük seviyede ilişki var
0.30 – 0.50	Orta	Orta düzeyde ilişki var
0.50 – 0.70	Güçlü	Güçlü ilişki var
0.70 – 0.90	Çok güçlü	Çok güçlü ilişki var
0.90 – 1.00	Mükemmel	Neredeyse birebir ilişki var

Şekil 2. Korelasyon Katsayıları Analiz Değerleri (Cohen, 1988; Hinkle, Wiersma& Jurs, 2003)

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

İnsan Hakları Helsinki Bildirgesi doğrultusunda araştırma süresince bilimsel etik değerlere uygun davranılmıştır.

“Obstetrik Şiddet Ölçeği” ve “Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)” kullanımları için elektronik posta yoluyla ilgili yazarlardan izinler alınmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurul izni (Tarih: 2/10/2024 Karar No: 01.43) alınmıştır. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi’nde çalışmanın yürütülebilmesi için kurum izni (Tarih: 06/12/2024 Sayı: E-9174229949-044-

506340) alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözel onam ve “Bilgilendirilmiş Gönüllü Katılım Formu” ile yazılı onamları alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

3.10.1. Bağımlı Değişkenler

Obstetrik Şiddet Ölçeği ve Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) alt ve toplam puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.10.2. Bağımsız Değişkenler

Katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tokat ilinde yürütülen bu çalışma sonuçları evrene genellenemez.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş dağılımına bakıldığında, %13.9'unun 25 yaş ve altı, %49.1'inin 26-30 yaş aralığında, %37.1'inin ise 31 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, %9'unun ortaokul, %19.1'inin lise, %71.9'unun ise yüksekokul veya fakülte mezunu olduğu saptanmıştır. Meslek gruplarına göre dağılımda, %33.7'sinin memur, %8.6'sının işçi, %7.1'inin serbest meslek sahibi ve %50.6'sının ev hanımı olduğu görülmüştür. Ekonomik durum açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %34.1'inin iyi, %65.9'unun ise orta ekonomik seviyede olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1.'de aile yapısı değerlendirildiğinde; %86.9'unun çekirdek aile, %13.1'inin ise geniş aile yapısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların eşlerinin yaş dağılımına göre, %37.1'inin 30 yaş ve altı, %39'unun 31-35 yaş aralığında, %24'ünün ise 36 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Eşlerin eğitim durumlarına göre dağılımda, %11.2'sinin ortaokul, %26.6'sının lise, %62.2'sinin ise yüksekokul veya fakülte mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=267)

Gruplar	267(n)	Yüzde (%)
Yaş (y)		
25y ve Altı	37	13.9
26-30y	131	49.1
31y ve Üzeri	99	37
Eğitim Durumu		
Ortaokul	24	9.0
Lise	51	19.1
Yüksekokul-Fakülte Mezunu	192	71.9
Meslek		
Memur	90	33.7
İşçi	23	8.6
Serbest Meslek	19	7.1
Ev Hanımı	135	50.6

Ekonomik Durum Algısı		
İyi	91	34.1
Orta	176	65.9
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	232	86.9
Geniş Aile	35	13.1
Eş Yaşı		
30 ve Altı	99	37.0
31-35	104	39.0
36 ve Üzeri	64	24.0
Eş Eğitim Durumu		
Ortaokul	30	11.2
Lise	71	26.6
Yüksekokul-Fakülte Mezunu	166	62.2

Tablo 4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı (n=267)

Araştırmamıza katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde;

Gruplar	267(n)	Yüzde (%)
Gebelik Sayısı		
1	143	53.6
2	78	29.2
3	30	11.2
4	16	6.0
Düşük Yapma Durumu		
Evet	43	16.1
Hayır	224	83.9
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	140	52.4
Erkek	127	47.6
Son Gebelikte Anne Sağlık Sorunu		
Sağlık Sorunu var	61	22.8
Hayır Sağlık Sorunu yok	206	77.2
Son Gebelikte Bebeğin Sağlık Sorunu		
Sağlık Sorunu var	28	10.5
Hayır Sağlık Sorunu yok	239	89.5

Doğum Şekli		
Normal Doğum	253	94.8
Epidural Anesteziyle Doğum	14	5.2
Doğumda Yaşanan Sorun		
Evet sorun yaşadım	41	15.4
Hayır sorun yaşamadım	226	84.6
Doğum Sonrası Hissettiği Duygu		
Doğum Acı Vericiydi	120	44.9
Doğum Korkutucuydu	40	15.0
Doğum Mutluluk vericiydi	107	40.1
Doğumu Yaptıran Kişi		
Kadın Doğum Uzmanı Doktor	162	60.7
Ebe	105	39.3
Doğumu Yaptıran Kişinin Cinsiyeti		
Kadın	203	76.0
Erkek	64	24.0
Epizyotomi Kesi Uygulanması		
Kesi Uygulanmadı	69	25.8
Kesi Uygulandı	198	74.2
Yırtıklara Bağlı Dikiş Durumu		
Evet var	228	85.4
Hayır yok	39	14.6
Vajinal Muayene Sayısı		
1 Kez	38	14.2
2 Kez	31	11.6
3-4 Kez	83	31.1
5 Kez ve Üzeri	115	43.1
Suni Sancı Uygulaması		
Uygulandı	131	49.1
Uygulanmadı	136	50.9
NST Uygulaması		
Uygulandı	254	95.1
Uygulanmadı	13	4.9
Doğum Öncesi Lavman Uygulaması		
Uygulandı	91	34.1
Uygulanmadı	176	65.9

Doğum Sürecinde Ebelerden Hemşirelerden Alınan Destek		
Çok İyi	107	40.1
İyi	83	31.1
Orta	77	28.8
Doğum Sürecinde Hekimlerden Alınan Destek		
Çok İyi	108	40.4
İyi	84	31.5
Orta	75	28.1
Sağlık Çalışanlarından Şiddet Algısı ve Kaynağı		
Hayır, Uğramadım	239	89.5
Doktor	8	3.0
Ebe	11	4.1
Hemşire	4	1.5
Diğer Çalışanlar	5	1.9
Doğum Sonrası İlk Emzirme Süresi		
Hemen (ilk yarım saat)	155	58.1
2 Saat İçinde	78	29.2
3 Saat ve Üzeri	19	7.1
Emzirmedi	15	5.6
Bebeğin Gelişiminin Aile Hayatına Etkisi		
Olumlu Etkilendim	238	89.1
Olumsuz Etkilendim	14	5.2
Hayatımda Değişiklik Olmadı	15	5.6
Bebeğin Uyku Düzeni Aynı Odada Uyuma		
Evet	255	95.5
Hayır	12	4.5
Doğum Sonrası Ten Teması		
Evet ten teması yapıldı	224	83.9
Hayır Yapılmadı	43	16.1
	$\bar{X} \pm SS$	
Anne Yaşı	29.77±4.69	
Eşin Yaşı	32.64±5.17	
Düşük Sayısı	1.33±0.64	

Tablo 4.2.'de Gebelik sayısı açısından incelendiğinde, %53.6'sının ilk gebeliği, %29.2'sinin ikinci gebeliği, %11.2'sinin üçüncü gebeliği, %6'sının ise dördüncü gebeliği olduğu

belirlenmiştir. Düşük yapma durumu değerlendirildiğinde, %16.1'inin evet, %83.9'unun hayır yanıtını verdiği görülmüştür. Son doğan bebeğin cinsiyeti açısından bakıldığında, %52.4'ünün kız, %47.6'sının erkek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.'de Gebelik sırasında sağlık sorunu yaşama durumu incelendiğinde, katılımcıların %22.8'inin gebelik sırasında sağlık sorunu yaşadığı, %77.2'sinin ise herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığı belirlenmiştir. Bebekte sağlık sorunu gelişip gelişmediğine dair veriler incelendiğinde, %10.5'inin evet, %89.5'inin ise hayır yanıtını verdiği görülmüştür. Doğum şekli açısından değerlendirildiğinde, %94.8'inin normal doğum, %5.2'sinin ise epidural ile doğum yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2.'de Doğum sırasında yaşanan sorunlar açısından değerlendirildiğinde, %15.4'ü doğum sırasında sorun yaşadığını, %84.6'sı ise herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Kadınların doğum sonrası hissettikleri duygular incelendiğinde, %44.9'unun acı verici, %15'inin korkutucu, %40.1'inin ise mutlu olarak tanımladığı görülmüştür. Doğumu yaptıran kişi açısından değerlendirildiğinde, %60.7'sinin kadın doğum uzmanı doktor, %39.3'ünün ise ebe olduğu belirlenmiştir. Doğumu yaptıran kişinin cinsiyeti açısından bakıldığında, %76'sının kadın, %24'ünün ise erkek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.'de Epizyotomi (doğum kesisi) uygulaması açısından değerlendirildiğinde, %74.2'sine epizyotomi uygulandığı, %25.8'ine ise uygulanmadığı belirlenmiştir. Dikiş durumu açısından bakıldığında, %85.4'ünün evet, %14.6'sının ise hayır yanıtını verdiği görülmüştür. Vajinal muayene sayısı açısından incelendiğinde, %14.2'sinin bir kez, %11.6'sının iki kez, %31.1'inin 3-4 kez, %43.1'inin ise beş kez ve üzeri vajinal muayene olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.'de Suni sancı uygulaması açısından değerlendirildiğinde, %49.1'ine uygulandığı, %50.9'una ise uygulanmadığı belirlenmiştir. NST (non-stres test) uygulaması açısından bakıldığında, %95.1'ine uygulandığı, %4.9'una ise uygulanmadığı tespit edilmiştir. Doğum öncesi lavman uygulaması açısından değerlendirildiğinde, %34.1'ine uygulandığı, %65.9'una ise uygulanmadığı görülmüştür.

Tablo 4.2.'de Doğum sürecinde ebelerden ve hemşirelerden alınan destek açısından değerlendirildiğinde, %40.1'inin çok iyi, %31.1'inin iyi, %28.8'inin ise orta düzeyde destek

aldığını belirttiği görülmüştür. Doğum sürecinde hekimlerden alınan destek açısından değerlendirildiğinde, %40.4'ü çok iyi, %31.5'i iyi, %28.1'i ise orta düzeyde destek aldığını ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarından şiddet algısı ve kaynağı açısından değerlendirildiğinde, %89.5'i herhangi bir şiddete uğramadığını, %3'ü doktor, %4.1'i ebe, %1.5'i hemşire, %1.9'u ise diğer sağlık çalışanları tarafından şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.

Tablo 4.2.'de Doğum sonrası ilk emzirme süresi açısından değerlendirildiğinde, %58.1'i bebeğini hemen emzirdiğini, %29.2'si ilk iki saat içinde, %7.1'i üç saat ve üzerinde, %5.6'sı ise hiç emzirmediğini ifade etmiştir. Bebeğin doğumunun aile hayatına etkisi açısından bakıldığında, %89.1'i olumlu etkilendiğini, %5.2'si olumsuz etkilendiğini, %5.6'sı ise herhangi bir değişiklik olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.2.'de Bebeğin uyku düzeni açısından değerlendirildiğinde, %95.5'i bebeğiyle aynı odada uyuduğunu, %4.5'i ise ayrı odada uyuduğunu ifade etmiştir. Doğum sonrası ten teması açısından bakıldığında, %83.9'una ten teması uygulandığı, %16.1'ine ise uygulanmadığı belirlenmiştir. Kadınların yaş ortalaması 29.77 ± 4.69 (Min-Maks=18-47), eşlerinin yaş ortalaması 32.64 ± 5.17 (Min-Maks=19-50) olarak belirlenmiştir. Kadınların düşük yapma sayısına bakıldığında, ortalamanın 1.33 ± 0.64 (Min-Maks= 1-4) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Obstetrik Şiddet Ölçeği (OŞÖ) Puan Ortalamaları (n=267)

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$	Min.- Maks.
Obstetrik Şiddet Ölçek Toplam Puanı	18.78±14.98	0.00- 59.00
Sağlık Tesisi Ortamı	2.99±3.34	0.00- 15.00
Destekleyici Bakım	6.04±6.05	0.00- 20.00
Destekleyici Ortam	6.76±5.60	0.00- 20.00
Etkin Olmayan İletişim	2.97±3.38	0.00- 16.00

Tablo 4.3.'de araştırmaya katılan kadınların Obstetrik Şiddet Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, toplam ölçek puanının 18.78 ± 14.98 (Min-Maks=0.00-59.00) olduğu belirlenmiştir. Bu değer, katılımcıların doğum sürecinde farklı düzeylerde obstetrik şiddet deneyimlediğini göstermektedir.

Tablo 4.3.'de ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında, Sağlık Tesisi Ortamı alt boyutunun ortalaması 2.99 ± 3.34 (Min-Maks =0.00-15.00) olarak hesaplanmıştır. Destekleyici Bakım alt boyutunda ise puan ortalaması 6.04 ± 6.05 (Min-Maks =0.00-20.00) olup, doğum sürecinde destekleyici bakımın değişkenlik gösterdiği görülmektedir.

Destekleyici Ortam alt boyutunun puan ortalaması 6.76 ± 5.60 (Min-Maks = 0.00-20.00) olarak belirlenmiş, bu durum bazı kadınların doğum sürecinde yeterli destekleyici ortam sağlandığını belirtirken bazılarının eksiklik hissettiğini göstermektedir. Etkin Olmayan İletişim alt boyutunda ise ortalama puanın 2.97 ± 3.38 (Min-Maks= 0.00-16.00) olduğu tespit edilmiştir. Bu değerler, doğum sürecinde sağlık çalışanları ile iletişimin katılımcılar tarafından farklı düzeylerde algılandığını ortaya koymaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamaları

	n	$\bar{X} \pm SS$	Min.- Maks.
Anne-Bebek Bağlanma Toplam	267	1.95 ± 2.43	0.00-13.00

Tablo 4.4.'de araştırmaya katılan kadınların Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği toplam puan ortalaması 1.95 ± 2.43 (Min-Maks= 0.00-13.00) olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, Ölçekten alınabilecek puan 0-24 arasında değişmektedir. Daha yüksek puanlar, olumsuz duyguların veya bağlanma eksikliğinin daha yoğun olduğunu gösterirken, düşük puanlar daha güçlü anne-bebek bağlanmasını ifade etmektedir.

Bu çalışmada ortalama bağlanma puanının düşük olması (1.95), genel olarak katılımcıların anne-bebek bağlanmalarının güçlü olduğunu ve bağlanma ile ilgili olumsuz duyguların daha az yaşandığını göstermektedir. Standart sapmanın 2.43 olması, bireyler arasında bağlanma puanlarında bir miktar farklılık olduğunu ancak büyük bir değişkenlik içermediğini düşündürmektedir. Minimum puanın 0 ve maksimum puanın 13 olması, hiçbir katılımcının en

üst düzeyde bağlanma eksikliği yaşamadığını, ancak bazı bireylerin orta düzeyde bağlanma sorunları bildirdiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, katılımcıların büyük çoğunluğunun anne-bebek bağlanmasının güçlü olduğu, ancak bazı bireylerde bağlanma eksikliğinin veya olumsuz duyguların daha belirgin olabileceği söylenebilir.

Tablo 4.5. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ile Obstetrik Şiddet Ölçek Puanları Arasındaki İlişki**

Ölçekler		Anne-Bebek Bağlanma Ölçek Toplamı
Obstetrik Şiddet Ölçek Toplamı	r	-0.28**
	p	0.000
Sağlık Tesisi Ortamı	r	-0.30**
	p	0.000
Destekleyici Bakım	r	-0.28**
	p	0.000
Destekleyici Ortam	r	-0.29**
	p	0.000
Etkin Olmayan İletişim	r	-0.05
	p	0.397

**<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.5.'de Anne-Bebek Bağlanma ile Obstetrik Şiddet Puanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Tablo 4.5'teki bulgular incelendiğinde, genel obstetrik şiddet düzeyinin artmasıyla anne-bebek bağlanma eksikliğinin veya olumsuz duyguların daha yoğun olduğunu göstermektedir ($r=0.28$, $p<0.01$). ($r=-0.28$, $p<0.01$). Bu bulgu, obstetrik şiddet arttıkça anne-bebek bağlanmasının azaldığını göstermektedir.

Obstetrik şiddetin alt boyutları ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkilere bakıldığında, Sağlık Tesisi Ortamı alt boyutu ile anne-bebek bağlanması arasında $r=-0.30$, $p<0.01$ düzeyinde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç, sağlık tesisi ortamındaki olumsuz deneyimlerin anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.

Destekleyici Bakım alt boyutu ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişki $r=-0.28$, $p<0.01$ olup pozitif yönde anlamlıdır. Benzer şekilde, Destekleyici Ortam alt boyutu için de $r=-0.29$, $p<0.01$

değeri bulunmuş ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, doğum sürecinde yaşanan olumsuz deneyimlerin, özellikle sağlık tesisindeki ortam, bakım ve destek unsurlarının yetersizliği durumunda, anne-bebek bağlanmasının zayıflamasına yol açtığını işaret etmektedir. (Tablo 4.5.).

Öte yandan, Etkin Olmayan İletişim alt boyutu ile Anne-bebek Bağlanması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=0.05$, $p=0.397$). Bu sonuç, sağlık çalışanları ile etkili bir iletişim kurulamamasının anne-bebek bağlanmasını doğrudan etkilemediğini göstermektedir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Obstetrik Şiddetin Anne-Bebek Bağlanma Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	β	SE	β			Alt	Üst
Sabit	1.094	0.230		4.759	0.000	0.642	1.547
Obstetrik Şiddet Toplam	0.046	0.010	0.283	4.807	0.000	0.027	0.065
*Bağımlı Değişken=Anne-Bebek Bağlanma Toplam, $R=0.283$; $R^2=0.077$; $F=23.106$; $p=0.000$; Durbin Watson Değeri=1.776							

Tablo 4.6.'de regresyon analizi sonuçlarına göre, obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanması üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($\beta = 0.046$, $p < 0.001$). Bu bulgu, doğum sürecinde daha yüksek obstetrik şiddete maruz kalan kadınların, anne-bebek bağlanmasının daha düşük olduğunu göstermektedir. Standart edilmiş regresyon katsayısı ($\beta = 0.283$), obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanma puanı üzerindeki etkisinin orta düzeyde olduğunu ifade etmektedir.

Modelin açıklayıcılığı incelendiğinde, $R^2=0.077$ değeri, obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanma puanındaki toplam varyansın %7,7'sini açıkladığını göstermektedir. F değeri ($F=23.106$, $p < 0.001$), modelin genel olarak anlamlı olduğunu ve obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanmasını etkileyen önemli bir faktör olduğunu desteklemektedir. Durbin-Watson değeri (1.776) ise regresyon modelinde otokorelasyon olmadığını ve modelin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, doğum sürecinde obstetrik şiddete maruz kalan kadınların anne-bebek bağlanmalarının daha zayıf olduğu söylenebilir. Bu durum, doğum sürecinde olumsuz deneyimlerin, annenin bebeğiyle kurduğu bağ üzerinde önemli bir stres kaynağı oluşturabileceğini ve bağlanma sürecini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.

Tablo 4.7. Obstetrik Şiddet Ölçeği Alt Boyutlarının Anne-Bebek Bağlanma Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	β	SE				Alt	Üst
Sabit	1.24	0.23		5.26	0.000	0.77	1.70
Sağlık Tesisi Ortamı	0.12	0.05	0.17	2.28	0.023	0.01	0.23
Destekleyici Bakım	0.05	0.04	0.13	1.22	0.223	-0.03	0.14
Destekleyici Ortam	0.05	0.04	0.12	1.11	0.265	-0.04	0.14
Etkin Olmayan İletişim	-0.11	0.04	-0.16	-2.66	0.008	-0.20	-0.03
*Bağımlı Değişken=Anne-Bebek Bağlanma Toplam, $R=0.369$; $R^2=0.123$; $F=10.317$; $p=0.000$; Durbin Watson Değeri=1.817							

Tablo 4.7.'da Obstetrik Şiddet Alt Boyutlarının Anne-Bebek Bağlanması Üzerine Etkisini incelemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları, obstetrik şiddetin alt boyutlarının anne-bebek bağlanmasını açıklamada anlamlı bir model oluşturduğunu göstermektedir ($F=10.317$; $p < 0.001$). Modelin açıklayıcılık düzeyine bakıldığında, $R^2=0.123$ olup, obstetrik şiddetin alt boyutlarının anne-bebek bağlanmasındaki değişimin %12.3'ünü açıkladığı görülmektedir.

Regresyon analizi sonuçları, obstetrik şiddetin alt boyutlarının anne-bebek bağlanması üzerindeki etkilerini değerlendirmektedir. Model genel olarak anlamlı bulunmuş ($F = 10.317$, $p<0.001$) ve obstetrik şiddet alt boyutlarının anne-bebek bağlanma puanındaki toplam varyansın %12.3'ünü açıkladığı görülmüştür ($R^2 = 0.123$).

- Obstetrik şiddetin alt boyutları incelendiğinde, sağlık tesisi ortamı alt boyutunun anne-bebek bağlanması üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($B = 0.125$, $p=0.023$). Bu sonuç, doğum yapılan sağlık tesisinde yaşanan olumsuz deneyimlerin, anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir.
- Destekleyici bakım ($B = 0.055$, $p = 0.223$) ve destekleyici ortam ($B = 0.053$, $p = 0.265$) değişkenleri ise anlamlı bir etki göstermemiştir. Bu bulgular, doğum sırasında alınan destekleyici bakımın ve ortamın anne-bebek bağlanması üzerinde belirleyici bir rol oynayabileceğini ancak istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermediğini ortaya koymaktadır.
- Öte yandan, etkin olmayan iletişim alt boyutu, anne-bebek bağlanmasını anlamlı düzeyde olumsuz etkileyen tek değişken olarak belirlenmiştir ($B = -0.118$, $p = 0.008$). Bu bulgu, doğum sürecinde sağlık çalışanlarıyla kurulan olumsuz veya yetersiz iletişimin, anne-bebek bağlanmasını zayıflattığını ve bağlanma ile ilgili olumsuz duyguların daha fazla yaşanmasına neden olabileceğini göstermektedir.

Tablo 4.8. Obstetrik Şiddet Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (n=267)

Demografik Özellikler	n	Obstetrik Şiddet Toplam	Sağlık Tesisi Ortamı	Destekleyici Bakım	Destekleyici Ortam	Etkin Olmayan İletişim
Yaş		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
25 ve Altı	37	17.94±13.69	2.97±2.97	5.32±4.92	6.00±4.57	3.64±3.30
26-30	131	18.57±15.04	2.81±3.35	6.16±6.24	6.76±5.69	2.82±3.24
31 ve Üzeri	99	19.37±15.49	3.24±3.47	6.16±6.22	7.05±5.84	2.91±3.60
F=		0.147	0.456	0.305	0.472	0.873
p=		0.864	0.634	0.737	0.624	0.419

Eğitim Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Ortaokul	24	17.50±12.77	2.87±3.05	5.00±4.70	5.37±3.80	4.25±3.30
Lise	51	19.92±15.68	2.80±3.34	6.76±6.21	7.17±5.93	3.17±3.99
Yükseköğül-fakülte	192	18.64±15.10	3.06±3.38	5.99±6.17	6.82±5.69	2.76±3.19
Mezunu						
F=		0.242	0.137	0.723	0.888	2.195
p=		0.785	0.872	0.486	0.413	0.113
Meslek		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Memur ¹	90	16.41±14.31	2.76±3.16	5.07±5.41	5.95±5.44	2.61±3.34
İşçi ²	23	12.52±11.69	1.91±2.55	3.65±4.59	4.43±4.97	2.52±2.59
Serbest Meslek ³	19	19.21±15.66	2.84±3.43	6.21±6.31	7.26±5.67	2.89±2.92
Ev Hanımı ⁴	135	21.37±15.40	3.35±3.53	7.08±6.47	7.63±5.66	3.30±3.58
F=		3.533	1.489	3.369	3.152	0.910
p=		0.015	0.218	0.019	0.025	0.437
PostHoc=		4>1, 4>2 (p<0.05)		4>1, 4>2 (p<0.05)	4>1, 4>2 (p<0.05)	
Ekonomik Durum Algısı		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İyi	91	14.58±14.85	2.22±3.30	4.52±5.83	5.13±5.35	2.70±3.57
Orta	176	20.95±14.63	3.39±3.29	6.83±6.03	7.60±5.55	3.11±3.28
t=		-3.355	-2.764	-2.994	-3.496	-0.938

p= 0.001 0.006 0.003 0.001 0.349

Aile Yapısı		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Çekirdek Aile	232	18.47±15.02	2.99±3.39	5.98±6.14	6.67±5.58	2.82±3.33
Geniş Aile	35	20.85±14.77	3.02±3.04	6.48±5.54	7.37±5.76	3.97±3.64
t=		-0.878	-0.061	-0.457	-0.688	-1.878
p=		0.381	0.951	0.648	0.492	0.061

Eş Yaşı		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
30 ve Altı	99	20.25±14.96	3.29±3.42	6.66±5.97	7.07±5.41	3.22±3.34
31-35	104	17.72±15.09	2.60±3.08	5.73±6.14	6.63±5.66	2.75±3.36
36 ve Üzeri	64	18.23±14.90	3.17±3.60	5.60±6.08	6.50±5.84	2.95±3.53
F=		0.778	1.190	0.825	0.246	0.492
p=		0.460	0.306	0.439	0.782	0.612

Eş Eğitim Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Ortaokul	30	19.46±14.59	2.96±3.02	6.06±5.97	6.06±4.91	4.36±3.64
Lise	71	19.26±15.43	3.12±3.52	6.36±5.96	7.09±5.60	2.67±3.31
Yüksekokul-fakülte Mezunlu	166	18.45±14.94	2.94±3.33	5.91±6.14	6.74±5.73	2.84±3.33
F=		0.108	0.074	0.140	0.358	2.965
p=		0.898	0.929	0.869	0.699	0.053

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.8.'de obstetrik şiddet puanlarının kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşma durumu incelenmiş ve çeşitli demografik değişkenler ile obstetrik şiddet arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Yaş grupları arasında obstetrik şiddet toplam puanı ve alt boyutlar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durum, obstetrik şiddetin yaşa bağlı bir değişken olmadığını göstermektedir. Eğitim durumuna göre yapılan analizde de obstetrik şiddet puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamış olup ($p>0.05$), kadınların eğitim düzeylerinin doğum sürecinde yaşadıkları şiddet algısını doğrudan etkilemediği görülmüştür.

Kadınların meslek durumlarına göre obstetrik şiddet puanlarında anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$). Ev hanımları, memurlar ve işçiler ile karşılaştırıldığında daha yüksek obstetrik şiddet puanına sahip bulunmuştur. Post-hoc analizleri, ev hanımlarının, memurlar ve işçiler ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla obstetrik şiddet deneyimlediğini göstermektedir ($p=0.015$). Ekonomik durum değişkenine göre değerlendirildiğinde. Ekonomik durumu orta seviyede olan kadınların, iyi ekonomik duruma sahip kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanı aldığı belirlenmiştir ($p<0.01$). Bu bulgu, sosyoekonomik olarak daha dezavantajlı kadınların doğum sürecinde daha fazla şiddet yaşadığını göstermektedir.

Aile yapısına göre obstetrik şiddet puanları incelendiğinde, çekirdek ve geniş aileye sahip kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Eş yaşına göre yapılan analizde de anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Eşin eğitim düzeyi, kadınların doğum sürecinde yaşadığı obstetrik şiddet deneyimi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Obstetrik Şiddet Puanlarının Obstetrik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (n=267)

Obstetrik Özellikler	n	Obstetrik Şiddet Toplam	Sağlık Tesisi Ortamı	Destekleyici Bakım	Destekleyici Ortam	Etkin Olmayan İletişim
Gebelik Sayısı		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
1 ¹	143	19.25±15.02	3.01±3.30	6.29±6.03	7.02±5.64	2.93±3.37

2 ²	78	17.44±14.89	3.16±3.44	5.57±6.16	6.28±5.44	2.42±2.89
3 ³	30	18.80±15.72	2.96±3.73	5.76±6.09	6.53±6.09	3.53±3.69
4 ve üzeri ⁴	16	21.00±14.65	2.06±2.32	6.68±6.05	7.25±5.33	5.00±4.41
F=		0.368	0.483	0.314	0.347	2.939
p=		0.776	0.694	0.815	0.791	0.034
PostHoc=						4>1, 4>2 (p<0.05)

Düşük Durumu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	43	16.20±14.41	2.81±3.58	4.69±5.58	5.51±5.27	3.18±3.85
Hayır	224	19.27±15.07	3.03±3.30	6.30±6.12	7.00±5.64	2.93±3.29
t=		-1.230	-0.390	-1.601	-1.606	0.448
p=		0.220	0.697	0.111	0.110	0.655
Bebğin Cinsiyeti		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kız	140	19.23±15.76	3.10±3.56	6.05±6.24	7.04±5.89	3.02±3.51
Erkek	127	18.28±14.13	2.87±3.08	6.03±5.87	6.45±5.26	2.91±3.25
t=		0.518	0.569	0.024	0.854	0.277
p=		0.605	0.570	0.981	0.394	0.782
Son Gebelikte Anne Sağlık Sorunu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	61	21.78±15.10	3.93±3.66	6.95±6.39	7.27±5.70	3.62±4.00
Hayır	206	17.89±14.87	2.71±3.19	5.78±5.94	6.61±5.57	2.78±3.16
t=		1.789	2.521	1.326	0.817	1.710

p=		0.075	0.012	0.186	0.415	0.088
Son Gebelikte Bebekte Sağlık Sorunu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	28	26.53±15.30	5.25±4.20	8.25±6.53	8.07±5.68	4.96±4.45
Hayır	239	17.87±14.71	2.73±3.13	5.79±5.96	6.61±5.58	2.74±3.17
t=		2.934	3.869	2.044	1.307	3.349
p=		0.004	0.004	0.042	0.192	0.015
Doğum Şekli		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Normal Doğum	253	19.07±15.06	2.98±3.32	6.15±6.12	6.90±5.59	3.02±3.42
Epidural ile Doğum	14	13.57±12.98	3.21±3.72	4.07±4.56	4.21±5.25	2.07±2.64
t=		1.338	-0.250	1.256	1.757	1.024
p=		0.182	0.803	0.210	0.080	0.307
Doğumda Yaşanan Sorun		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	41	27.63±12.68	4.31±3.11	9.24±6.36	9.46±5.15	4.61±3.61
Hayır	226	17.17±14.83	2.75±3.33	5.46±5.83	6.27±5.54	2.67±3.26
t=		4.239	2.785	3.760	3.422	3.428
p=		0.000	0.006	0.000	0.001	0.001
Doğum Sonrası Hissettiği Duygu		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Acı Verici ¹	120	20.50±14.71	3.54±3.25	6.75±6.19	7.36±5.61	2.84±3.00
Korkutucu ²	40	20.57±13.66	3.37±3.55	6.40±5.91	7.17±5.24	3.62±3.68

Mutlu ³	107	16.18±15.51	2.24±3.24	5.13±5.89	5.93±5.66	2.87±3.67
F=		2.713	4.700	2.116	1.991	0.872
p=		0.068	0.010	0.123	0.139	0.419
			1>3 (p<0.05)			

Doğumu Yaptıran Kişi		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kadın Doğum Uzmanı	162	18.00±14.86	3.06±3.36	5.66±5.73	6.48±5.57	2.79±3.38
Doktor Ebe	105	19.99±15.17	2.89±3.32	6.64±6.51	7.20±5.63	3.24±3.39
t=		-1.060	0.397	-1.302	-1.024	-1.064
p=		0.290	0.692	0.207	0.307	0.288
Doğumu Yaptıran Kişinin Cinsiyeti		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Kadın	203	18.78±14.35	2.93±3.14	6.14±6.00	6.74±5.43	2.95±3.20
Erkek	64	18.78±16.96	3.20±3.91	5.73±6.28	6.81±6.15	3.03±3.93
t=		0.001	-0.567	0.475	-0.079	-0.155
p=		0.999	0.614	0.635	0.937	0.877
Epizyotomi Kesi Uygulanması		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Uygulanmadı	69	17.33±15.75	3.13±3.60	5.59±6.01	6.18±6.08	2.42±3.19
Uygulandı	198	19.28±14.72	2.95±3.25	6.20±6.08	6.96±5.42	3.16±3.44
t=		-0.933	0.387	-0.723	-0.991	-1.580

p=			0.352	0.699	0.470	0.322	0.115
Dikiş Durumu			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	228		19.10±14.79	3.03±3.34	6.13±6.06	6.92±5.52	3.00±3.39
Hayır	39		16.92±16.14	2.76±3.39	5.53±6.07	5.84±6.03	2.76±3.37
t=			0.838	0.458	0.568	1.108	0.407
p=			0.403	0.647	0.570	0.269	0.684
Vajinal Muayene Sayısı			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
1 Kez	38		17.50±13.56	2.73±2.97	4.97±5.35	7.05±5.94	2.73±3.64
2 Kez	31		20.00±16.68	3.41±3.66	6.61±6.48	7.35±6.38	2.61±3.46
3-4 Kez	83		17.50±14.85	2.78±3.65	5.57±6.37	6.56±5.21	2.57±3.10
5 Kez ve Üzeri	115		19.80±15.14	3.12±3.15	6.59±5.92	6.65±5.59	3.43±3.46
F=			0.535	0.406	0.962	0.197	1.270
p=			0.658	0.749	0.411	0.899	0.285
Suni Sancı Uygulaması			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Uygulandı	131		21.36±14.69	3.42±3.23	6.87±6.12	7.53±5.50	3.52±3.40
Uygulanmadı	136		16.29±14.89	2.58±3.40	5.25±5.90	6.02±5.60	2.44±3.30
t=			2.800	2.082	2.211	2.222	2.647
p=			0.005	0.038	0.028	0.027	0.009
Nst Uygulaması			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Uygulandı	254		18.55±14.88	2.94±3.30	6.01±5.99	6.67±5.53	2.92±3.34

Uygulanmadı	13	23.23±16.88	4.07±4.07	6.69±7.42	8.53±6.71	3.92±4.21
t=		-1.097	-1.196	-0.392	-1.172	-1.036
p=		0.273	0.233	0.695	0.242	0.301
Doğum Öncesi Lavman Uygulaması						
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Uygulandı	91	22.57±15.80	3.51±3.51	7.41±6.40	8.13±5.90	3.50±3.83
Uygulanmadı	176	16.82±14.20	2.72±3.22	5.34±5.76	6.05±5.31	2.69±3.10
t=		3.015	1.837	2.685	2.910	1.853
p=		0.003	0.067	0.008	0.004	0.085
Doğum Sürecinde Ebelerden Hemşirelerde n Alınan Destek						
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Çok İyi ¹	107	12.59±14.78	2.12±3.32	3.91±5.82	4.68±5.70	1.87±3.09
İyi ²	83	17.90±13.11	2.84±3.22	5.59±5.10	6.50±4.70	2.96±3.09
Orta ³	77	28.32±12.20	4.37±3.07	9.50±5.85	9.93±4.91	4.50±3.51
F=		30.336	11.104	22.547	23.123	14.879
p=		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
PostHoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)
Doğum Sürecinde Hekimlerden Alınan Destek						
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Çok İyi ¹	108	12.78±14.79	2.29±3.52	3.79±5.64	4.71±5.59	1.98±3.37

İyi ²	84	18.77±13.27	2.92±3.03	5.86±5.52	7.00±5.09	2.97±3.15
Orta ³	75	27.42±12.86	4.08±3.15	9.49±5.67	9.45±4.98	4.40±3.18
F=		24.907	6.596	22.839	18.008	12.232
p=		0.000	0.002	0.000	0.000	0.000
PostHoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)

Sağlık Çalışanlarınd an Şiddet Algısı

		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Hayır, Uğramadım	239	17.38±14.74	2.78±3.28	5.49±5.83	6.36±5.56	2.74±3.35
Evet	28	30.75±11.41	4.82±3.31	10.78±5.97	10.21±4.67	4.92±3.06
t=		-4.634	-3.104	-4.530	-3.519	-3.286
p=		0.000	0.002	0.000	0.001	0.001

Doğum Sonrası İlk Emzirme Süresi

		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Hemen ¹	155	14.37±14.10	1.99±2.87	4.77±5.59	5.16±5.17	2.43±3.40
2 Saat İçinde ²	78	23.32±14.03	3.50±3.08	7.53±6.16	8.66±5.37	3.61±3.27
3 Saat ve Üzeri ³	19	26.47±13.19	6.10±3.29	8.15±6.65	8.26±5.76	3.94±3.51
Emzirmedi ⁴	15	31.00±14.22	6.80±3.70	8.80±6.60	11.46±4.94	3.93±2.89
F=		13.513	21.098	5.973	12.647	3.225
p=		0.000	0.000	0.001	0.000	0,023

PostHoc=

2>1, 3>1,
4>1 (p<0.05)2>1, 3>1,
4>1, 3>2,
4>2
(p<0.05)2>1, 3>1,
4>1
(p<0.05)2>1, 3>1,
4>1
(p<0.05)2>1
(p<0.05)**Bebeğin
Gelişinin Aile
Hayatına
Etkisi**

		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Olumlu Etkilendi ¹	238	18.17±14.94	2.95±3.33	5.86±5.97	6.45±5.55	2.91±3.35
Olumsuz Etkilendi ²	14	21.78±9.47	2.85±3.25	6.14±5.17	9.21±3.53	3.57±3.97
Değişiklik Olmadı ³	15	25.66±18.39	3.86±3.64	8.93±7.68	9.46±6.76	3.40±3.46
F=		2.077	0.542	1.827	3.528	0.375
p=		0.127	0.582	0.163	0.031	0.688
PostHoc=					3>1 (p<0.05)	

**Bebeğin Uyku
Düzeni Aynı
Odada
Uyuma**

		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	255	18.82±15.18	2.98±3.37	6.05±6.11	6.76±5.65	3.01±3.44
Hayır	12	18.00±10.26	3.16±2.75	5.91±5.01	6.83±4.56	2.08±1.83
t=		0.185	-0.180	0.077	-0.044	0.931
p=		0.796	0.857	0.939	0.965	0.123

**Doğum
Sonrası Ten
Teması**

		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Evet	224	16.95±14.23	2.47±3.00	5.47±5.82	6.12±5.39	2.87±3.41
Hayır	43	28.32±15.36	5.69±3.72	9.02±6.45	10.11±5.50	3.48±3.24

t=	-4.738	-6.178	-3.592	-4.433	-1.088
p=	0.000	0.000	0.000	0.000	0.278

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.9.'da obstetrik şiddet puanlarının kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşma durumu incelenmiş ve çeşitli demografik değişkenler ile obstetrik şiddet arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Yaş grupları arasında obstetrik şiddet toplam puanı ve alt boyutlar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durum, obstetrik şiddetin yaşa bağlı bir değişken olmadığını göstermektedir. Eğitim durumuna göre yapılan analizde de obstetrik şiddet puanlarında anlamlı bir farklılık saptanmamış olup ($p>0.05$), kadınların eğitim düzeylerinin doğum sürecinde yaşadıkları şiddet algısını doğrudan etkilemediği görülmüştür.

Tablo 4.9.'da kadınların meslek durumlarına göre obstetrik şiddet puanlarında anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$). Ev hanımları, memurlar ve işçiler ile karşılaştırıldığında daha yüksek obstetrik şiddet puanına sahip bulunmuştur. Post-hoc analizleri, ev hanımlarının, memurlar ve işçiler ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla obstetrik şiddet deneyimlediğini göstermektedir ($p=0.015$). Ekonomik durum değişkenine göre değerlendirildiğinde. Ekonomik durumu orta seviyede olan kadınların, iyi ekonomik duruma sahip kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanı aldığı belirlenmiştir ($p<0.01$). Bu bulgu, sosyoekonomik olarak daha dezavantajlı kadınların doğum sürecinde daha fazla şiddet yaşadığını göstermektedir.

Aile yapısına göre obstetrik şiddet puanları incelendiğinde, çekirdek ve geniş aileye sahip kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Eş yaşına göre yapılan analizde de anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Eşin eğitim düzeyi, kadınların doğum sürecinde yaşadığı obstetrik şiddet deneyimi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır ($p>0.05$). Gebelik sayısı açısından yapılan değerlendirmede, etkin olmayan iletişim alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.034$). Post-hoc analizleri, dört veya daha fazla gebeliği olan kadınların, birinci ve ikinci gebeliği olan kadınlara kıyasla daha fazla etkin olmayan iletişim sorunuyla karşılaştığını göstermektedir.

Tablo 4.9.'da kadınların düşük yapma durumlarına göre obstetrik şiddet puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bebeğin cinsiyeti, anne adayının doğum sürecinde maruz kaldığı obstetrik şiddet ile ilişkili bulunmamıştır ($p>0.05$). Gebelik sırasında sağlık sorunu yaşayan kadınların, yaşamayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanına sahip olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Özellikle sağlık tesisi ortamı alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.012$). Bu sonuç, gebelik sürecinde sağlık sorunu yaşayan kadınların sağlık çalışanları ile daha fazla olumsuz deneyim yaşadığını göstermektedir. Bebeğinde sağlık sorunu gelişen kadınların, yaşamayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanı aldığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Özellikle sağlık tesisi ortamı, destekleyici bakım ve etkin olmayan iletişim alt boyutlarında anlamlı farklar bulunmuştur.

Tablo 4.9.'da doğum şekli açısından değerlendirildiğinde, normal doğum ve epidural doğum yapan kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak, doğum sırasında komplikasyon yaşayan kadınların, yaşamayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanı aldığı belirlenmiştir ($p<0.01$). Tüm alt boyutlarda, doğum sırasında sorun yaşayan kadınların daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Doğum sonrası hissedilen duygular açısından yapılan analizde, doğum deneyimini acı verici ve korkutucu olarak tanımlayan kadınların, doğum sonrası mutlu olarak tanımlayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanı aldığı bulunmuştur ($p<0.05$).

Doğumu yaptıran kişinin mesleki unvanına göre yapılan analizde, doğumun bir kadın doğum uzmanı doktor ya da ebe tarafından yaptırılmasının obstetrik şiddet algısı açısından anlamlı bir farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Benzer şekilde, doğumu yaptıran kişinin cinsiyetine göre yapılan değerlendirmede de anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Epizyotomi (doğum kesisi) uygulanması, kadınların obstetrik şiddet puanlarında anlamlı bir değişiklik yaratmamıştır ($p>0.05$). Dikiş yapılan ve yapılmayan kadınlar arasında da obstetrik şiddet puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9.'da vajinal muayene sıklığına göre obstetrik şiddet puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak suni sancı uygulanan kadınların, uygulanmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Tüm alt boyutlarda suni sancı uygulanan kadınların daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

NST (non-stres test) uygulanıp uygulanmaması, obstetrik şiddet puanlarını anlamlı derecede etkilememiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9.'da doğum öncesi lavman uygulanan kadınların, uygulanmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Doğum sürecinde ebe ve hemşirelerden iyi destek alan kadınların, kötü destek alanlara kıyasla anlamlı derecede daha düşük obstetrik şiddet puanına sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Benzer şekilde, doğum sürecinde hekimlerden alınan destek düzeyine göre de anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.01$). Sağlık çalışanlarından yeterli destek alan kadınlar, düşük destek alanlara kıyasla anlamlı derecede daha düşük obstetrik şiddet puanına sahip olmuştur.

Sağlık çalışanlarından şiddet algısı olan kadınların, algısı olmayanlara kıyasla çok daha yüksek obstetrik şiddet puanı aldığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Doğum sonrası ilk emzirme süresi, obstetrik şiddet puanları açısından anlamlı bir farklılık yaratmıştır ($p<0.05$). Bebeğini doğumdan hemen sonra emziren kadınların obstetrik şiddet puanları daha düşük bulunurken, emzirme süresi geciken veya emzirmeyen kadınlarda obstetrik şiddet puanları daha yüksek çıkmıştır.

Sonuç olarak, araştırma bulguları kadınların doğum sürecinde yaşadığı deneyimlerin obstetrik şiddet algısını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Özellikle meslek, ekonomik durum, sağlık tesisi ortamı, doğum sürecinde yaşanan komplikasyonlar, sağlık çalışanlarıyla iletişim ve suni sancı gibi faktörlerin obstetrik şiddet algısında belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, doğum hizmetlerinde anne dostu uygulamaların yaygınlaştırılması ve obstetrik şiddetin önlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Tablo 4.10. Anne-Bebek Bağlanma Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Anne-Bebek Bağlanma Toplam
Yaş		$\bar{X} \pm SS$
25 Ve Altı	37	1.78±2.01
26-30	131	1.93±2.39
31 Ve Üzeri	99	2.05±2.63
F=		0.169

p= 0.845

Eğitim Durumu

		$\bar{X} \pm SS$
Ortaokul	24	1.91±2.02
Lise	51	1.52±1.98
Yüksekokul-fakülte Mezunu	192	2.07±2.58
F=		1.026
p=		0.360

Meslek

		$\bar{X} \pm SS$
Memur	90	1.91±2.53
İşçi	23	1.47±2.35
Serbest Meslek	19	1.68±2.23
Ev Hanımı	135	2.11±2.42
F=		0.563
p=		0.640

Ekonomik Durum

		$\bar{X} \pm SS$
İyi	91	1.62±2.21
Orta	176	2.13±2.53
t=		-1.608
p=		0.109

Aile Yapısı

		$\bar{X} \pm SS$
Çekirdek Aile	232	1.91±2.46
Geniş Aile	35	2.25±2.22
t=		-0.777
p=		0.438

Eş Yaşı		$\bar{X} \pm SS$
30 ve Altı	99	1.82±2.24
31-35	104	2.05±2.77
36 ve Üzeri	64	2.00±2.13
F=		0.236
p=		0.790

Eş Eğitim Durumu		$\bar{X} \pm SS$
Ortaokul	30	2.40±2.81
Lise	71	1.97±2.48
Yüksekokul-Fakülte Mezunu	166	1.87±2.34
F=		0.593
p=		0.553

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.10.'da anne-bebek bağlanma puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu incelenmiş ve çeşitli demografik değişkenlere göre farklılıkların olup olmadığı analiz edilmiştir. Yaş gruplarına göre anne-bebek bağlanma puanları incelendiğinde, anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.845$). Benzer şekilde, eğitim durumu açısından da anne-bebek bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.360$). Bu sonuçlar, yaş ve eğitim düzeyinin anne-bebek bağlanma düzeyinde belirleyici bir faktör olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.10.'da meslek gruplarına göre anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.640$). Ancak anne-bebek bağlanma ölçek puanlarının en düşük işçi grubunda (1.47 ± 2.35), en yüksek ev hanımı grubunda (2.11 ± 2.42) olduğu belirlenmiştir. Ekonomik durum değişkenine göre değerlendirildiğinde, ekonomik durumu orta seviyede olan kadınların, iyi ekonomik duruma sahip kadınlara kıyasla daha yüksek anne-bebek bağlanma ölçek puanı aldığı gözlemlenmiş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.109$).

Tablo 4.10.'da aile yapısına göre anne-bebek bağlanma puanları incelendiğinde, çekirdek ve geniş aileye sahip kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.438$). Eş yaşına göre yapılan analizde de anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.790$). Eşin eğitim düzeyi, kadınların anne-bebek bağlanma puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır.

Tablo 4.11. Obstetrik Özelliklere Göre Anne-Bebek Bağlanma Puanlarının Durumu

Obstetrik Özellikler	n	Anne-Bebek Bağlanma Toplam
Gebelik Sayısı		$\bar{X} \pm SS$
1	143	2.02±2.52
2	78	1.80±2.08
3	30	1.93±2.46
4 ve Üzeri	16	2.12±3.26
F=		0.163
p=		0.921
Düşük Durumu		$\bar{X} \pm SS$
Evet	43	1.88±2.82
Hayır	224	1.97±2.36
t=		-0.220
p=		0.826
Bebegin Cinsiyeti		$\bar{X} \pm SS$
Kız	140	2.02±2.39
Erkek	127	1.89±2.48
t=		0.440
p=		0.660
Son Gebelikte Anne Sağlık Sorunu		$\bar{X} \pm SS$
Evet	61	2.13±2.51

Hayır	206	1.90±2.41
t=		0.628
p=		0.530

Son Gebelikte Bebekte Sağlık Sorunu

		$\bar{X} \pm SS$
Evet	28	1.82±2.01
Hayır	239	1.97±2.48
t=		-0.315
p=		0.753

Doğum Şekli

		$\bar{X} \pm SS$
Normal Doğum	253	1.96±2.39
Epidural ile Doğum	14	1.78±3.14
t=		0.273
p=		0.785

Doğumda Yaşanan Sorun

		$\bar{X} \pm SS$
Evet	41	2.61±2.71
Hayır	226	1.84±2.36
t=		1.868
p=		0.063

Doğum Sonrası Hissettiği Duygu

		$\bar{X} \pm SS$
Acı Verici ¹	120	2.32±2.76
Korkutucu ²	40	2.27±2.67
Mutlu ³	107	1.43±1.80
F=		4.320
p=		0.014
PostHoc=		1>3 (p<0.05)

Doğumu Yaptıran Kişi		$\bar{X} \pm SS$
Kadın Doğum Uzmanı Doktor	162	1.92±2.49
Ebe	105	2.01±2.35
t=		-0.325
p=		0.746

Doğumu Yaptıran Kişinin Cinsiyeti		$\bar{X} \pm SS$
Kadın	203	2.11±2.53
Erkek	64	1.46±2.04
t=		1.854
p=		0.041

Epizyotomi Kesi Uygulanması		$\bar{X} \pm SS$
Uygulanmadı	69	1.68±2.06
Uygulandı	198	2.05±2.54
t=		-1.100
p=		0.226

Dikiş Durumu		$\bar{X} \pm SS$
Evet	228	2.03±2.54
Hayır	39	1.53±1.62
t=		1.167
p=		0.116

Vajinal Muayene Sayısı		$\bar{X} \pm SS$
1 Kez	38	2.26±2.84
2 Kez	31	1.58±1.92
3-4 Kez	83	2.01±2.41
5 Kez ve Üzeri	115	1.92±2.44
F=		0.466
p=		0.706

Suni Sancı Uygulaması		$\bar{X} \pm SS$
Uygulandı	131	1.93±2.26
Uygulanmadı	136	1.97±2.60
t=		-0.131
p=		0.896
Nst Uygulaması		$\bar{X} \pm SS$
Uygulandı	254	1.91±2.42
Uygulanmadı	13	2.76±2.61
t=		-1.231
p=		0.219
Doğum Öncesi Lavman Uygulaması		$\bar{X} \pm SS$
Uygulandı	91	2.23±2.57
Uygulanmadı	176	1.81±2.35
t=		1.314
p=		0.190
Doğum Sürecinde Ebelerden Hemşirelerden Alınan Destek		$\bar{X} \pm SS$
Çok İyi ¹	107	1.39±1.98
İyi ²	83	2.06±2.46
Orta ³	77	2.63±2.80
F=		6.172
p=		0.002
PostHoc=		3>1 (p<0.05)

Doğum Sürecinde Hekimlerden Alınan Destek		$\bar{X} \pm SS$
Çok İyi ¹	108	1.31±1.81
İyi ²	84	2.15±2.72
Orta ³	75	2.66±2.66
F=		7.568
p=		0.001
PostHoc=		2>1, 3>1 (p<0.05)

Sağlık Çalışanlarından Şiddet Algısı		$\bar{X} \pm SS$
Hayır, Uğramadım	239	1.80±2.40
Evet	28	3.25±2.36
t=		-3.009
p=		0.003

Doğum Sonrası İlk Emzirme Süresi		$\bar{X} \pm SS$
Hemen ¹	155	1.61±2.21
2 Saat İçinde ²	78	2.29±2.69
3 Saat ve Üzeri ³	19	2.47±1.83
Emzirmedi ⁴	15	3.13±3.27
F=		3.051
p=		0.029
PostHoc=		2>1, 4>1 (p<0.05)

Bebğin Gelişinin Aile Hayatına Etkisi		$\bar{X} \pm SS$
Olumlu Etkilendi ¹	238	1.71±2.15
Olumsuz Etkilendi ²	14	4.57±3.83
Değişiklik Olmadı ³	15	3.46±3.15
F=		13.29

p= **0,000**
 PostHoc= 2>1, 3>1 (p<0.05)

Bebğin Uyku Düzeni Aynı Odada Uyuma		$\bar{X} \pm SS$
Evet	255	1.94±2.43
Hayır	12	2.25±2.63
t=		-0.423
p=		0.673

Doğum Sonrası Ten Teması		$\bar{X} \pm SS$
Evet	224	1.79±2.25
Hayır	43	2.83±3.12
t=		-2.610
p=		0.041

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.11.'de anne-bebek bağlanma puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu incelenmiş ve çeşitli demografik değişkenlere göre farklılıkların olup olmadığı analiz edilmiştir. Yaş gruplarına göre anne-bebek bağlanma puanları incelendiğinde, anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0.845). Benzer şekilde, eğitim durumu açısından da anne-bebek bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p=0.360). Bu sonuçlar, yaş ve eğitim düzeyinin anne-bebek bağlanma düzeyinde belirleyici bir faktör olmadığını göstermektedir.

Tablo 4.11.'de meslek gruplarına göre anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.640). Ancak anne-bebek bağlanma ölçek puanlarının en düşük işçi grubunda (1.47±2.35), en yüksek ev hanımı grubunda (2.11±2.42) olduğu belirlenmiştir. Ekonomik durum değişkenine göre değerlendirildiğinde, ekonomik durumu orta seviyede olan kadınların, iyi ekonomik duruma sahip kadınlara kıyasla daha yüksek anne-bebek bağlanma

ölçek puanı aldığı gözlemlenmiş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.109$).

Tablo 4.11.'de aile yapısına göre anne-bebek bağlanma puanları incelendiğinde, çekirdek ve geniş aileye sahip kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.438$). Eş yaşına göre yapılan analizde de anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.790$). Eşin eğitim düzeyi, kadınların anne-bebek bağlanma puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır ($p=0.553$). Gebelik sayısı açısından yapılan değerlendirmede de anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.921$).

Tablo 4.11.'de kadınların düşük yapma durumlarına göre anne-bebek bağlanma ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.826$). Bebeğin cinsiyeti, anne-bebek bağlanma ile ilişkili bulunmamıştır ($p=0.660$). Son gebelikte sağlık sorunu yaşayan kadınların, yaşamayanlara kıyasla anlamlı derecede farklı bir bağlanma ölçeği puanına sahip olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.530$). Benzer şekilde, bebeğinde sağlık sorunu gelişen kadınların bağlanma puanları da anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0.753$).

Doğum şekline göre yapılan analizde, normal doğum ile epidural doğum yapan kadınlar arasında anne-bebek bağlanma açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.785$). Doğumda yaşanan sorun, anne-bebek bağlanma üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olma eğiliminde olsa da istatistiksel olarak anlamlılık sınırında bulunmuştur ($p=0.063$). Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı sınıra yakın olup, doğum sürecinde yaşanan komplikasyonların bağlanma üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 4.11.'de doğum sonrası hissedilen duyguya göre anne-bebek bağlanma puanları anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($p=0.014$). Post-hoc analizleri, doğum sonrası kendini mutlu hisseden kadınların anne-bebek bağlanma ölçeği puanlarının, acı verici bir deneyim yaşayan kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğunu göstermektedir ($p<0.05$). Acı verici doğum deneyimi yaşayan kadınların bağlanma puanı (2.32 ± 2.76) ve korkutucu deneyim yaşayanların puanı (2.27 ± 2.67), mutlu hisseden kadınların puanından (1.43 ± 1.80) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Doğumu yaptıran kişinin mesleği ve cinsiyeti, anne-bebek bağlanma puanlarında belirleyici bir faktör olarak saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak, doğumu yaptıran kişinin cinsiyeti, anne-bebek bağlanma puanı açısından anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p=0.041$). Erkek doktorlar tarafından doğumu gerçekleştirilen kadınların

bağlanma puanı (1.46 ± 2.04), kadın doktor veya ebeler tarafından doğumu gerçekleştirilen kadınların bağlanma puanına (2.11 ± 2.53) kıyasla daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç, doğumu gerçekleştiren kişinin cinsiyetinin bağlanma sürecine etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Epizyotomi (doğum kesisi) uygulanması, anne-bebek bağlanma puanlarını anlamlı düzeyde farklılaştırmamıştır ($p=0.226$). Dikiş yapılan ve yapılmayan kadınlar arasında da anne-bebek bağlanma düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.116$). Vajinal muayene sıklığına göre anne-bebek bağlanma puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.706$). Suni sancı uygulanması, anne-bebek bağlanma puanlarını anlamlı düzeyde etkilememiştir ($p=0.896$). NST uygulanıp uygulanmaması, anne-bebek bağlanma üzerinde anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p=0.219$). Doğum öncesi lavman uygulaması, anne-bebek bağlanma puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p=0.190$).

Tablo 4.11.'de doğum sürecinde ebe ve hemşirelerden alınan destek, anne-bebek bağlanma puanlarını anlamlı düzeyde etkilemiştir ($p=0.002$). Post-hoc analizleri, doğum sürecinde çok iyi destek alan kadınların, orta düzeyde destek alanlara kıyasla anlamlı derecede daha düşük anne-bebek bağlanma ölçeği puanına sahip olduğunu göstermektedir. Destekleyici bakımın çok iyi olarak değerlendirildiği kadınların bağlanma puanı (1.39 ± 1.98), orta düzeyde destek aldığını belirten kadınlardan (2.63 ± 2.80) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Benzer şekilde, doğum sürecinde hekimlerden alınan desteğin düzeyi, anne-bebek bağlanma puanlarını etkilemiştir ($p=0.001$). Doğum sürecinde hekimlerden alınan destek de anne-bebek bağlanmasını etkilemiştir ($p=0.001$). Çok iyi destek alan kadınların bağlanma puanı (1.31 ± 1.81), orta düzeyde destek alan kadınların puanına (2.66 ± 2.66) kıyasla anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.11.'de Sağlık çalışanlarından şiddet algısı, anne-bebek bağlanma düzeyi üzerinde anlamlı bir etkiye bulunmuştur ($p=0.003$). Şiddet algılamayan kadınların bağlanma puanı (1.80 ± 2.40), şiddet algısı yaşayan kadınların puanına (3.25 ± 2.36) kıyasla anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Doğum sonrası ilk emzirme süresi, anne-bebek bağlanma puanlarını anlamlı düzeyde etkilemiştir ($p=0.029$). Post-hoc analizleri, Hemen emziren annelerin bağlanma puanı (1.61 ± 2.21), iki saat içinde emziren annelerden (2.29 ± 2.69) ve hiç emzirmeyenlerden (3.13 ± 3.27) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.11.'de bebeğin gelişimiyle aile hayatının nasıl etkilendiği, anne-bebek bağlanma üzerinde önemli bir değişken olarak belirlenmiştir ($p=0.000$). Post-hoc analizleri, Bebeğin aile hayatına olumlu etki ettiğini belirten annelerin bağlanma puanı (1.71 ± 2.15), olumsuz etkilendiğini belirten annelerden (4.57 ± 3.83) ve değişiklik olmadığını belirten annelerden (3.46 ± 3.15) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Doğum sonrası ten teması, anne-bebek bağlanmasını anlamlı düzeyde etkileyen bir faktör olarak belirlenmiştir ($p=0.041$). Ten teması kuran annelerin bağlanma puanı (1.79 ± 2.25), ten teması kurmayan annelerin puanına (2.83 ± 3.12) kıyasla anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bebeğin uyku düzeni açısından aynı odada uyuma durumu anne-bebek bağlanmasını etkilememiştir ($p=0.673$).

Sonuç olarak, araştırma bulguları anne-bebek bağlanma düzeyinin doğum sürecindeki deneyimler ve alınan destekle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle doğum sürecinde destekleyici bakım alan kadınların, şiddet algısı yaşamayanların, doğumdan hemen sonra emzirenlerin ve doğum sonrası bebeğiyle ten teması kuran kadınların anne-bebek bağlanma puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, doğum sürecinde anne dostu uygulamaların yaygınlaştırılmasının, doğum sonrası bağlanmayı güçlendirmeye katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA

Araştırmanın ilk sorusu olan vajinal doğum yapmış kadınların obstetrik şiddette uğradığı görülmüş olup, araştırmaya katılan kadınların Obstetrik Şiddet Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, toplam puan ortalamasının 18.78 ± 14.98 olduğu görülmektedir. Ölçeğin 0-76 aralığında puanlandığı düşünüldüğünde, bu değer katılımcıların obstetrik şiddeti orta seviyede deneyimlediğini göstermektedir (min-max=0.00-59.00) (Tablo 4.2.). Yapılan çalışmalarda obstetrik şiddetin sağlık sistemlerindeki çok çeşitli yaklaşımlarından kaynaklanan ülkeler arasında farklılık gösterdiği görülmektedir. Örneğin, Almanya ve Hollanda’da yapılan bir çalışmada kadınların %76.3’ünün doğum sırasında obstetrik şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Reuther, 2021). Benzer şekilde, Etiyopya’da yapılan bir araştırmada bu oranın %77.8 olduğu rapor edilmiştir (Simeneh vd., 2024). Araştırmamızda görülen puan ortalamalarının bu oranlardan daha düşük olması kültürel farklılığa bağlı olabileceği gibi, çalışmanın yürütüldüğü sağlık kuruluşlarında uygulanan uygulamaların obstetrik şiddeti azaltabileceğine işaret etmektedir.

Obstetrik şiddet ölçeği sağlık Tesisleri Ortamı alt boyutu incelendiğinde, puan ortalaması 2.99 ± 3.34 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, sağlık tesislerinde fiziksel ortamın ve genel sağlık hizmeti uygulamalarının obstetrik şiddet deneyimini etkilemesi farklı biçimlerde etkilediğini göstermektedir. Çalışmamızda obstetrik şiddetin fiziksel ortamdan etkilendiğini ve yüksek ortalama bulundugunu gözlemlemekteyiz. Edward ve Kibanda (2022) yaptıkları çalışmada, sağlık tesislerindeki yetersiz fiziki koşulların, uzun bekleme sürelerinin ve doğum süreci boyunca mahremiyetin ihlal edilmesinin obstetrik şiddetin önemli faktörlerinden biri olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızla benzer bir bulgu mevcuttur.

Destekleyici Bakım alt boyutunda puan ortalaması 6.04 ± 6.05 olarak görülmüş olup bu durum, bazı kadınların yeterli destekleyici bakım alırken bazılarının bakım süreçlerinde eksiklikler yaşadığını göstermektedir. Obstetrik şiddetin azaltılmasında sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarının önem taşıdığı bilinmektedir. Souza ve arkadaşlarının (2024) çalışmasında, sağlık profesyonellerinin empatik yaklaşımının anne-bebek bağlanmasını artırdığı, ancak iletişim eksikliği ve ilgisizliğin kadınların doğum sürecindeki travmalarını artırabileceği belirtilmiştir. Bu çalışma sonucu bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak yüksek ortalama sahiptir.

Destekleyici Ortam alt boyutunun puan ortalaması 6.76 ± 5.60 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu, doğum sürecinde bazı kadınların destekleyici bir ortamda doğum yaptığını ancak diğerlerinin yeterli desteği alamadığını göstermektedir. Zeitlin ve arkadaşları (1999), doğum sürecinde kadınların yalnız bırakılmasının, doğum travmasını artıran faktörlerden biri olduğunu ve anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Bizim çalışmamızın sonuçlarına benzememektedir.

Etkin Olmayan İletişim alt boyutunda puan ortalaması 2.97 ± 3.38 olarak tespit edilmiştir. Doğum sürecinde bakım uygulayan sağlık çalışanları ile doğru iletişim, doğumun hem fiziksel hem de psikolojik sonuçlarını doğrudan etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Reuther (2021), doğum sürecinde kadınların karar alma süreçlerine dahil edilmemesinin obstetrik şiddetin yaygın sebeplerinden olduğunu vurgulamaktadır. Bununla birlikte iletişim eksikliğinin doğum sonrasında depresyon riskini de artırabileceği vurgulanmıştır (Souza vd., 2024). Çalışmanın sonuçları bizim çalışmamızla benzerlik göstermemektedir, olumsuz iletişim girdilerinin risklerini göstermektedir.

Araştırmamız da elde edilen Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği ortalama bağlanma puanının düşük olması (1.95), genel olarak katılımcıların anne-bebek bağlanmalarının güçlü olduğunu ve bağlanma ile ilgili olumsuz duyguların daha az yaşandığını göstermektedir. Standart sapmanın 2.43 olması, bireyler arasında bağlanma puanlarında bir miktar farklılık olduğunu ancak büyük bir değişkenlik içermediğini düşündürmektedir. Minimum puanın 0 ve maksimum puanın 13 olması, hiçbir katılımcının en üst düzeyde bağlanma eksikliği yaşamadığını, ancak bazı bireylerin orta düzeyde bağlanma sorunları bildirdiğini göstermektedir. Sonuç olarak, katılımcıların büyük çoğunluğunun anne-bebek bağlanmasının güçlü olduğu, ancak bazı bireylerde bağlanma eksikliğinin veya olumsuz duyguların daha belirgin olduğu görülmektedir. Anne-bebek bağlanmasının güçlü olması, literatürde açıklanan çeşitli koruyucu faktörlerle ilişkilidir. Vagos ve arkadaşlarının (2023) yaptığı çalışmada, annenin bağlanma stili ve psikolojik olarak esnek düşüncelerin anne-bebek bağlanmasını etkilediği bulunmuştur. Özellikle, güvenli bağlanmaya sahip annelerin bebekleriyle çok daha güçlü duygusal bağ geliştirdiği, ancak anksiyöz bağlanma eğiliminde olan annelerin bebekleriyle daha düşük düzeyde bağlanma geliştirdiği belirlenmiştir. Araştırmada ulaştığımız veriler doğrultusunda, katılım sağlayan annelerin güvenli bağlanma stillerine sahip olabileceğini düşündürmüştür. Araştırmamızda ulaştığımız veriler doğrultusunda, katılım sağlayan annelerin güvenli bağlanma stillerinin olumsuz etkilenebileceğini düşündürmüştür.

Bağlanmayı etkileyen diğer önemli faktörler incelendiğinde annenin çevresinden aldığı sosyal destek, doğum deneyimi ve psikolojik sağlığı yer almaktadır. Rizk (2012), anne-bebek bağlanmasının eğitim seviyesi yüksek olan ve çalışan, yeterli sosyal destek alan, planlı gebelik geçiren ve sezaryen doğum yerine vajinal doğum yapan annelerde daha güçlü olduğunu bildirmiştir. Özellikle yeterli sosyal destek, annelerin doğum sonrası sürecinde stres düzeylerini azaltarak anne-bebek bağlanmasını güçlendirmektedir. Araştırmamızdaki yüksek bağlanma puanları, annelerin yeterli sosyal destek almış olabileceğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra, McGowan (2014), doğum deneyiminin anne-bebek bağlanmasını doğrudan etkileyebileceğini öne sürmüştür. Yapılan araştırmalar, travmatik doğum deneyimine sahip annelerin, bebekleriyle bağ kurmada zorluk yaşayabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, araştırmamızda yüksek bağlanma puanı alan annelerin doğum sürecinde olumsuz deneyimler yaşamış olabileceği ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

Anne-bebek bağlanmasını güçlendiren faktörler incelendiğinde, doğum sonrası erken ten teması, erken emzirme, sosyal destek ve eş desteğinin kritik rol oynadığı görülmektedir (Le Bas vd., 2021). Anne-bebek bağlanmasını ölçen farklı bir çalışmada doğum sonrası dönemde yeterli sosyal destek alan annelerin bağlanma puanlarının ve bağlanmalarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, planlı gebelik geçiren annelerin doğum sonrası bağlanma süreçlerinin daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Oraybi ve Yanbaawi, 2023). Çalışmamızın genel bulguları incelendiğinde literatürdeki araştırmalarla büyük ölçüde örtüşmektedir. Anne-bebek bağlanma ölçeği puanlarının yüksek olması, annelerin yeterli psikolojik ve sosyal desteğe sahip olamayabileceğini ve güvenli bağlanma stillerinin gerçekleşmediğini düşündürmektedir. Bununla beraber, yüksek anne-bebek bağlanma ölçeği puanlarına sahip anneler için doğum sonrası destek hizmetlerinin sağlanması, bağlanma sürecini güçlendirmek adına önemli olabilir.

Araştırmamızda elde edilen bulgular, araştırma sorularımızdan biri olan “Obstetrik şiddet ve anne-bebek bağlanmasının arasında ilişki var mı?” sorusudur. Bu soruya yanıt olarak obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanmasını anlamlı düzeyde etkilediğini göstermektedir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanması üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($B = 0.046$, $p < 0.001$). Açıklayıcılığı ($R^2=0.077$), obstetrik şiddetin, anne-bebek bağlanma puanındaki toplam varyansının %7.7’sini açıkladığı görülmüştür. F değeri incelendiğinde ($F = 23.106$, $p < 0.001$), anlamlı olduğu ve obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanmasını etkileyen önemli bir faktör olduğunu desteklemektedir. Bu

bulgu obstetrik şiddetin bağlanma süreci üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu desteklemektedir. Literatürde çalışmamızla benzer şekilde obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanmasını zayıflatığına dair çeşitli kanıtlar bulunmaktadır (Souza vd., 2024; Zeitlin, Dhanjal ve Colmsee, 1999).

Anne-bebek bağlanmasının doğum sürecindeki şiddet deneyimlerinden etkilendiği, daha önce yapılan çalışmalarda vurgulanmış olup özellikle, doğum sırasında kötü muameleye maruz kalan annelerin, doğum sonrası dönemde bebekleriyle olan ilişkilerinde daha fazla zorluk yaşadığı bildirilmektedir (Nordahl vd., 2020). Çalışmamız sonuçlarını desteklemektedir. Souza ve arkadaşlarının (2024) yaptığı bir çalışmada, doğum sürecinde şiddete maruz kalan annelerde postpartum depresyon gelişme riskinin daha yüksek olduğu görülmüş ve bunun da anne-bebek bağlanmasını dolaylı yoldan etkilediği belirlenmiştir. Araştırmamızdaki bulgular da bu hipotezi desteklemekte olup doğum süreci boyunca yaşadıkları olumsuz deneyimlerin, anne-bebek bağlanmasında zorluklar yaşamasına neden olabileceğini düşündürmektedir. Obstetrik şiddette maruz kalma yalnızca doğum anında değil doğum öncesi ve doğum sonrası süreci de etkilemektedir. Pires de Almeida ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, hamilelik sırasında fiziksel veya psikolojik şiddete maruz kalan annelerin bebeklerine karşı daha olumsuz bir tutum geliştirme ihtimalinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte Nishigori ve arkadaşları (2020) ise hamilelik sırasında şiddet gören annelerin sadece kendi bağlanma süreçlerinin değil, babaların da bağlanma süreçlerinin olumsuz etkilendiğini ortaya koymuştur. Bu araştırmalar sonucunda, obstetrik şiddetin aile içindeki tüm bağlanma sürecini değiştirebileceğini göstermektedir. Bu araştırmalar ve çalışmamızın sonuçları karşılaştırıldığında, çalışmamız obstetrik şiddetin aile içindeki tüm bağlanma sürecini değiştirebileceğini göstermektedir.

Çalışmamız bulgular anne-bebek bağlanmasını etkileyen diğer değişkenlerle birlikte değerlendirildiğinde, obstetrik şiddetin bağlanmayı zayıflatıcı önemli faktörlerden biri olduğu görülmektedir. Literatürde bunu desteklemektedir. Örneğin, Nordahl ve arkadaşlarının (2020) yaptığı araştırmada anne-bebek bağlanmasının doğum sonrası stres, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir. Trevillion ve Seneviratne (2016) ise doğum sırasında yaşanan şiddetin annelerin doğum sonrası bakım hizmetlerinden kaçınmasına ve bebekleriyle bağ kurmada zorluk yaşamasına neden olabileceğini belirtmektedir. Çalışmamızı destekler niteliktedir.

Araştırmamızdaki regresyon analizinin açıklayıcılık gücünün düşük olması, anne-bebek bağlanmasının sadece obstetrik şiddete maruz kalmak ile belirlenmediğini göstermektedir. Literatürün de gösterdiği gibi bağlanma sürecini etkileyen diğer faktörler arasında sosyal destek, doğum sonrası depresyon, annenin bağlanma stili ve doğum sonrası psikososyal iyilik hali gibi değişkenlerin de etki gösterdiğini belirtmektedir (Rizk, 2012; Vagos vd., 2023). Özellikle, annenin daha önce yaşadığı travmaların ve çocukluk dönemindeki bağlanma deneyimlerinin de anne-bebek bağlanmasını etkileyebileceği bilinmektedir (Souza vd., 2024). Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Literatürdeki önceki araştırmalarla uyumlu olan bu sonuçlar, doğum sürecindeki kötü muamelelerin anne-bebek ilişkisine uzun vadeli etkiler bırakabileceğini ortaya koymaktadır (Rizk, 2012; Souza vd., 2024; Vagos vd., 2023).

Araştırmamızda elde edilen bulgular, obstetrik şiddetin alt boyutlarının anne-bebek bağlanmasını açıklamada anlamlı olduğunu göstermektedir ($F=10.317$; $p=0.000$). Modelin açıklayıcılık düzeyine bakıldığında, $R^2=0.123$ olup, obstetrik şiddetin alt boyutlarının anne-bebek bağlanmasındaki değişimin %12.3'ünü açıkladığı görülmektedir. Bu bulgu, doğum sürecindeki çevresel ve kişilerarası faktörlerin bağlanma sürecini doğrudan etkileyebileceğini gösteren literatürle uyumludur (Hailemeskel vd., 2022; Fernández Medina vd., 2017). Regresyon katsayıları incelendiğinde, Sağlık Tesisleri Ortamı alt boyutunun anne-bebek bağlanması üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu bulunmuştur ($B = 0.125$, $p = 0.023$). Bu sonuç, doğum yapılan sağlık ortamının fiziksel ve psikolojik koşullarının anne-bebek bağlanmasını olumsuz olarak etkileyebileceğini göstermektedir. Literatürde de sağlık tesislerinin soğuk, mekanik ve hasta merkezli olmaması anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Fredbo-Nielsen, 2012). Özellikle doğum sonrası annenin bebeğinden ayrılması, yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınması, doğum ortamındaki stres faktörleri, bağlanmayı olumsuz etkileyebilmektedir (Medina vd., 2017). Özellikle, annenin doğum sürecinde kendisini güvende hissetmemesi ve sağlık çalışanlarıyla olumsuz etkileşimler yaşaması, bağlanma sürecini sekteye uğratabilir (Hill, 2019). Çalışmamızda bu sonuçlarla benzerdir.

Destekleyici Bakım ve Destekleyici Ortam alt boyutlarının anne-bebek bağlanmasını negatif yönde etkilediği ancak bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0.223$ ve $p=0.265$). Ancak literatürde, doğum sırasında yeterli destekleyici bakımın ve güvenli bir ortamın sağlanmasının annenin stres seviyesini azaltarak bağlanmayı olumlu yönde

etkileyebileceği öne sürülmektedir (Reuther, 2021).

Öte yandan, etkin olmayan iletişim alt boyutu, anne-bebek bağlanmasını anlamlı düzeyde olumsuz etkileyen tek değişken olarak bulunmuştur ($\beta = -0.118$, $p = 0.008$). Bu bulgu, doğum sürecinde sağlık çalışanlarıyla kurulan olumsuz veya yetersiz iletişimin, annenin doğum deneyimini travmatik hale getirebileceğini ve bağlanma sürecini zayıflatabileceğini göstermektedir. Literatürde doğum sürecindeki iletişimin anne-bebek bağlanması üzerinde dolaylı etkilerinin olabileceği belirtilmektedir. Medina ve arkadaşları (2017), doğum sürecinde sağlık çalışanlarının iletişim eksikliğinin anne doğum deneyimini olumsuz etkilediğini ve bunun doğum sonrası bağlanma süreçlerinde zorluklara yol açabileceğini bildirmiştir. Benzer şekilde Nishigori ve arkadaşları (2020), olumsuz iletişim ortamlarının doğum sonrası annelik rolünü zorlaştırarak bağlanmayı zayıflatabileceğini ortaya koymuştur. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Mevcut bulgular, doğum sürecindeki sağlık ortamının anne-bebek bağlanmasında etkili olduğunu göstermektedir. Sağlık tesislerindeki fiziksel ortamın iyileştirilmesi, doğum sonrası anne-bebek ayrılığının en aza indirilmesi ve sağlık çalışanlarının doğum sürecinde daha destekleyici bir tutum ile bakım vermesi, anne-bebek bağlanmasının güçlendirilmesine katkıda bulunabilir (Fredbo-Nielsen, 2012). Sonuç olarak, sağlık tesislerindeki ortam koşullarının ve iletişimin anne-bebek bağlanmasını doğrudan etkilediği ancak destekleyici bakım ve ortamın tek başına belirleyici olmadığı görülmektedir. Bağlanma sürecinin iyileştirilmesi için, doğum sırasında anne dostu doğum uygulamalarının teşvik edilmesi, anne-bebek temasının güçlendirilmesi ve sağlık çalışanlarının farkındalığının artırılarak iletişim becerilerinin kuvvetlendirilmesi önerilmektedir.

Araştırmamızda farklı yaş grupları arasında obstetrik şiddet toplam puanı ve alt boyutları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu bulgu her yaştaki kadınların benzer düzeyde doğum sürecinde obstetrik şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Eğitim düzeyi ile obstetrik şiddet puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu bulgu, eğitim seviyesinin doğum sürecinde kadınların maruz kaldığı kötü muamele üzerinde belirleyici bir faktör olmadığını göstermektedir. Ancak literatürde bazı araştırmalar, eğitim düzeyinin sağlık hizmetlerinden beklentileri ve sağlık personeli ile olan iletişimi etkileyebileceğini ortaya koymaktadır (Klering vd., 2021). Eğitim seviyesi yüksek kadınların daha fazla farkındalığa sahip olmaları, obstetrik şiddet deneyimlerini daha fazla fark etmelerine yol açabilir (Fernandes

vd., 2024). Bir diğer taraftan bakıldığında düşük eğitim seviyesine sahip kadınlar, maruz kaldıkları kötü muameleleri normalleştirme eğiliminde olabilirler ve haklarını aramakta zorlanabilirler. Çalışmamız verileri ile benzer değildir.

Araştırmamızda kadınların meslekleri ile obstetrik şiddet puanları arasında anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Ev hanımlarının, memurlar ve işçilere göre daha yüksek obstetrik şiddet puanlarına sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, sosyoekonomik durumun ve meslek statüsünün sağlık hizmetlerinde karşılaşılan davranışları etkileyebileceğini göstermektedir. Çalışmamızı destekler nitelikte Morales ve arkadaşları (2018), statünün sağlık sistemindeki otoriteyle doğrudan ilişkili olduğunu ve daha düşük gelirli kadınların sağlık çalışanları tarafından daha fazla otoriter davranışlara maruz kaldıklarını belirtmiştir. Buna benzer şekilde, Edward ve Kibanda (2022), sağlık hizmetlerinde hastaların ekonomik statüsünün doğrudan bakım ve hizmet kalitesini etkileyeceğini ve düşük gelirli kadınların çoğunlukla ayrımcı davranışlara maruziyetinin yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Ev hanımlarının daha yüksek obstetrik şiddet puanlarına sahip olması, ekonomik bağımsızlıklarının olmaması, obstetrik şiddeti fark etmemesi, etse bile haklarını aynı zamanda başvurabileceği kurum ve kuruluşları, izleyebilecekleri yolu bilmemeleri sebebiyle sağlık çalışanlarının anneler üstünde otorite kurması gibi durumlarla açıklanabilir. İşçi ve memur kadınların daha düşük şiddet puanlarına sahip olması ise onların sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla hak bilincine sahip olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Finuoli (2023), çalışma hayatına katılan kadınların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin daha yüksek olabileceğini ve bu nedenle sağlık çalışanlarıyla daha güçlü bir iletişim kurabileceklerini belirtmiştir. Literatür verileri çalışmamızı destekler niteliktedir.

Araştırmamızda, çekirdek ve geniş aile yapıları arasında obstetrik şiddet puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuç, aile yapısının doğum sürecinde kadınların sağlık çalışanları tarafından maruz kaldıkları kötü muameleyi doğrudan etkilemediğini göstermektedir. Araştırmamızda, eşin eğitim düzeyi ile obstetrik şiddet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ancak literatürde bazı araştırmalar, eşin eğitim seviyesinin kadının sağlık kararlarına katılımı ve sağlık hizmetlerine erişimi üzerinde dolaylı etkileri olabileceğini göstermektedir (Klering vd., 2021). Yüksek eğitim düzeyine sahip eşlerin, sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda daha bilinçli oldukları ve eşlerinin doğum sürecinde daha fazla destekleyici olabildikleri araştırmalarda görülmüştür (Ramos vd., 2022). Kartal ve Bulut'un (2023) yaptığı çalışmada, kadınların doğum sırasında sağlık çalışanlarına yönelik

taleplerinin, eşlerinin eğitim düzeyi ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Eşi yüksek eğitilmiş olan kadınların, doğum sürecinde haklarını daha iyi savunabildikleri ve sağlık çalışanlarından daha fazla bilgi talep edebildikleri gözlemlenmiştir. Bu veriler çalışmamızla benzer değildir.

Araştırmamızda, gebelik sayısının obstetrik şiddet üzerindeki etkisi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatürde, gebelik sayısının obstetrik şiddet üzerindeki dolaylı etkileri de vurgulanmaktadır. Çalışmamızdan farklı olarak LaRusso (2016), doğum sayısı fazla olan kadınların gereksiz tıbbi müdahalelere daha az maruz kaldıklarını ama bazı süreçlerde daha az destek aldıklarını belirtmiştir. Literatür, doğum sürecinin bireyselleştirilmesi ve kadının doğum tercihlerine saygı duyulmasının obstetrik şiddetin önlenmesinde önemli olduğunu göstermektedir. Barja ve arkadaşları (2016), doğumun medikalizasyonunun azaltılmasını ve doğum sırasında kadının bilgilendirilmiş onamının alınmasının zorunlu hale getirilmesini önermektedir. Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2018) önerileri doğrultusunda, doğum sürecinin mümkün olduğunca müdahalesiz ve hasta merkezli olması gerektiği belirtilmektedir (WHO, 2018).

Araştırmamızda, doğumu yaptıran kişinin (kadın doğum uzmanı veya ebe) obstetrik şiddet üzerindeki etkisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bazı çalışmalar, doktorlar ve ebeler arasındaki farklı bakım yaklaşımlarının kadınların doğum deneyimlerini etkileyebileceğini öne sürmektedir (Alio vd., 2023). Ebelerin, doğum süreci boyunca daha doğal, kadını bakım merkezine alarak yaklaşımlarda bulunması ve müdahalesiz bir doğum sürecini ele aldıkları görülmektedir. Ancak çalışmamızdan farklı olarak bazı çalışmalarda, sağlık sistemindeki yoğunluk ve kaynak yetersizliği nedeniyle ebelerin de obstetrik şiddet uygulamalarına yöneldiğini belirtilmiştir (Simeneh vd., 2024).

Araştırmamızda doğumu yaptıran kişinin cinsiyeti ile obstetrik şiddet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Araştırmamızda, vajinal muayene sayısının obstetrik şiddet üzerindeki etkisi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Vajinal muayeneler, doğum sürecinin yönetilmesi için tıbbi olarak gerekli olabilir. Ancak, çalışmamızdan farklı olarak bazı çalışmalarda bu muayenelerin aşırı kullanımının, kadınların doğum sırasında rızaları olmadan yapılan müdahaleler nedeniyle fiziksel ve psikolojik travma yaşamasına neden olabileceği gösterilmiştir. Cohen Shabot (2020), doğum sırasında yapılan vajinal muayenelerin kadınlar tarafından sıklıkla zorlayıcı ve rahatsız edici olarak algılandığını ve bu muayenelerin tıbbi gerekliliğinin sıklıkla sorgulanmadığını belirtmektedir. Peru'da yapılan bir araştırmada,

beşten fazla vajinal muayene geçiren kadınların, doğum sürecinde daha fazla rahatsızlık ve stres yaşadığı bulunurken, Avustralya’da yapılan bir ulusal anket çalışması ise, kadınların en sık bildirdiği obstetrik şiddet türlerinden birinin onaysız vajinal muayene olduğunu göstermektedir (Keedle vd., 2024; Zafra-Tanaka vd., 2019). Vajinal muayenelerin "rutin" bir prosedür olarak kabul edilmesi, kadınların çevresinden duyarak ve gözlemleyerek vajinal muayeneleri doğum sürecinin doğal bir parçası olarak kabul etmesi obstetrik şiddet olarak değerlendirmemelerine neden olmuş olabilir. Sonuç olarak, vajinal muayene sayısı obstetrik şiddetle doğrudan ilişkili bulunmasa da bu muayenelerin nasıl ve hangi koşullarda gerçekleştirildiği kadınların doğum deneyimi açısından önemli bir yere sahiptir.

Araştırmamızda suni sancı (oksitosin) uygulanan kadınların obstetrik şiddet puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde, suni sancı uygulamasının obstetrik şiddetin bir faktörü olabileceği ve kadınların doğum deneyimini olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Simeneh vd., 2024). Doğum eylemi sırasında gereksiz suni sancı uygulaması, kadınların daha fazla ağrı ve stres yaşamasına neden olabilmektedir (Shetty vd., 2021). Çalışmamıza benzer biçimde Etiyopya’da yapılan bir çalışmada, suni sancı uygulamasının obstetrik şiddet ile ilişkili olduğu bulunmuş ve kadınların sağlık çalışanları tarafından yeterince bilgilendirilmeden uygulamaya maruz kaldıkları görülmüştür (Simeneh vd., 2024). Obstetrik şiddetin önlenmesi açısından, suni sancı uygulamalarının yalnızca tıbbi gereklilik halinde uygulanması ve hastalara yeterli bilgilendirme yapılması önerilmektedir. Simeneh ve arkadaşları (2024), sağlık çalışanlarının doğum eylemi yönetiminde kadınları sürece dahil etmelerinin, doğum travmalarını azaltabileceğini belirtmektedir. Sonuç olarak, suni sancının tıbbi gereklilik olmaksızın kullanılması, kadınların doğum sürecinde kontrol kaybı hissetmesine ve obstetrik şiddet algısının artmasına neden olabilir. Sağlık politikalarının, hasta haklarını ve doğumda bilgilendirilmiş onamı güçlendirecek şekilde düzenlenmesi obstetrik şiddeti önlemeye yardımcı olabilir.

Araştırmamızda doğum öncesi lavman uygulanan kadınların, uygulanmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Lavman uygulaması invaziv işlemler arasında rahatsızlık verici ve mahremiyetle ilişkilendirilebilen bir işlemdir. Yapılan araştırmalarda lavman uygulamasının doğum eyleminin süresini kısaltmada etkili olmadığı, enfeksiyonlarla ilgili yararlı bir etkisi olmadığı belirlenmesine rağmen uygulanmaya devam etmesi, kadınların obstetrik şiddet puanlarını

yükseltmesine ve şiddete maruz kalmasına sebep olmuştur.

Araştırmamızda anne yaşı ile anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.845$). Literatürde yaş faktörünün bağlanma sürecine etkisi ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. İleri yaşta anne olan kadınların daha planlı gebelikler yaşadığı ve gebelik, doğum ve doğum sonrası süreç ile ilgili daha bilinçli olduğu bunun sonucunda bağlanma sürecinin olumlu etkileyebileceği belirtilmektedir (Gulturk vd., 2019). Çalışmamızla benzer şekilde Rossen ve arkadaşları (2019), erken postpartum dönemde bağlanmanın en önemli belirleyicisinin annenin psikososyal durumu olduğunu, yaşın ise bağlanmayı doğrudan etkileyen bir faktör olmadığını ifade etmektedir.

Araştırmamızda eğitim durumu ($p=0.360$) ve meslek durumlarına göre anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.640$). Ekonomik durum ile anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak sosyoekonomik durumun anne-bebek bağlanmasını, dolaylı yoldan bağlanma sürecine etkisinin bulunduğu belirtilmektedir. Özellikle ekonomik problemler yaşayan annelerde stres ve anksiyete bununla birlikte depresyon görülme oranlarının daha yüksek olduğu ve bu durumun anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebileceği bildirilmiştir (Hailemeskel vd., 2022).

Araştırmamız da aile yapısı ile anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak, literatürde geniş aile ve çekirdek aile yapılarının anne-bebek bağlanması üzerinde dolaylı etkilerinin olabileceği belirtilmektedir. Özellikle geniş aile şeklinde yaşayan annelerin çok daha fazla sosyal destek alırken bununla birlikte bebekleriyle ilgili karar alma süreçlerinde daha fazla etkiye ve baskıya maruz kaldıkları ve bu durumun bağlanma sürecini zorlaştırabileceğini bildirilmiştir (Minayati vd., 2022).

Araştırmamızda eşin yaşı ($p=0.790$) ve eşin eğitim durumu ($p=0.553$) ile anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde eşin yaşı ile bağlanma arasındaki ilişki sınırlı sayıda çalışmada incelenmiş olup, dolaylı etkilerinin olabileceği düşünülmektedir. Genç yaşta baba olan erkeklerin ebeveynlik sorumluluklarını üstlenmede zorlanabileceği ve bu durumun annenin bağlanma sürecini dolaylı olarak etkileyebileceği ifade edilmektedir (Gulturk vd., 2019).

Araştırmamızda bebeğin cinsiyetinin anne-bebek bağlanması ile ilişkili bulunmaması ($p=0.660$) literatürle de uyumludur. Literatürde, bebeğin kız veya erkek olmasının anne-bebek bağlanmasını doğrudan etkilemediği, ancak bazı kültürel faktörlerin annenin bebekle kurduğu ilişkiyi dolaylı olarak etkileyebileceği bildirilmiştir (Lester vd., 2019). Çalışmamızda Bebeğinde sağlık sorunu gelişen kadınların bağlanma puanları da anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0.753$). Fakat yapılan araştırmalarda bebekte herhangi bir sağlık sorununun gelişmesi anne-bebek bağlanmasına dolaylı yoldan etki edebileceği belirtilmektedir. Özellikle prematüre doğumlar, doğumsal anomali bulunması veya neonatal yoğun bakım ihtiyacı duyan bebeklerin annelerinde, postpartum stres, depresyon ve anksiyete riskinin daha yüksek olduğu ve bunun anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebileceği görülmüştür (Ohashi vd., 2016).

Araştırmamızda doğum sonrası hissedilen duygular ile anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan literatür araştırmalarında da benzer şekilde annelerin doğum sonrası duygusal durumunun bağlanma üzerinde önemli bir etkisi olduğu görülmektedir. Özellikle, doğum sonrası anksiyete ve depresyonun anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği ve bu durumun erken dönemde tespit edilmesinin kritik olduğu vurgulanmaktadır (Hailemeskel vd., 2022). Doğum esnasında veya sonrasında olumsuz bir deneyim yaşayan annelerin, bebeğe karşı mesafeli olma veya bağlanma güçlüğü yaşama gibi problemlerle karşılaşma ihtimallerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. (Vagos vd., 2023). Buna karşılık, doğum deneyimini olumlu olarak algılayan annelerin, bebekleriyle daha güçlü bir bağ kurdukları görülmüştür. Doğum sonrası annenin hissettiği duyguların bağlanma üzerine etkisini azaltmak amacıyla, anneler için psikolojik destek sağlanması ve eğitimlerin önemine dikkat çekilmektedir (Tsuchida vd., 2019).

Araştırmamızda doğumu yaptıran kişinin anne-bebek bağlanma puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı görülmüştür ($p=0.746$). Ancak literatürde, doğumu yaptıran kişinin donanımının doğum deneyimini ve bununla birlikte anne-bebek bağlanma süreci üzerinde dolaylı yoldan etkileri olabileceği öne sürülmektedir. Özellikle, doğumda annenin desteklenme düzeyi, tıbbi tüm müdahaleler ve iletişim yöntemleri, bağlanma sürecini etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır (Pramiyana vd., 2017). Araştırmamızda doğumu yaptıran kişinin cinsiyeti ile anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.041$). Erkek doktorlar tarafından doğumu gerçekleştirilen kadınların bağlanma puanı (1.46 ± 2.04), kadın doktorlar veya ebeler tarafından doğumu gerçekleştirilen kadınların bağlanma puanına (2.11 ± 2.53) kıyasla daha düşük bulunmuştur. Literatürde doğumu yaptıran

sağlık personelinin cinsiyetinin doğum süreci deneyimi ve anne-bebek bağlanması üzerindeki olası etkileri incelenmiştir. Nurdin ve arkadaşları (2022) doğumu yaptıran kişinin cinsiyetinin, annenin doğum sürecindeki stres düzeyini etkileyebileceğini ve bu durumun anne-bebek bağlanma süreciyle dolaylı bir şekilde etkileyebileceğini öne sürmüştür. Ancak, doğumu yaptıran kişinin mesleki becerisi, iletişim tarzı ve annenin doğum sürecinde aldığı duygusal destek gibi faktörlerin, cinsiyetten daha belirleyici olabileceği ifade edilmiştir (Nurdin ve arkadaşları, 2022). Bu nedenle, bağlanma sürecine yönelik doğrudan bir etki yerine, doğumu gerçekleştiren kişinin yaklaşımı ve annenin doğum deneyimi bağlamında ele alınması daha anlamlı olabilir.

Araştırmamızda epizyotomi ve dikiş uygulanması ile anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.226$). Benzer şekilde, doğum sonrası dikiş durumu da anne-bebek bağlanma düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır ($p=0.116$). Ancak, çalışmamızın verileri benzer olmasa da literatür incelendiğinde perineal dikişin doğum sonrası iyileşme sürecine ve dolayısıyla annenin psikolojik durumu üzerinden bağlanma sürecine dolaylı etkilerinin olabileceği bildirilmektedir. Özellikle doğum sonrası ağrı ve hareket kısıtlılığı, annenin bebeğiyle erken fiziksel temas kurmasını ve emzirmeye başlamasını etkileyebilir (Hajjaj, 2017).

Araştırmamızda, vajinal muayene sayısının anne-bebek bağlanma puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($p=0.706$). Ancak literatürde, doğum sürecinde yapılan sık vajinal muayenelerin annenin doğum deneyimini ve psikolojik durumunu etkileyebileceği belirtilmektedir. Özellikle, fazla sayıda yapılan vajinal muayenenin doğum sürecinde rahatsızlık ve stres düzeyini artırabileceği ve bu durumun doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanmasını dolaylı olarak etkileyebileceği öne sürülmektedir (Gluck vd., 2020).

Araştırmamızda vajinal muayene sıklığının anne-bebek bağlanması üzerinde doğrudan bir etkisi tespit edilmemiştir. Ancak literatürde, sık yapılan vajinal muayenelerin annenin doğum deneyimini ve doğum sonrası psikolojik iyiliğini etkileyerek dolaylı olarak bağlanma sürecini zorlaştırabileceği bildirilmektedir. Bu nedenle, vajinal muayenelerin tıbbi gereklilik temelinde ve hasta konforunu göz önünde bulundurarak yapılması önerilmektedir. Araştırmamızda suni sancı (oksitosin) uygulamasının da anne-bebek bağlanmasını etkilemediği bulunmuştur ($p=0.896$). Benzer şekilde NST (Non-Stress Test) uygulanması ile anne-bebek bağlanma arasında da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0.219$).

Araştırmamızda doğum sürecinde ebelerden ve hemşirelerden alınan destek, anne-bebek bağlanmasını anlamlı şekilde etkilemiştir ($p=0.002$). Destekleyici bakımın çok iyi olarak değerlendirildiği kadınların bağlanma puanı (1.39 ± 1.98), orta düzeyde destek aldığını belirten kadınlardan (2.63 ± 2.80) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Aynı şekilde hekimlerden alınan destek ile anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0.001$). Doğum esnasında sağlanan tıbbi desteğin yalnızca doğumun fiziksel yönlerini değil, aynı zamanda annenin psikolojik olarak iyiliğini ve bununla beraber anne-bebek bağlanmasını da etkilediği belirtilmektedir. Nikula ve arkadaşları (2015), annelerin doğum sırasında en fazla duygusal desteği önemli gördüğünü ve özellikle hekimlerinin yaklaşımlarının ve açıklamalarının doğum sürecini anlamlı şekilde iyileştirdiğini bildirmiştir. Çalışmamızı destekler niteliktedir. Nawel ve Spitz (2016) ise, doğum sürecinde yeterli destek alamayan annelerde, doğum sonrası depresyon riskinin arttığını ve bunun da anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebileceğini öne sürmüştür. Sonuç olarak, doğum sürecinde hekimlerden alınan desteğin kalitesi, annenin doğum deneyimini doğrudan şekillendirebilir ve dolaylı olarak anne-bebek bağlanmasını güçlendirebilir. Bu nedenle, doğum hizmetlerinde yalnızca tıbbi bakım değil, aynı zamanda anneye yönelik psikolojik destek ve etkili iletişim de önceliklendirilmelidir.

Araştırmamızda, sağlık çalışanlarından algılanan şiddet ile anne-bebek bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0.003$). Şiddet algılamayan kadınların anne-bebek bağlanmaları daha yüksek (1.80 ± 2.40) bulunurken, şiddet algısı yaşayan kadınların anne-bebek bağlanması (3.25 ± 2.36) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Doğum sırasında maruz kalınan obstetrik şiddetin, doğum sonrasında anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Özellikle, doğum sürecinde fiziksel, sözel veya psikolojik şiddete maruz kalan annelerde doğum sonrası depresyon görülme riski artmakta ve bu durum bağlanma sürecini olumsuz etkilemektedir (Souza vd., 2024). Hill (2019) tarafından yapılan araştırmada, obstetrik şiddetin cinsiyet temelli şiddet olarak değerlendirildiği ve doğum süresi boyunca annenin özerklik ihlalinin, doğum deneyimini travmatik hale getirdiği öne sürülmüştür. Özellikle, tıbbi uygulamaların aydınlatılmış onam ve rıza alınmadan yapılması, annenin doğum sürecinin kontrolünü azaltarak bağlanma sürecini zorlaştırabilir. Obstetrik şiddetin doğum sonrası dönemde anne-bebek ilişkisini zayıflatmasının temel nedenlerinden biri, travmatik doğum deneyimi sonucu gelişen stres düzeyini arttırarak anksiyete sebep olmasıdır (Nishigori vd., 2020). Sağlık çalışanlarından algılanan şiddetin, yalnızca annenin doğum deneyimi ile sınırlı kalmadığı, aynı zamanda doğum sonrası bağlanma sürecini de etkileyebileceği

literatürde geniş bir şekilde tartışıldığı görülmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde insan onuruna saygılı, destekleyici ve travma bilinçli yaklaşımların benimsenmesi, anne-bebek bağlanmasını güçlendirebilir (Nishigori vd., 2020).

Araştırmamızda, doğum sonrası ilk emzirme süresinin anne-bebek bağlanması önemli ölçüde etkilemiştir ($p=0.029$). Hemen emziren annelerin bağlanma puanının (1.61 ± 2.21), iki saat içinde emziren annelerden (2.29 ± 2.69) ve hiç emzirmeyenlerden (3.13 ± 3.27) anlamlı şekilde düşük bulunması, erken emzirmenin anne-bebek bağlanmasını güçlendirdiğini göstermektedir. Literatürde de erken emzirmeye başlamanın anne-bebek bağlanmasını güçlendirdiği ve bebek ölümlerini önemli ölçüde azaltmada etkili bir faktör olduğuna dikkat çekilmektedir. Özellikle doğum sonu ilk saat içinde başlatılan emzirmenin hem annenin hem de bebeğin fizyolojik ve psikolojik olarak iyilik halini artırdığı öne sürülmektedir (Mardiyana, 2024). Çalışmamız sonuçlarını desteklemektedir. Erken emzirme uygulamalarının teşvik edilmesi hem bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirmekte hem de anne-bebek arasındaki duygusal bağı artırmaktadır. Bu nedenle, doğum sonrası erken emzirmenin yaygınlaştırılması için sağlık hizmetlerinde uygun eğitim ve destek mekanizmalarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Araştırmamızda, doğum sonrası ten teması kuran annelerin bağlanma puanlarının (1.79 ± 2.25), ten teması kurmayan annelere (2.83 ± 3.12) kıyasla anlamlı şekilde düşük olduğu bulunmuştur ($p=0.041$). Bu bulgu, ten temasının anne-bebek bağlanmasını attırdığını göstermektedir. Doğum sonrası ten temasının anne-bebek bağlanması üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızın da gösterdiği gibi, Literatürde, doğum sonrası erken ten temasının hem fiziksel hem de psikolojik birçok faydası olduğu belirtilmektedir. Özellikle, doğumdan hemen sonra uygulanan ten teması, annede oksitosin seviyelerini artırarak bağlanma sürecini güçlendirirken doğum sonrası stres düzeyini de azaltmaktadır (Potgieter ve Adams, 2019). Ghanbari-Homayi ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, doğum sonrası ten teması uygulanan annelerin, hem doğum deneyimlerini daha olumlu değerlendirdiğini hem de anne-bebek bağlanmasının daha güçlü olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, Taylor ve arkadaşları (2021), doğum sonrası ten temasının sağlanamadığı durumlarda annelerin bağlanma sürecinde zorluk yaşayabileceğini ve emzirme oranlarının da düşük olabileceğini belirtmiştir. Özellikle prematüre olan bebeklerde ten temasının, bağlanmayı kolaylaştırmasının yanı sıra, ısı dengesini sağlamak ve solunumu düzenli hale getirme açısından da kritik bir rol oynadığı ifade edilmiştir (Dahlø vd., 2018). Sonuç olarak, doğum sonrası ten teması, anne-bebek bağlanmasını güçlendiren, emzirme sürecini destekleyen ve maternal iyilik halini artıran

önemli bir uygulamadır. Bu uygulamanın yaygınlaştırılması ve doğum sonrası bakım süreçlerine entegre edilmesi, anne ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.

Bebeğin gelişiminin aile hayatına etkisi, anne-bebek bağlanmasını önemli ölçüde etkilemiştir ($p=0,000$). Bebeğin aile hayatına olumlu etki ettiğini belirten annelerin bağlanma puanının (1.71 ± 2.15), olumsuz etkilendiğini belirten annelerden (4.57 ± 3.83) ve değişiklik olmadığını belirten annelerden (3.46 ± 3.15) anlamlı şekilde düşük bulunmuştur, bu bulgu aile hayatına olumlu etki ettiğini belirten annelerin bağlanmalarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Böylelikle aile içi dinamiklerin ve psikososyal faktörlerin anne-bebek bağlanmasında kritik bir rol oynadığı görülmektedir. Özellikle aile içi desteğin güçlü olduğu durumlarda annelerin bağlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu, buna karşılık sosyal destek eksikliği ve psikolojik stresin bağlanma üzerinde olumsuz etkiler yarattığı çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur bu çalışmalar araştırmamızı destekler niteliktedir (Feldman, 2017; Mason vd., 2020).

BÖLÜM VI

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmamızda, obstetrik şiddet ve anne-bebek bağlanmasını etkileyen çeşitli demografik ve doğumla ilişkili faktörler incelenmiştir. Bulgular, doğum sürecinde yaşanan deneyimlerin ve annenin algıladığı destek düzeyinin bağlanma sürecini doğrudan etkileyebileceğini göstermektedir. Obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanması üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($\beta = 0.046$, $p < 0.001$). Obstetrik şiddetin, anne-bebek bağlanması üzerine %7.7 etkisi olduğu açıklanmaktadır ($R^2 = 0.077$). Obstetrik şiddetin alt boyutlarının anne-bebek bağlanması üzerindeki etkilerini değerlendirmek için incelendiğinde ise obstetrik şiddet alt boyutlarının anne-bebek bağlanma puanındaki toplam varyansın %12.3'ünü açıkladığı görülmüştür ($R^2 = 0.123$). Etkin olmayan iletişim alt boyutu ise anne-bebek bağlanmasını etkileyen tek değişken olarak görülmüştür ($p = 0.008$).

- Meslek durumlarına göre ev hanımları, memurlar ve işçiler ile karşılaştırıldığında daha yüksek obstetrik şiddet puanına sahip bulunmuştur ($p=0.015$). Ekonomik durumu orta seviyede olan kadınların, iyi ekonomik duruma sahip kadınlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanı aldığı belirlenmiştir ($p<0.01$).
- 4 veya daha fazla gebeliği olan kadınların etkin olmayan iletişim alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.034$). Gebelik sürecinde sağlık sorunu yaşayan kadınların, sağlık tesisi ortamı alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.012$).
- Doğum sırasında komplikasyon yaşayan kadınların, yaşamayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanı aldığı belirlenmiştir ($p<0.01$).
- Doğum sonrası hissedilen duygular açısından yapılan analizde, doğum deneyimini acı verici ve korkutucu olarak tanımlayan kadınların, doğum sonrası mutlu olarak tanımlayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanı aldığı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Vajinal muayene sıklığının obstetrik şiddet puanlarında anlamlı bir fark bulunmamışken ($p>0.05$), suni sancı uygulanan kadınlarda, uygulanmayanlara kıyasla tüm alt boyutlarda anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).

- Doğum öncesi lavman uygulanan kadınların, uygulanmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek obstetrik şiddet puanına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$).
- Doğum sürecinde ebe, hekim ve hemşirelerden iyi destek alan kadınların, kötü destek alanlara kıyasla anlamlı derecede daha düşük obstetrik şiddet puanına sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).
- Sağlık çalışanlarından şiddet algısı olan kadınların, algısı olmayanlara kıyasla çok daha yüksek obstetrik şiddet puanı aldığı belirlenmiştir ($p<0.001$).
- Bebeğini doğumdan hemen sonra emziren kadınların obstetrik şiddet puanları daha düşük bulunurken, emzirme süresi geciken veya emzirmeyen kadınlarda obstetrik şiddet puanları daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$).
- Doğumda yaşanan sorun, anne-bebek bağlanma üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olma eğiliminde olsa da istatistiksel olarak anlamlılık sınırında bulunmuştur ($p=0.063$).
- Doğum sonrası hissedilen duygu, anne-bebek bağlanmasını anlamlı şekilde etkilemiştir ($p=0.014$). Acı verici doğum deneyimi yaşayan kadınların bağlanma puanı (2.25 ± 2.76) ve korkutucu deneyim yaşayanların puanı (2.27 ± 2.67), mutlu hisseden kadınların puanından (1.43 ± 1.80) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- Doğumu yaptıran kişinin cinsiyeti, anne-bebek bağlanma puanı açısından anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p=0.041$). Erkek doktorlar tarafından doğumu gerçekleştirilen kadınların bağlanma puanı, kadın doktor veya ebeler tarafından doğumu gerçekleştirilen kadınların bağlanma puanına kıyasla daha düşük bulunmuştur.
- Doğum sürecinde ebelerden ve hemşirelerden alınan destek anne-bebek bağlanmasını anlamlı şekilde etkilemiştir ($p=0.002$). Aynı şekilde hekimlerden alınan destek de anne-bebek bağlanmasını etkilemiştir ($p=0.001$).
- Sağlık çalışanlarından şiddet algısı, anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilemiştir ($p=0.003$). Şiddet algılamayan kadınların bağlanma puanı, şiddet algısı yaşayan kadınların puanına kıyasla anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

- Doğum sonrası emzirme süreleri anne-bebek bağlanmasını önemli ölçüde etkilemiştir ($p=0.029$). Hemen emziren annelerin bağlanma puanı, iki saat içinde emziren annelerden ve hiç emzirmeyenlerden anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).
- Bebeğin gelişiminin aile hayatına etkisi anne-bebek bağlanmasını önemli ölçüde etkilemiştir ($p=0.000$). Bebeğin aile hayatına olumlu etki ettiğini belirten annelerin bağlanma puanı, olumsuz etkilendiğini belirten annelerden ve değişiklik olmadığını belirten annelerden anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0.05$).
- Doğum sonrası ten teması anne-bebek bağlanmasını anlamlı şekilde etkilemiştir ($p=0.041$). Ten teması kuran annelerin bağlanma puanı, ten teması kurmayan annelerin puanına kıyasla anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Obstetrik şiddetin anne-bebek bağlanması üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Özellikle sağlık tesislerinde yaşanan olumsuz deneyimler ve yetersiz destekleyici bakım, annelerin doğum sürecini travmatik olarak algılamasına ve bağlanma sürecinin sekteye uğramasına neden olabilmektedir. Sağlık çalışanlarından algılanan şiddette, annelerin doğum sonrası psikolojik iyilik halini bozarak, anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Demografik faktörler açısından incelendiğinde, annenin yaşı, eğitim durumu, ekonomik seviyesi ve aile yapısı gibi değişkenlerin anne-bebek bağlanması üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisi olmadığı gözlenmiştir. Ancak, meslek durumu, özellikle ev hanımlarının diğer meslek gruplarına kıyasla daha fazla obstetrik şiddet deneyimlediği ve bunun da bağlanma sürecini dolaylı olarak etkileyebileceği bulunmuştur. Benzer şekilde, eşin eğitim seviyesi ve yaşı da doğrudan bağlanma sürecini etkilemezken, annenin sosyal destek mekanizmaları ile bağlanmanın şekillenmesinde önemli bir rol oynayabileceği gözlemlenmiştir.

Gebelik ve doğum süreciyle ilişkili faktörler bağlamında, gebelik sayısının anne-bebek bağlanması üzerinde doğrudan bir etkisi olmadığı, ancak doğum deneyimi arttıkça annelerin bağlanma sürecini daha bilinçli ve rahat bir şekilde yönetebildiği görülmüştür. Doğum şekli açısından, vajinal doğum yapan annelerin bağlanma düzeyi epidural ile doğum yapan annelerle benzer bulunmuş, ancak doğum sonrası psikolojik destek alan annelerin bağlanma sürecinde daha olumlu bir gelişim gösterdiği saptanmıştır. Epizyotomi kesisi ve dikiş uygulanması gibi

tıbbi müdahalelerin bağlanma sürecine doğrudan etkisi tespit edilmemiştir; ancak bu müdahalelerin doğum sonrası ağrı ve iyileşme süreci üzerindeki etkilerinin dolaylı olarak bağlanmayı şekillendirebileceği değerlendirilmektedir. Doğum sürecinde lavman ve suni sancı (oksitosin) uygulaması obstetrik şiddet maruziyetini arttırdığı tespit edilmiştir.

Doğum sürecinde sağlık çalışanlarından alınan desteğin, doğum deneyimi ve bağlanma süreci açısından kritik bir faktör olduğu bulunmuştur. Özellikle, doğum sırasında ebe ve hekimlerden alınan desteğin bağlanmayı güçlendirdiği görülmüştür. Bununla birlikte, sağlık çalışanları tarafından uygulanan destekleyici olmayan yaklaşımlar ve kötü muamele algısı, annelerin doğum sürecine yönelik olumsuz bir algı geliştirmesine ve bağlanma sürecinin sekteye uğramasına neden olabilmektedir.

Doğum sonrası faktörler arasında, ilk emzirme süresi ve ten teması gibi uygulamaların anne-bebek bağlanmasını güçlendirdiği tespit edilmiştir. Doğumdan hemen sonra emzirmeye başlayan ve cilt teması kuran annelerin, bebekleriyle daha güçlü bir bağ geliştirdiği ve emzirme sürekliliğinin sağlandığı görülmüştür. Doğum sonrası hissedilen duygular da bağlanma sürecini etkileyen önemli bir değişken olarak öne çıkmış, doğumu korkutucu ve acı verici olarak algılayan annelerin bağlanma sürecinde daha fazla zorluk yaşadığı bulunmuştur.

Genel olarak değerlendirildiğinde, anne-bebek bağlanmasını şekillendiren en önemli faktörlerin; obstetrik şiddete maruz kalma durumu, doğum deneyimi, sağlık çalışanlarından algılanan destek, doğum sonrası bakım uygulamaları ve annenin psikososyal durumu olduğu sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmamızda ulaştığımız bulgulara sonucunda obstetrik şiddeti azaltmak ve anne-bebek bağlanmasını güçlendirmek adına;

- Kadınlarla iletişim kurulurken açık, sade, anlaşılır bir dil kullanılması,
- Kadınları yargılamadan saygılı bir doğum süreci geçirmesinin sağlanması,
- Empati kurarak aktif dinlemeye dayalı iletişim becerilerinin kullanılması,

- Uygulanacak her işlem öncesi tam bilgilendirme sağlanarak güven ortamı oluşturulması,
- Kadınlara tercih hakkı sunarak sürece aktif katılımının desteklenmesi,
- Ebe, hemşire ve hekimlere obstetrik şiddet hakkında düzenli aralıklarla farkındalık eğitimleri düzenlenerek bununla birlikte iletişim becerileri geliştirme, stresle başa çıkma yöntemleri konularının eğitimlere dahil edilmesi,
- Doğum hizmetlerinde kadın haklarını önceliklendiren, travmaya duyarlı bakım modellerinin yaygınlaştırılması, kadınlara saygılı ve bireyselleştirilmiş bir bakım sunulması için sağlık çalışanlarının farkındalıklarının artırılması,
- Merhamet yorgunluğu, mesleki tükenmişlik vb. problemi yaşayan sağlık profesyonellerinin belirlenerek psikososyal destek sağlanması,
- Doğum sürecinde kadınların bilgilendirilmesi ve güçlenmesi adına gebelikten itibaren bütün doğum süreci boyunca hakları, uygulanabilecek tedavi ve girişimler, müdahalelere itiraz haklarının anlaşılır şekilde anlatılması ve tercihlerini yargılamadan saygılı bakım verilmesi,
- Gebelik ve doğum süreci boyunca kadınların kendilerini rahat ve konforlu hissetmeleri için odaları ve doğumhane ortamının ışık, ses, mahremiyet gibi konulara dikkat çekerek yeniden düzenlenmesi,
- Tıbbi bir gereklilik olmadan yapılan, kanıta dayalı olmayan müdahalelerin (rutin lavman, suni sancı) doğum deneyimini olumsuz etkileyerek obstetrik şiddet puanlarını arttırdığı görülmüş olup bu uygulamaların gereksiz ve fazla uygulamasından kaçınmak ve rutine dönüşmesini engellemek,
- Kadınların doğum süreci boyunca bulundukları servis ve doğumhanelerde fiziksel ve duygusal olarak birebir bakım ve desteğin sağlanması,
- Doğum sonrası ten tene temasın sağlanması,
- Erken emzirmenin başlatılması ve devam ettirilmesi,
- Anne ve bebeğinin aynı odada kalmalarının sağlanması ve odanın temiz ve konforlu olmasına dikkat edilmesi,
- Obstetrik şiddet, kadına yönelik şiddet tanımı içinde açıkça yer almalı ve yasal düzenlemelerle sınırlandırılması
- Ebelik mesleğinin güçlendirilerek doğum süreci boyunca kadının yanında olan birincil destek rolü netleştirilmesi

- Sağlık kuruluşlarında obstetrik şiddetin değerlendirilmesi ve önlenmesi adına politikaların uygulanması,
- Araştırmamızda elde edilen bulgulardan erkek doktorlar tarafından doğumu gerçekleştirilen kadınların, anne-bebek bağlanmalarının yüksek olması; kadınlardan oluşan meslek grubu olan ebelerin iletişim becerilerinin kuvvetlendirilmesi, empatik ve destekleyici bakım yaklaşımını benimsemelerinin anne-bebek bağlanmasını önemli ölçüde kuvvetlendireceği düşündürmektedir. Bu nedenle ebelerin iletişim becerilerini geliştirmek adına düzenli eğitimler düzenlenmesi ve literatürde bu konu ile daha geniş araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Ülkemizde daha yeni yeni gün yüzüne çıkan “Obstetrik Şiddet” kavramı hem bizim çalışmamızda hem de literatürde görüldüğü üzere anne-bebek sağlığı üzerinde önemli bir yere sahiptir. Bu öneriler sağlık profesyonellerinin obstetrik şiddet ve önemi konusunda daha fazla bilgi sahibi olarak kadınların saygılı ve sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonu sürecini geçirmesini sağlayarak anne-bebek bağlanmasını güçlendirmek adına yararlı olacağı düşünülmektedir. Obstetrik şiddet ile ilgili daha fazla literatür çalışmalarına ihtiyaç vardır.

KAYNAKÇA

- Acar, Z., & Şahin, N. (2021). Kadınların obstetrik şiddet deneyimleri: Sistematiik derleme. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(3), 509–519.
- Akarsu, R. H., Tuncay, B., & Alsaç, S. Y. (2017). Anne- Bebek Bağlanması Kanıta Dayalı Uygulamalar. 6(4), 275–279.
- Alio, A. P., Garba, R. M., Mittal, M., McCormick, A. P., ve Mahamane, M. (2023). Giving birth is like going to war: Obstetric violence in public maternity centers in Niger. Global Maternal Health Journal. <https://doi.org/10.1101/2023.06.26.23291780>
- Altun, E., & Kaplan, S. (2020). Doğum Travmasının Anne ve Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi. 4(1), 54–66.
- Ateşol, B. (2024). Öğrendiğini anlat tekniğinin emzirme sürecine ve anne bebek bağlanmasına etkisi (yükseklisans tezi). Biruni Üniversitesi.
- Avcı, N. (2022). Normal Doğum Sürecinde Obstetrik Şiddete Maruz Kalan Kadınların Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma. 10. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, İstanbul, Türkiye, 19 - 20 Kasım 2022, ss.389-399, (Tam Metin Bildiri) , ss.389-399.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C.,&at al. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLoS Medicine, 12(6), 1–32.
- Castro, R., & Frías, S. M. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. Violence Against Women, 26(6–7), 555–572. <https://doi.org/10.1177/1077801219840446>
- Mihret, M. S. (2019). Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a specialized comprehensive hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. BMC Research Notes, 12(1), 600. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4638-5>
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. Women and Birth, 34(5), e526–e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Ceylan, Ş. (2024). 0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerde Doğum Sonrası Dönemde Evlilik Doyumu ile Anne Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi) (Vol. 15, Issue 1). İstanbul-İstanbul Aydın Üniversitesi.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen Shabot, S. (2020). Why ‘normal’ feels so bad: Violence and vaginal examinations during labour – A (feminist) phenomenology. Feminist Theory, 22(4), 443-463.
- Dahlø, R., Gulla, K., Saga, S., Kristoffersen, L., ve Eilertsen, M. B. Et al. (2018). Sacred hours: Mothers' experiences of skin-to-skin contact with their infants immediately after

- preterm birth. *International Journal of Pediatrics ve Neonatal Care*. 4: 139. doi: <https://doi.org/10.15344/2455-2364/2018/139>
- Demir Acar, M., Günay, U., & Çevik Güner, Ü. (2018). Difficulties Experienced in Mother-Infant Attachment in a Case of Infant Birth with Congenital Anomaly and the Role of Nursing. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(2), 169–176.
- Diniz, S. G., d'Oliveira, A. F. P. L., & Lansky, S. (2012). Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 20(40), 94–101.
- Diniz, S. G., Salgado, H. de O., Andrezzo, H. F. de A., Carvalho, P. G. C. de, Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. de A., & Niy, D. Y. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção TT - Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, def. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum*, 25(3), 377–384.
- Edward, M. M., ve Kibanda, Z. (2022). Obstetric violence: A public health concern. *Health Science Reports*, 6, e1026.
- Edward, M. M., ve Kibanda, Z. (2022). Obstetric violence: A public health concern. *Health Science Reports*, 6.
- Engin, N., & Ayyıldız, T. K. (2021). Anne-Bebek Bağlanmasının Annelik Algısı ve Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 583–596.
- Ergün, S., Kaynak, S., & Aydın, B. (2022). Fear of COVID-19 and related factors affecting mothers' breastfeeding self-efficacy during the pandemic. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 56, 1–7.
- Etheridge, J., & Slade, P. (2017). “Nothing's actually happened to me.”: The experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–15.
- Feldman, R. (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(2), 80-99. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2016.11.007>
- Fernández Medina, I. M., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J., Camacho Ávila, M., ve López Rodríguez, M. del M. (2017). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth*, 31(4), 325-330.
- Fernandes, J. M., Tonhom, S., ve Peres, C. R. F. B. (2024). Obstetric violence in medical and nursing training. *Contribuciones A Las Ciencias Sociales*. 17(2), e5235. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.2-176>.
- Finuoli, M. D. L. (2023). Obstetric violence in Italy. *Hospitals*, 10(1), 2.
- Fredbo-Nielsen, L. (2012). 1871 Intervention Project: Integration of Maternity Care into the Neonatal Intensive Care Unit, Keeping Mother and Infant Together Directly after Birth. *Archives of Disease in Childhood*, 97, A528 - A529.

- Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42–e44.
- Garcia, L. M. (2020). A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nursing Forum*, 55(4), 654–663.
- George, D., ve Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Ghanbari-Homayi, S., Fardiazar, Z., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Meedya, S., Jafarabadi, M., Mohammadi, E., ve Mirghafourvand, M. (2020). Skin-to-skin contact, early initiation of breastfeeding and childbirth experience in first time mothers: A cross-sectional study. *Journal of Neonatal Nursing*, 26, 115-119.
- Gluck, O., Mizrahi, Y., Ganer Herman, H., Bar, J., Kovo, M., ve Weiner, E. (2020). The correlation between the number of vaginal examinations during active labor and febrile morbidity, a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20.
- Gulturk, E., Korukcu, O., ve Kukulu, K. (2019). Identification of factors affecting mother-infant bonding in advanced maternal age. *Akdeniz University Hospital and Antalya Training and Research Hospital Study*.
- Hailemeskel, H., Kebede, A. B., Fetene, M. T., ve Dagnaw, F. T. (2022). Mother-infant bonding and its associated factors among mothers in the postpartum period, Northwest Ethiopia. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
- Hajjaj, J. P. (2017). Clinical practice: Perineal suturing. *The British Journal of Midwifery*, 25(5), 297-300.
- Hill, N. (2019). Understanding obstetric violence as violence against mothers through the lens of matricentric feminism. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 10 (1-2),233-243.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W., & Jurs, S. G. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences* (5th ed.). Houghton Mifflin.
- Işık, B. (2023). Doğum yapan kadınlarda obstetrik şiddet ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *T.C Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Işık, B., & Nazik, E. (2023). Obstetrik Şiddet Ve Ebe/Hemşirelerin Sorumlulukları. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 109–115.
- Kapısız, Ö., Karaca, A., Özkan, F. S., & Savaş, Hacer G. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Doğum Algısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 156–160.
- Karabulut, K., & Unutkan, A. (2024). Obstetrik Şiddet ve Ebelik. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 14(3), 459–469.
- Karahan, N., & Serhatlıoğlu, S. G. (2019). Doğum Süreci. In H. Arslan Özkan (Ed.), *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (1st ed., pp. 393–430). Akademisyen Kitapevi.

- Karaçam Yılmaz, Z. D., Yetişkin, G., & Keser Özcan, N. (2023). Obstetrik şiddeti anlamak. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(2), 109–114.
- Kartal Aydın Y, Bulut A. Obstetric Violence: What Do Midwifery Students Know?. *NHSJ* [Internet]. 2023 Dec. 1 [cited 2025 Apr. 20];3(4):408-16. Available from: <https://nhs-journal.com/index.php/nhs/article/view/282>
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1–8.
- Keedle, H., Warren Keedle, H., ve Dahlen, H. (2024). Dehumanized, violated, and powerless: An Australian survey of women's experiences of obstetric violence in the past 5 years. *Violence Against Women*. 30(9):2320-2344. doi: 10.1177/10778012221140138.
- Klering, N. M., Petry, L., Garzella, H., Ogliari, K., ve Scherer, J. (2021). Obstetric violence and medical education: Answering "Who is afraid of obstetric violence?". *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 21 (1)Jan-Mar 2021 • <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100018>
- Köse, D., Çınar, N., & AltınKaynak, S. (2013). Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci. *Merhaba*, 22(6), 239–245.
- LaRusso, L. (2016). Intimate partner violence during pregnancy. *Nursing for Women's Health*, 20(3), 239.
- Leite, T. H., Marques, E. S., Corrêa, R. G., Leal, M. D. C., Olegário, B. da C. D., da Costa, R. M., & Mesenburg, M. A. (2024). Epidemiology of obstetric violence: a narrative review of the Brazilian context. *Ciencia e Saude Coletiva*, 29(9):e12222023. doi: 10.1590/1413-81232024299.12222023. Epub 2023 Sep 13
- Lester, B. M., Salisbury, A. L., Hawes, K., Sullivan, M. C., Lago, L., ve Smith, V. (2019). Infant neurobehavioral function and maternal mental health as mediators of the association between socioeconomic status and child outcomes. *Development and Psychopathology*, 31(5), 1661-1673. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000980>
- Mardiyana, R. R. (2024). The implementation of early initiation breastfeeding on intranatal mother to develop bonding attachment in Mojokerto. *International Journal of Nursing and Midwifery Science (IJNMS)*. 7(3), 413-418. <https://doi.org/10.29082/IJNMS/2023/Vol7/Iss3/546>
- Mason, Z., Briggs, R., ve Silver, E. J. (2020). The impact of maternal stress and social support on infant attachment. *Infant Behavior and Development*, 58, 101423. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101423>
- McGowan, S. (2014). Does the maternal experience of childbirth affect mother-infant attachment and bonding? *Journal of Health Visiting*, 2, 606-616.
- Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M. J., Andreu-Pejó, L., & González-Chordá, V. M. (2020). Design and validation of the percov-s questionnaire for measuring perceived obstetric violence in nursing, midwifery and medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1–12.

- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chillon, M. J. (2021). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 199. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192.
- Minayati, K., Ismail, R., Muskananfol, F., Nugraheni, T. P. W., Chairunnisa, S., Wiriadinata, N. E. R., Sugiyanto, M., Clarissa, A., Pradana, K., & Wiguna, T. (2022). Psychosocial factors associated with mother–infant bonding in Indonesian samples. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(4), 313–321.
- Morales, X. B., Chaves, L. V. E., & Delgado, C. E. Y. (2018). Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective. *Qualitative Health Research*, 28(8), 1308–1319.
- Mutlu, C., Yorbik, Ö., Tanju, İ. A., Çelikel, F., & Gönül Sezer, R. (2015). Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(6), 442–450.
- Nacar, E. H., & Gökkaya, F. (2019). Bağlanma ve Maternal Bağlanma Konusunda Bir Derleme. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry and Psychology*, 1(1), 49–55.
- Nawel, H., & Spitz, E. (2016). Depression and perceived autonomy support during pregnancy as a predictor of poor mother-infant bonding. *The European Health Psychologist*, 18, 913.
- Nikula, P., Laukkala, H., & Pölkki, T. (2015). Mothers' perceptions of labor support. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(6), 373–380.
- Nishigori, H., Obara, T., Nishigori, T., Metoki, H., Mizuno, S., Ishikuro, M., Sakurai, K., Hamada, H., Watanabe, Z., Hoshiai, T., Arima, T., Nakai, K., Kuriyama, S., & Yaegashi, N. (2020). Mother-to-infant bonding failure and intimate partner violence during pregnancy as risk factors for father-to-infant bonding failure at 1 month postpartum. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33, 2789–2796.
- Nordahl, D., Rognmo, K., Bohne, A., Landsem, I., Moe, V., Wang, C. E., & Høifødt, R. (2020). Adult attachment style and maternal-infant bonding: The indirect path of parenting stress. *BMC Psychology*, 8:58. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00424-2>
- Nurdin, N., Saadong, D., Subriah, S., & Ningsi, A. (2022). Peran gender dalam pemilihan penolong persalinan. *Jurnal Kebidanan Malakbi*. 3(1), 15–20.
- Ohashi, Y., Sakanashi, K., Tanaka, T., & Kitamura, T. (2016). Mother-to-infant bonding disorder, but not depression, 5 days after delivery is a risk factor for neonate emotional abuse: A study in Japanese mothers of 1-month olds. *The Open Family Studies Journal*, 8(1), 27–36.

- Oraybi, L. A., ve Yanbaawi, L. O. (2023). Mother-infant bonding and its predictors among pregnant women in Saudi Arabia. *International Journal of Advanced and Applied Sciences*. <https://doi.org/10.21833/ijaas.2023.03.009>
- Ozcan, S., ve Kirca, N. (2019). The effect of postpartum violence against mothers on mother-infant bonding. *11*(3), 830-839.
- Pires de Almeida, C., Sá, E., Cunha, F., ve Pires, E. P. (2013). Violence during pregnancy and its effects on mother–baby relationship during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *31*(4), 370-380.
- Potgieter, K., ve Adams, F. (2019). The influence of mother-infant skin-to-skin contact on bonding and touch. *South African Journal of Occupational Therapy*. *49* (2): 11-17.
- Pramiyana, I. M., Hastuti, U. R. B., ve Murti, B. (2017). PRECEDE-PROCEED model: Predisposing, reinforcing, and enabling factors affecting the selection of birth attendant in Bondowoso District. *Journal of Health Promotion and Behavior*, *2*(2), 159-172.
- Ramos, T. M., Tanaka, E. Z., Carmona, E. V., & Sanfelice, C. F. de O. (2022). Nursing students' knowledge about obstetric violence. *ABCS Health Sciences*, *47*, e022221. <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020163.1606>
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1), 1–10.
- Reuther, M. (2021). Prevalence of obstetric violence in Europe: Exploring associations with trust and care-seeking intention. *European Journal of Women's Health Studies*. <https://purl.utwente.nl/essays/87962>
- Reyhan, F. A., & Sayiner, F. D. (2024). The Importance of the Birth Environment and A Review on the Ideal Birth Unit. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, *7*(1), 195–207.
- Rizk, S. (2012). Factors associated with maternal-infant attachment one month postnatally. *Journal of High Institute of Public Health*, *42*, 103-118.
- Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches Prof. Suellen Miller. *Reproductive Health*, *14*(1), 1–27.
- Shetty, R., Samant, P. Y., ve Honavar, P. U. (2021). Obstetric violence: A health system study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, *10*(4), 1551-1558.
- Silva, T. M. da, Sousa, K. H. J. F., Oliveira, A. D. da S., Amorim, F. C. M., & Almeida, C. A. P. L. (2020). Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. *Acta Paulista de Enfermagem*, *33*.
- Simeneh, G. T., Tesema, G. W., Seifu, B. A., Tafesse, N., Hailemariam, A. Z., Suleyiman, F. M., ve Nigatu, D. (2024). Obstetric violence and associated factors among women who gave birth at public hospitals in Addis Ababa city administration, Ethiopia. *Frontiers in Global Women's Health*. *25*:5:1417676. doi: 10.3389/fgwh.2024.1417676.

- Souza, D. S., Machado, W. L., Guimarães, L. D. A., Bernardi, J. R., da Silva, C. H., Goldani, M., ve Bandeira, D. R. (2024). Mother-infant bonding: The role of postpartum depression, violence, and bonding established with one's own mother during childhood. *Infant Mental Health Journal*, 45(5):529-540. doi: 10.1002/imhj.22126.
- Soysal, A. Ş., Bodur, Ş., İşeri, E., & Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8, 88–99.
- Tabachnick and Fidell, 2013 B.G. Tabachnick, L.S. Fidell Using Multivariate Statistics (sixth ed.) Pearson, Boston (2013)
- Taylor, C. L., Brown, H., Saunders, N., Barker, L., Chen, S., Cohen, E., Dennis, C., Ray, J., ve Vigod, S. (2021). Maternal schizophrenia, skin-to-skin contact, and infant feeding initiation. *Schizophrenia Bulletin*.
- Tichelman, E. (2020). Mother-to-infant bonding: Determinants and impact on child development: Challenges for maternal health care. Doctoral Dissertation.
- Tokuda, N., Kobayashi, Y., Tanaka, H., Sawai, H., Shibahara, H., Takeshima, Y., Shima, M., Kamijima, M., et al., (2021). Feelings about pregnancy and mother-infant bonding as predictors of persistent psychological distress in the perinatal period: The Japan Environment and Children's Study. *Journal of Psychiatric Research*, 140, 132-140.
- Trevillion, K., ve Seneviratne, T. (2016). Addressing familial violence and child abuse. Springer International Publishing, 109-118.
- Tsuchida, A., Hamazaki, K., Matsumura, K., Miura, K., Kasamatsu, H., Inadera, H., Kawamoto, T., Ohya, Y., Kishi, R., ve Yaegashi, N. (2019). Changes in the association between postpartum depression and mother-infant bonding by parity: Longitudinal results from the Japan Environment and Children's Study. *Journal of Psychiatric Research*, 110, 110-116.
- Ulaşlı Kaban, H. (2022). Kadınların doğum eylemi sırasında algıladıkları obstetrik şiddet göstergelerinin incelenmesi (İstanbul Üniversitesi).
- Uğur, E. (2024). Obstetrik şiddet ile doğum sonu depresyon ve post-travmatik stres bozukluğu arasındaki ilişki (yüksek lisans tezi) (Vol. 15, Issue 1). Malatya: T.C İnönü Üniversitesi.
- Vagos, P., Mateus, V., Silva, J., Araújo, V., Xavier, A., ve Palmeira, L. (2023). Mother-infant bonding in the first nine months postpartum: The role of mother's attachment style and psychological flexibility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1-15.
- WHO. (2014). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth.
- WHO. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience.
- Waters, E., Crowell, J., Elliott, M., Corcoran, D., & Treboux, D. (2002). Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work(s) in progress. *Attachment & Human Development*, 4(2), 230–242.
- Widström, A., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192–1204.

- Yalnız Dilcen, H., & Genç, R. (2019). Travmatik Doğumun Önlenmesinde Ebinin Rolü. NWSA Academic Journals, 14(3), 64–73.
- Yeşilçiçek Çalık, K., Erkaya, R., Küçük, E., & Kanbay, Y., (2023). Obstetrik Şiddet Ölçeğinin Geliştirilmesi, Doğrulanması ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi 7. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi (Pp.1). Trabzon, Turkey
- Yılmaz, S. D., & Beji, N. K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi, 20(3), 99–109.
- Zafra-Tanaka, J., Montesinos-Segura, R., Flores-Gonzales, P. D., ve Taype-Rondan, Á. (2019). Potential excess of vaginal examinations during the management of labor: Frequency and associated factors in 13 Peruvian hospitals. Reproductive Health, 16.
- Zeitlin, D., Dhanjal, T., ve Colmsee, M. (1999). Maternal-foetal bonding: The impact of domestic violence on the bonding process between a mother and child. Archives of Women's Mental Health, 2(4), 183-189.

EKLER

EK-1 Bilgilendirilmiş Olur Formu

Ebelik bilimine katkı sağlamak amacıyla bir bilimsel araştırma yapmayı planlamaktayız. Yapılması planlan araştırmanın ismi “Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınlarda Obstetrik Şiddet ile Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”dir. Annelerin görüşlerinin alınacağı bu çalışmaya, tıbbi durumunuz bu koşullara uyduğu için sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz. Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel Çalışma Hakkında Bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni vajinal doğum (normal doğum) yapmış ve üzerinden en fazla 40 gün geçmiş olmasıdır. Bu şartları sağlayan tüm annelerde gerçekleştirilecektir. Bu araştırmanın amacı obstetrik şiddetin, anne-bebek bağlanması ile ilişkisinin belirlenmesi.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Araştırmacı ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.

5. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.
6. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tıbbi bakımınıza ve sağlık personeli ile olan ilişkinize herhangi bir zarar getirmeyecektir, hayatınızda hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile sürdürülecektir

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı Sayın Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN ve Ebe Ezgi Yaren BOZKURT ÇAKAL tarafından, bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. İster doğrudan ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde 05529..... numaralı telefondan ulaşarak danışabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun kişisel olarak bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih:

İmza:

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Ünvanı:

Adres :

Telefon :

İmza

XXXXXX

EK-2 TANITICI BİLGİ FORMU

2.1. Sosyodemografik Bilgiler

1. Yaşınız.....
2. Eğitim durumunuz nedir?
1-Okuryazar değil 2-İlkokul 3-Ortaokul 4- Lise 5- Yüksekokul-
Fakülte mezunu
- 3- Mesleğiniz nedir?
1-memur 2-işçi 3-serbest meslek 4-diğer.....
- 4- Ekonomik durumunuz nedir?
1- İyi 2- Orta 3- Kötü
- 5- Aile yapınız nedir?
1-çekirdek aile 2-geniş aile 3-parçalanmış aile 4-diğer.....
- 6- Eşinizin yaşı.....
- 7- Eşinizin eğitim durumu nedir?
1-Okuryazar değil 2-İlkokul 3-Ortaokul 4- Lise 5- Yüksekokul-
Fakülte mezunu

2.2. Obstetrik Bilgiler

- 8- Kaç kez gebe kaldınız?
1-1 2- 2 3- 3 4- 4 5- 5 ve üzeri
- 9- Düşük yaptınız mı?
1-Evet 2-Hayır (11.soruya geçiniz)
- 10- Kaç kez düşük yaptınız?
1- 1 2- 2 3- 3 4- 4 5- 5 ve ↑
- 11- En son bebeğinizin doğum tarihi.....
- 12- Bebeğinizin Cinsiyeti nedir?.....
- 13- Son gebeliğiniz sırasında sağlık sorunu yaşadınız mı?
1-Evet 2-Hayır
- 14- Son gebeliğinizde bebeğinizde herhangi bir sağlık sorunu gelişti mi?

- 1-Evet 2-Hayır
- 15- Doğum şekliniz nedir?
1-NSD 2-Sezeryan 3-Epidural 4-Diğer.....
- 16- Doğumunuzda herhangi bir sorun yaşadınız mı?
1-Evet 2-Hayır
- 17- Doğumunuz size aşağıdaki duygulardan hangisini hissettirdi?
1-Çok acı verici 2- Korkutucu 3-Çok mutlu 4-Diğer.....
- 18- Doğumunuzu kim yaptırdı?
1- Kadın doğum uzmanı/doktor 2- Ebe
- 19- Doğumunuzu yatıran kişinin cinsiyeti nedir?
1-Kadın 2-Erkek
- 20- Doğumunuzda epizyotomi(kesi) uygulandı mı?
1-uygulanmadı 2- uygulandı
- 21- Dikişleriniz var mıydı?
1-evet 2-hayır
- 22- Kaç kez vajinal tuşe/muayene yapıldı?
1- 1 kez 2- 2 kez 3- 3-4 kez 4- 5 kez ve üzeri
- 23- Suni sancı uygulandı mı?
1- Uygulandı 2- Uygulanmadı
- 24- NST uygulaması uygulandı mı?
1- Uygulandı 2- Uygulanmadı
- 25- Doğum öncesi size bağırsak boşaltımı/Lavman uygulandı mı?
1- Uygulandı 2- Uygulanmadı
- 26- Doğum süreciniz boyunca hastanede kaldığınız sürede ebelerden/hemşirelerden aldığınız destek/hizmeti nasıl değerlendirirsiniz?
1- Çok iyi 2- İyi 3- Orta 4- Kötü 5- Kararsızım
- 27- Doğum süreciniz boyunca hastanede kaldığınız sürede hekimlerden aldığınız destek/hizmeti nasıl değerlendirirsiniz?

1- Çok iyi 2- İyi 3- Orta 4- Kötü 5- Kararsızım

28- Doğum sürecinde hastanede yattığınız süre boyunca sağlık çalışanları tarafından herhangi şiddete uğradığınızı düşünüyor musunuz? Düşünüyorsanız kim tarafından uğradınız?

1- Hayır, uğramadım 2- Doktor 3- Ebe 4-Hemşire 5-diğer çalışanlar

29- Doğum sonrası bebeğinizi kaç saat sonra emzirdiniz?

1-Hemen/ilk yarım saat içinde 2- 2 saat içinde 3- 3-4saat içinde 4- 6saat içinde 5-emzirmedim

30- Emzirmeme nedeniniz nedir?

.....

31- Bebeğinizin gelişiyse aile hayatınız nasıl etkilendi?

1-Olumlu etkilendi 2-Olumsuz etkilendi 3-Değişiklik olmadı

32- Bebeğinizle aynı odada mı uyuyorsunuz?

1-Evet 2-Hayır

33- Doğum sonrası ten teması yapıldı mı?

1-Evet 2-Hayır

EK-3 OBSTETRİK ŞİDDET ÖLÇEĞİ

Md. No	Madde	Hiç bir Zaman	Nadir	Ara Sıra	Sıklıkla	Her Zaman
M1	Benden ya da ailemden hediye/rüşvet talep edildi.					
M2*	Doğum sonrası ilk bir saat içinde bebeğimle ten tene temas kurabilmem için desteklendim.					
M3*	Doğum sonrası ilk 24 saat bebeğimle bir arada kalmam sağlandı.					
M4	İznim alınmadan bebeğime mama verildi.					
M5*	İhtiyaçlarımın karşılanması için uygun, temiz bir oda sağlandı.					
M6*	Destekleyici bakım (güven, cesaretlendirme, soruları dinleme, bilgi verme vb.) verildi.					
M7*	Yapılan tüm işlemler (NST, vajinal muayene, suni sancı, ağrı kesici uygulaması vb.) hakkında bilgilendirildim.					
M8*	Yapılan uygulamalarda benimle etkili / saygılı iletişim (göz teması, etkili dinleme, açıklayıcı, nazik, hoşgörülü olma vb.) kuruldu.					
M9*	Yapılan tüm işlemler (NST, vajinal muayene, suni sancı, ağrı kesici uygulaması vb.) için benden sözlü ya da yazılı izin alındı.					
M10*	Kendimle/bebeğimle ilgili kararlara katılmam için desteklendim.					
M11*	Farklı pozisyonlarda (dik pozisyon, oturma, çömelme, ayakta durma,yatay pozisyonlar vb.) doğum yapmam için desteklendim.					
M12*	Lohusalıkta ortaya çıkabilecek tehlikeler hakkında (aşırı kanama, tansiyon yüksekliği, kötü kokulu akıntı vb.) bilgilendirildim.					
M13*	İhtiyaçlarım (ağrı kesici, duş, yeme-içme vb.) karşılandı.					
M14*	Doğum ağrısı ile baş edebilmem için ilaç veya ilaç dışı yöntemler (masaj, sıcak uygulama, nefes egzersizleri vb.) uygulandı.					
M15*	Doğum sonrası ilk bir saat içinde bebeğimi emzirebilmem için desteklendim.					
M16	Yapılan açıklamalar (tıbbi dil kullanıldığı için) anlaşılır değildi.					
M17	Gereksiz tıbbi müdahalelere (sürekli NST, lavman, perineal tıraş, suni sancı,serum takılması, karına bası, epizyotomi vb.) maruz kaldım.					

M18	Kişisel bilgilerim (dosya bilgileri, ses kaydı, fotoğraf vb.) iznim olmadan başkaları ile paylaşıldı.					
M19	Mahremiyetim ihlal edildi (vajinal/ döl yolu/alttan muayene esnasında örtü, perde olmaması veya rızam olmadan kişilerin bulunması vb.).					



EK-4 ANNE-BEBEK BAĞLANMA ÖLÇEĞİ (ABBÖ)

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) (Mother-to-Infant Bonding Scale)

Bu sorular ilk birkaç hafta içinde, çocuğunuza karşı duygularınıza ilişkindir. Bebekler doğduktan sonra, ilk haftalar içinde, annelerin bebeklerine karşı bazı duygularını tanımlayan bir takım ifadeler aşağıda liste edilmektedir. Lütfen, **İLK BİRKAÇ HAFTA** boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan sözcüğün karşısındaki kutuya bir tik (✓) işareti koyunuz.

	Çok fazla	Çok	Biraz	Hiç
Sevgi dolu				
Kızgın				
Nötr / hiçbir şey hissetmeme				
Sevinçli				
Hoşlanmama				
Koruyucu				
Hayal kırıklığı				
Öfke				

Bebegin doğum tarihi:

Formun doldurulduğu tarih:

EK-5 OBSTETRİK ŞİDDET ÖLÇEĞİ KULLANMA İZİNİ**Obstetrik Şiddet Ölçeği Kullanım İzni Hk.**

Gelen Kutusu x

**Ebru Küçük** <ebrukucuk96@gmail.com>

Alıcı: ben, Kıymet ▼

Sayın Ezgi Yaren Hocam,

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK hocama göndermiş olduğunuz izin maili üzerine bu maili size yönlendiriyorum.

İlginiz için teşekkür ederiz. Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Ölçek ile ilgili yönerge ektedir.

Saygılarımla..

—
Res. Assist. Ebru KÜÇÜK
Karadeniz Technical University
Faculty of Health Sciences
Department of Obstetrics and Gynaecology Nursing
Trabzon/ Turkey

EK-6 ANNE-BEBEK BAĞLANMA ÖLÇEK İZNİ

ölçek izni Gelen Kutusu x



Ezgi Yaren BOZKURT

Sayın Özgür ALPARSLAN Hocam, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ebelik Bölümü !



Özgür Alparслан <ozgralp60@gmail.com>

Alıcı: ben ▼

Sayın Yaren ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur. kolaylıklar. dilerim.

Prof.Dr.Özgür ALPARSLAN

Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Tokat Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

60250 -Tokat

ozgralp60@gmail.com

Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN

Pediatric Nursing

Tokat Gaziosmanpaşa University, Faculty of Health Sciences

Midwifery Department

60250 -Tokat

ozgralp60@gmail.com

EK-7 TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	OTURUM NO	KARAR SAYISI
22.10.2024	17	01-43

Üniversitemiz Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı Prof. Dr. Nail YILDIRIM Başkanlığında toplandı.

KARAR 17.17- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 15.10.2024 tarih ve 486736 sayılı yazısı görüşüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	Vajinal Doğum Yapan Kadınlarda Obstetrik Şiddet, Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi ve Aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ ÇALIŞMANIN YAZARI	Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN Ezgi Yaren BOZKURT ÇAKAL (Ebelik Anabilim Dalı)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

Prof. Dr. Nail YILDIRIM
Etik Kurul Başkanı
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Başkan Yardımcısı
(İmza)

Prof. Dr. Emine ÖĞÜK
Üye
(İmza)

Prof. Dr. Mehmet KARGÜN
Üye
(İmza)

Prof. Dr. Muhittin DEMİRAY
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Tuğba KILIÇER
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Hüseyin Baha ÖZTUNÇ
Üye
(İmza)

EK-8 TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ KURUM İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 06.12.2024-505800



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü
Yazı İşleri ve Evrak Kayıt Birimi

Sayı : E-21979232-044-505800
Konu : Anket İzin İsteği (Ezgi Yaren
BOZKURT ÇAKAL)

06.12.2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 05.12.2024 Tarihli, 505472 sayılı yazı.

Enstitünüz Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Ezgi Yaren BOZKURT ÇAKAL'ın, Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN danışmanlığında hazırlamış olduğu "Vajinal Doğum Yapan Kadınlarda Obstetrik Şiddet, Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi ve Aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi" isimli yüksek lisans tez çalışması kapsamında Hastanemiz Kadın Doğum Poliklinikleri ve Kadın Doğum Servisi'ndeki vajinal doğum yapmış kadınlarla yüz yüze anket uygulaması görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Muzaffer KATAR
Merkez Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSRZS4FE3Y Pts Kodu :27062

Belge Takip Adresi :
<https://tckkiye.gov.tr/ebd7ek=5695&eD=BSRZS4FE3Y&eS=505800>

Adres:Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ali Şevki Ersek Yerleşkesi Merkez Tokat
Telefon:2129500 Faks:2122142
e-Posta:hastane@gop.edu.tr Web:http://hastane.gop.edu.tr
Kep Adresi:gaziosmanpasa.universitesi@hs03.kep.tr

Bilgi için: Elif Mazman
Unvan: Sağlık Teknikeri



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-9 TEZ İNTİHAL KONTROLÜ RAPORU

Ege Yaren BOZKURT ÇAKAL

Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınlarda Obstetrik Şiddet ile
Anne-Bebek Bağlanması Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

ORJİNALLİK RAPORU

%18 BENZERLİK ENDEKSİ %16 İNTERNET KAYNAKLARI %12 YAYINLAR %9 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
3	journals.iku.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
5	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
6	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Gaziosmanpaşa Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
8	acikerisim.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	openaccess.firat.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
10	Yılmaz, Feyzullah. "Anne sütü ile beslenmeyi bırakmaya neden olan faktörler ve emzirme süresinin anne çocuk bağlanmasına etkisi", Maltepe University (Turkey), 2024 Yayın	<%1

21.04.2025
T.C. *
Adife BATMAZ
SEF

ÖZGEÇMİŞ

