



**RİSKLİ GEBELERE YÖNELİK OBSTETRİK ŞİDDET
ÖLÇEĞİ: ÖLÇEK GELİŞTİRME, GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Fatma ÇELİK

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ash SİS ÇELİK**

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**RİSKLİ GEBELERE YÖNELİK OBSTETRİK ŞİDDET
ÖLÇEĞİ: ÖLÇEK GELİŞTİRME, GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Fatma ÇELİK

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aşlı SİS ÇELİK**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Riskli Gebelik	7
2.2. Türkiye’de ve Dünya’ da Riskli Gebeliğin Durumu	8
2.3. Gebelikte İzlem ve Bakım	10
2.4. Obstetrik Şiddet	11
2.4.1. Obstetrik Şiddet Sıklığı.....	13
2.4.2. Obstetrik Şiddet Türleri	14
2.4.3. Obstetrik Şiddetin Toplumsal Cinsiyetle İlişkisi	17
2.4.4. Obstetrik Şiddet Nedenleri.....	18
2.4.5. Obstetrik Şiddete İlişkin Risk Faktörleri	19
2.4.6. Obstetrik Şiddetin Ana Çocuk Sağlığına Etkileri	21
2.4.7. Obstetrik Şiddet ve Hemşirelerin Etik Sorumlulukları.....	23
2.4.8. Obstetrik Şiddetin Önlenmesinde Hemşirelik Yaklaşımı	24
2.5. Ölçek Kavramı	27
2.6. Ölçek Türleri.....	27
2.6.1. Likert Ölçeği Geliştirme Aşamaları.....	30

2.7. Ölçek Geliştirmede Kullanılan Geçerlik ve Güvenirlik Yöntemleri	32
2.7.1. Ölçeğin Güvenirliği	32
2.7.2. Güvenirlik Katsayılarının Hesaplanması için Kullanılan Yöntemler	33
2.7.3. Ölçeğin Geçerliği	34
2.7.4. Geçerliğin Hesaplanması için Kullanılan Yöntemler	35
3. MATERYAL VE METOT.....	37
3.1. Araştırmanın Türü.....	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	37
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	37
3.4. Verilerin Toplanması	38
3.5. Veri Toplama Araçları	38
3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu	38
3.5.2. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği Taslak Formu	38
3.6. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin Geliştirilme Süreci	39
3.6.1. Literatür Taraması ve Madde Havuzu Oluşturulması.....	40
3.6.2. Kapsam Geçerliği	40
3.6.3. Pilot Çalışma.....	43
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	44
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri	45
4. BULGULAR.....	46
4.1. Yapı Geçerliğine Yönelik Bulgular	49
4.2. Güvenirliğe Yönelik Bulgular	62
5. TARTIŞMA.....	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77

KAYNAKÇA.....	79
EKLER	97
EK-1. İNTİHAL BEYAN FORMU	97
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	98
EK-3. UZMAN GÖRÜŞÜ ALINAN BİLİM UZMANLARININ LİSTESİ	99
EK-4. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU	100
EK-5. UZMAN GÖRÜŞÜNE SUNULAN 65 MADDELİ TASLAK ÖLÇEK FORMU.....	103
EK-6. ÖRNEKLEM GRUBUNA UYGULANAN RİSKLİ GEBELERE YÖNELİK OBSTETRİK ŞİDDET ÖLÇEĞİ	106
EK-7. AFA VE DFA NETİCESİNDE ELDE EDİLEN 45 MADDE VE 6 ALT BOYUTTAN OLUŞAN RİSKLİ GEBELERE YÖNELİK OBSTETRİK ŞİDDET ÖLÇEĞİ.....	108

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımcı olan ve her zaman en büyük desteği veren, çalışmam için beni cesaretlendiren, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum hocam Sayın Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK'e,

Tez savunma sınavıma katılarak verdikleri kıymetli katkılar için Sayın Prof. Dr. Özen KULAKAÇ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN'a

Bu çalışmayı TYL-2022-11796 proje kodu ile destekleyen Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne,

Araştırmada ölçek maddelerine uzman görüşü bildirerek katkı sağlayan tüm değerli bilim insanlarına,

Çalışmama katılmayı kabul ederek bana destek olan tüm gebelere,

Eğitim dönemim boyunca beni büyük bir özveri ile destekleyen, sevgilerini esirgemeyen, annem Zehra ÇELİK, babam Cevdet ÇELİK, abim Ferdi ÇELİK ve kardeşlerime,

Çalışmam sırasında bana destek olan tüm arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Fatma ÇELİK

ÖZET

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği: Ölçek Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Amaç: Bu çalışma, riskli gebelik tanısı alan ve sağlık kuruluşunda yatarak bakım-tedavi hizmeti alan gebelerin maruz kaldıkları obstetrik şiddet davranışlarını belirleyebilecek bir ölçek aracı geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Metodolojik türde yapılan bu araştırma, 30 Mayıs 2023- 01 Şubat 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Türkiye'de yaşayan, 18-45 yaş aralığındaki riskli gebelik tanısı alan ve sağlık kuruluşunda yatarak bakım-tedavi hizmeti alan gebeler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 425 gebe araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Formu”ve “Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler, Google formlar aracılığı ile dijital ortamda toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmada gebelerin gebelik haftası ortalaması 26.63 ± 10.46 haftadır ve hastaneye yatma süresi ortalama 3.93 ± 2.62 gündür. Gebelerin %93.9'u hastanede yattıkları süreçte sağlık çalışanları tarafından şiddete maruz kalmadıklarını bildirmiştir. Şiddete maruz kaldığını belirtenlerin %12.5'i doktorlardan, %37.5'i hemşirelerden, %25'i ebelerden ve %58.3'ü diğer çalışanlardan şiddet gördüklerini bildirmiştir.

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin kuramsal yapısına uygun olarak 6 faktörlü yapıya uygunluk gösterdiği ve bu faktörlerin toplam varyansın %64.04'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Faktör analizinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.30'un üzerinde olduğu belirlenmiştir. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği madde toplam puan korelasyonlarının 0.28 ile 0.72 arasında değiştiği saptanmıştır. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği toplam Cronbach alfa katsayısının 0.93 olduğu, alt boyutlara ait alfa katsayılarının ise 0.74-0.99 arasında olduğu ve bu değerlerin iç tutarlılık için oldukça güvenilir olduğu bulunmuştur.

Ölçeğe ait modelin uyumunu belirlemek için incelenen uyum indeks değerlerinin tümünün istenilen aralıkta (χ^2/SD değeri 4.72, GFI 0.90, AGFI 0.91, CFI 0.90, RMSEA 0.07 ve SRMR 0.08) olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmada 45 madde ve 6 alt boyuttan oluşan Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin, riskli gebelerin maruz kaldıkları obstetrik şiddeti ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, kadın sağlığı, obstetrik şiddet, ölçek, riskli gebe

ABSTRACT

Obstetric Violence Scale for Risky Pregnant Women: Scale Development, Validity and Reliability Study

Aim: This study was conducted to develop a measurement tool that can determine the obstetric violence behaviors exposed to pregnant women who are diagnosed with risky pregnancy and receive inpatient care and treatment services in a health institution.

Method: This methodological research was conducted between 30 May 2023 and 01 February 2024. The population of the research consisted of pregnant women between the ages of 18-45, who were diagnosed with risky pregnancy and who received inpatient care and treatment services in a health institution. No sample selection was made in the research, and 425 pregnant women who met the inclusion criteria and agreed to participate in the research constituted the sample of the study. “Introductory Characteristics Form” and “Obstetric Violence Scale for Risky Pregnant Women” were used to collect data. Data was collected digitally via Google forms.

Results: In the study, the average gestational age of the pregnant women was 26.63 ± 10.46 weeks and the average duration of hospitalization was 3.93 ± 2.62 days. 93.9% of pregnant women reported that they were not exposed to violence by healthcare professionals during their hospitalization. Of those who stated that they were exposed to violence, 12.5% reported that they were exposed to violence by doctors, 37.5% by nurses, 25% by midwives and 58.3% by other employees.

It was determined that the Obstetric Violence Scale for Risky Pregnant Women conforms to the 6-factor structure in accordance with its theoretical structure and these factors explain 64.04% of the total variance. In factor analysis, it was determined that the factor loadings of all items were above 0.30. It was determined that the item-total score correlations of the Obstetric Violence Scale for Risky Pregnant Women varied between 0.28 and 0.72. It was found that the total Cronbach's alpha coefficient of the Obstetric Violence Scale for Risky Pregnant Women was 0.93 and the alpha coefficients of the sub-dimensions were between 0.74-0.99, and these values were quite reliable for internal consistency.

It was determined that all of the fit index values examined to determine the fit of the model of the scale were within the desired range (χ^2/SD value 4.72, GFI 0.90, AGFI 0.91, CFI 0.90, RMSEA 0.07 and SRMR 0.08).

Conclusion: In the study, it was determined that the Obstetric Violence Scale for Risky Pregnant Women, consisting of 45 items and 6 subscales, is a valid and reliable measurement tool that can measure the obstetric violence that risky pregnant women are exposed to.

Key Words: Nurse, obstetric violence, risky pregnancy, scale, women's health

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA	:	Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	:	Adjusted Goodness of Fit Index
CFI	:	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DFA	:	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DÖB	:	Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
KGİ	:	Kapsam Geçerlik İndeksi
KMO	:	Kaiser- Meyer-Olkin
LISREL	:	Linear Structural Relations
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
WHO	:	World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğini geliştirme süreci..... 39

Şekil 4.1. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği scree plot grafiği 52

Şekil 4.2. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine ait PATH diyagramı 62



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Gebelikte izlem ve bakım	10
Tablo 3.1. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin maddelerine ait KGI skorları	41
Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler.....	44
Tablo 4.1. Gebelerin demografik özellikleri	46
Tablo 4.2. Gebelerin obstetrik özellikleri	47
Tablo 4.3. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçek maddelerine ait KMO ve Bartlett's testi değerleri (54 maddelik form)	49
Tablo 4.4. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine yönelik faktör analizi bulguları	50
Tablo 4.5. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine yönelik faktör analizi bulguları (7 faktörlü yapı)	53
Tablo 4.6. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçek maddelerine ait KMO ve Bartlett's testi değerleri (45 maddelik form)	56
Tablo 4.7. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçek maddelerine ait anti-image Korelasyonları ^a	57
Tablo 4.8. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine yönelik faktör analizi bulguları (6 faktörlü yapı)	59
Tablo 4.9. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik şiddet ölçeğine yönelik saptanan uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler	61
Tablo 4.10. Riskli Gebelerin Obstetrik Şiddet Ölçeğine ait madde toplam korelasyonları ve cronbach's alfa kat sayıları.....	63

Tablo 4.11. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği Alt üst %27'lik dilim	
karşılaştırma sonuçları	64
Tablo 4.12. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği iki yarı güvenirlik	
değerleri	66
Tablo 4.13. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği genel ve alt boyutlarının	
puan dağılımları ve Cronbach's alfa katsayıları	67



1. GİRİŞ

Her gebe kadının, temel insan haklarından olan saygılı ve onurlu sağlık hizmetini alması, olumlu doğum deneyiminin oluşmasına katkı sağlamaktadır. Gebelik ve doğum sürecinde sunulan bakım, ülkeden ülkeye kültürden kültüre değişmekte ve birçok ülkede gebeler olumsuz sağlık bakım hizmetleriyle karşılaşmaktadır (Gray ve ark., 2019). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kadınların olumsuz davranış ve tutumlarla karşı karşıya geldiğine vurgu yapan 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).

“Obstetrik şiddet” kavramının ilk kullanımı, Dr. James Blundell'in The Lancet'te yayınlanan bir konferansta “obstetrik şiddet” sorununa değindiği 1827 yılına dayanmaktadır (Chadwick R. 2021; O'Brien ve Rich 2022). Obstetrik şiddet, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen veya onlara zarar veren bir tür toplumsal cinsiyete dayalı şiddettir ve insan hakları ihlali olarak kabul edilmektedir. Bu şiddet türü, sağlık hizmetlerinin sunumunda yapısal sorunlardan veya sağlık çalışanlarının kadınlara karşı tutumlarından kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle, obstetrik şiddetle mücadele etmek için hem toplumsal farkındalığın artırılması hem de sağlık sistemlerinde yapısal değişikliklerin yapılması gerekmektedir (Garcia, 2020; Tudela ve ark.,2020).

Browner ve Hill (2010) yaptıkları araştırmada gebelik ve doğum sürecindeki obstetrik şiddeti: fiziksel istismar, rızasız bakım, mahremiyetin gözetilmediği bakım,

onursuz bakım, ayrımcı bakım, ihmal edilmiş bakım ve sağlık merkezinde alıkonma olmak üzere yedi farklı kategoride tanımlamıştır.

Bohren ve ark. (2015) çalışmasında, doğum sırasında kadınlara yönelik kötü davranışları yedi boyutta ele almıştır. Bu boyutlar; fiziksel istismar (doğum sırasında tokat atma veya çimdikleme), sözlü taciz (sert veya kaba bir dil kullanma), cinsel istismar; damgalama ve ayrımcılık (sosyoekonomik koşullar, yaş, etnik köken veya tıbbi koşullara dayalı olarak), profesyonel bakım standartlarını korumadaki yetersizlik (kötü muamele, terk edilme veya doğum sırasında ihmal), kadınlar ve hizmet sağlayıcılar arasındaki zayıf ilişki (etkisiz iletişim veya hiç iletişim olmaması, destekleyici bakımın olmaması ve özerkliğin kaybı) ve sağlık sistemindeki yetersizlik (kadınların mahremiyetini korumaya yönelik kaynak eksikliği) yer almaktadır.

Acar ve Şahin (2021) yapmış oldukları sistematik derlemede: obstetrik şiddet prevalansının %12-75 arasında değiştiğini ve kadınların % 17.1-63.6'sının bakıma ilişkin rızalarının alınmadığını, %19.3-55.3'ünün sağlık çalışanlarının küçümseyici, hakaret içerikli sözlerine maruz kaldıklarını, %13.4-46.9'unun sağlık personelinin tokat, vurma gibi kötü davranışlarına maruz kaldıklarını bildirmiştir. Ayrıca kadınların %8.5-10.6'sı bakımlarının ihmal edildiğini ve %3-9.3'ü bakım alırken negatif ayrımcılığa uğradıklarını belirtmiştir.

Doğum sırasında sağlık kuruluşlarında kadınlara yönelik kötü ve saygısız muameleyle ilişkin kanıtlar giderek artmaktadır. En yüksek obstetrik şiddet oranına sahip ülkeler arasında Etiyopya (%75), Kolombiya (%69), Meksika (%33.3) ve Venezuela (%26.3) bulunmaktadır (Pereira, Domínguez ve Toro, 2015; Jojoa-Tobar ve ark., 2019; Mihret, 2019; Castro & Frías, 2020). Obstetrik şiddet oranlarının İspanya'da %67.4, Kuzey Hindistan'da %28.8, Hindistan'da %15, Brezilya'da %12.6 olduğu bildirilmiştir

(Bhattacharya & Sundari Ravindran, 2018; Lansky ve ark., 2019; Goli ve ark., 2019; Mart nez-Galiano ve ark., 2021).

Obstetrik Şiddetin birçok nedeni bulunmaktadır. İlgili literatüre göre; kötü yönetim ve sevk sistemleri, hesap verebilirlik mekanizmalarının yetersizliği, sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi ve motivasyonun düşük olması, sağlık çalışanı sayısının yetersizliği sonucu iş yükünün artması, sağlık profesyonelleri arasında yeterli iletiŐimin olmaması, obstetrik bakım sırasında saygısızlık ve istismarın normalleŐtirilmesi, mali engeller, toplum katılımı ve gözetim eksikliği (gebelik-doğum esnasında ve sonrasında kadının yanında refakatçisinin bulunmaması, kadının hakkını savunamaması) nedeniyle kadınlar obstetrik Şiddete maruz kalmaktadır (Bowser & Hill, 2010; Sheferaw ve ark., 2017; Galle ve ark., 2019).

Obstetrik Şiddet bazı ülkelerde yasal suç olarak değerlendirilmekte ve Şiddet uygulayan cezai iŐleme tabi tutulmaktadır (Kilci ve ark., 2020). Khosla ve ark., (2015)'nın belirttiğine göre obstetrik Şiddetle ilgili ilk yasa geliŐtiren ülkenin Venezuela olduğu bilinmektedir. Venezuela “obstetrik Şiddet”e ilişkin ilk yasayı 2007 yılında çıkarmıŐ ve obstetrik Şiddet yasal bir suç olarak kabul edilmiştir. Daha sonra 2009 yılında Arjantin ve 2014 yılında Meksika da obstetrik Şiddeti suç olarak kabul etmiŐlerdir. İspanya ise obstetrik Şiddeti toplumsal cinsiyete dayalı Şiddet türleri içinde deĐerlendirmiŐtir (Zacher Dixon, 2015).

Obstetrik Şiddetin ana- ocuk sağlığına etkileri incelendiğinde; doğum sonrası depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi zihinsel ve fiziksel sorunların gelişmesine katkıda bulunabileceği belirtilmiştir (Martinez-Vazquez ve ark., 2021; Taylor-Miller ve ark., 2021). Brezilya'da yakın zamanda yapılan iki araştırma, doğum sırasında uğyulanan obstetrik Şiddet ile doğum sonrası depresyon geliŐme olasılığının artması arasında nedensel bir ilişki olduğunu göstermiştir (Silveria ve ark., 2019; Leite

ve ark., 2020). El Founti Khsim ve ark. (2022) ele aldıkları sistematik derlemeye göre obstetrik şiddetin, doğumdan sonra travma sonrası stres bozukluğu gelişmesinde temel risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Obstetrik şiddetin başlı başına bir sorun olmakla birlikte kadınların ruh sağlığı açısından hassas ve savunmasız oldukları gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların gelişmesine de katkıda bulunabilir. Postpartum depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gelişimi için obstetrik şiddet ile ilişkili risk faktörleri ele alınarak, analiz edilen tüm çalışmalar obstetrik şiddetin en az bir belirtisini bulmuştur ve bu da obstetrik şiddetin doğum sonrası dönemde kadınların ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisini kanıtlamaktadır. Bu nedenle, obstetrik şiddet kadınlar tarafından gebelik, doğum ve doğum sonrası travmatik bir deneyim olarak değerlendirilebilir ve annelikle ilgili olumsuz beklentiler ve becerilerle ilişkilendirilebilir. Ayrıca postpartum depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu riskini artırır (Schroll ve ark., 2013; Grekin ve O’Hara, 2014; Clemente ve Fernandez, 2018).

Anne ve bebek sağlığını tehdit eden, perinatal morbidite ve mortaliteyi artıran gebelikler “riskli gebelik” olarak tanımlanmaktadır (Uçar, 2020, s.213). Riskli gebeliklerde anneye veya bebeğe ait sorunlar nedeniyle yaşanan ruhsal sorunlar normal gebeliklere göre daha fazladır (Taşçı Duran, 2019, s.465). Özçetin ve Erkan’ın (2019) yaptıkları bir çalışmada hastane yatış deneyimi olan gebelerin kaygı ve stres düzeylerinin hastaneye yatışı olmayan gebelere oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Keten ve Kurtgöz’ün (2023) hastanede yatan yüksek riskli gebeler ile yaptıkları araştırmada; gebelerin bebeklerini kaybetme riski nedeniyle endişe ve korku yaşadıkları, ayrıca gebelik ve doğumun riskli olması nedeniyle ölüm korkusu yaşadıkları bildirilmiştir. Araştırmada gebelerin hastanede uzun süre kalmalarının sıkılmış ve bunalmış hissetmelerine neden olduğu bildirilmiştir. Literatürdeki araştırmalarda gebeliği riskli

olan kadınların gebeliği riskli olmayan kadınlara göre daha fazla kaygı, depresyon, izolasyon ve sıkıntı duyguları yaşadıkları bildirilmiştir (Nakamura ve ark., 2012; Jardim ve Modena, 2018; Mirzakhani ve ark., 2020; Mete ve ark., 2020).

Tüm bu araştırma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda; sağlık sisteminden ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan obstetrik şiddet nedenlerine, gebeliği riskli olan kadınların tıbbi tedavi-bakım hizmeti almak için uzun süreli hastane yatışlarının olması nedeniyle sağlık çalışanları ile etkileşimlerinin artması, uygulanan tıbbi tedavi-bakım uygulamalarının artması, gebelikte ortaya çıkan sorunlara bağlı olarak fiziksel ve ruhsal sağlıklarının bozulması sonucu daha hassas ve savunmasız hale gelmeleri gibi faktörler de eklenince gebeliği riskli olan kadınların obstetrik şiddete maruz kalma riski daha da artmaktadır.

Dünya genelinde hızlı bir şekilde artmaya devam eden obstetrik şiddet hem anne hem de çocuk sağlığını tehdit etmektedir. 2014 yılında Dünya Sağlık Örgütü, obstetrik şiddetin sosyal ve sağlık sonuçları açısından risk teşkil ettiğini ve önlenmesi gereken küresel bir sorun olduğunu kabul etmiştir (WHO, 2014). Obstetrik şiddetin önlenmesi için mevcut durumun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı ile ölçülerek belirlenmesi önemlidir. Ancak ulusal ve uluslararası literatürde riskli gebelerin maruz kaldıkları obstetrik şiddeti ölçebilen herhangi bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Bu bilgiler ışığında riskli gebelik tanısıyla sağlık kuruluşunda yatarak bakım- tedavi hizmeti alan gebelerin maruz kaldıkları obstetrik şiddeti belirleyebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracının geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Soruları;

- “Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği” gebelerin maruz kaldıkları obstetrik şiddeti belirleyebilecek geçerli bir ölçüm aracı mıdır?

- “Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği” gebelerin maruz kaldıkları obstetrik şiddeti belirleyebilecek güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?
- Riskli Gebelerin maruz kaldığı obstetrik şiddet düzeyleri nedir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Riskli Gebelik

Kadınlar gebelikleri boyunca çok sayıda fiziksel, psikososyal, değişim yaşamaktadırlar. Gebelikte birlikte oluşan fizyolojik değişimler her gebe için risk oluşturmaktadır. Bu riskler hem gebeyi hem de fetüsü yakından ilgilendirmektedir (Shulman ve ark., 2018). Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 'Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde riskli gebeliği, 18 yaş altında veya 35 yaş üstünde olması, iki yıldan sık aralıklarla yaşanan gebelik ve grandmultiparite (beş ve üzeri doğum) olarak tanımlamıştır. Ayrıca eşler arasındaki Rh uyumsuzluğu, çoğul gebelik, sigara, alkol ve madde kullanımı, gestasyonel diyabet, vajinal kanama, şiddetli enfeksiyon vb. durumların görülmesi riskli gebelik olarak kabul edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği'nin hazırladığı Tanı ve Tedavi Kılavuzları kitabında gebelerin yüksek, orta ve düşük risk gruplarına ayrıldığı belirtilmektedir (Kilci ve ark., 2020).

- **Düşük Riskli Gebelik**

Tüm gebelikler potansiyel bir risk barındırmakla birlikte gebeliklerin çoğunluğu sorunsuz olarak sonuçlanır. Düşük riskli gebeliklerde, gebelik süresince laboratuvar ve tarama testleri normal seyreder. Gebeliğe bağlı birtakım şikâyetler oluşsa da çoğunlukla gebeler zamanla tamamen iyileşerek sağlıklı çocuklar doğururlar (Aydemir & Hazar, 2014; Kilci ve ark., 2020).

- **Riskli Gebelik**

“Laboratuvar testleri normal” olan, ancak “testlerinin tekrar edilmesi” ve “daha yakından gözlenmesi” gereken gebelerdir. Bu gebeler genel sağlık durumlarına ve risk düzeyine göre ayaktan veya hastaneye yatışları yapılarak orta düzey hemşirelik bakımı ile obstetri kliniğinde hekim kontrolünde tedavi edilebilirler (Aydemir & Hazar, 2014).

- **Yüksek Riskli Gebelik**

Anne ve fetüs sağlığının tamamen veya kısmen tehlikede olduğu gebelikler “yüksek riskli gebelikler” olarak adlandırılmaktadır (Uçar, 2020, s.213). Yüksek riskli gebelerin yapılan laboratuvar testlerinin ve tarama testlerinin yakından takip edilmesi, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için hastaneye yatması bazı durumlarda ise yatak istirahati sağlaması gerekmektedir (Aydemir & Hazar, 2014; Kilci ve ark., 2020; Soğukpınar ve ark., 2018). Yüksek riskli gebelikler; iki grupta ele alınır (Soğukpınar ve ark., 2018; Güvenç 2019 s. 1).

İlk grupta gebelikten önce de bazı sağlık sorunları mevcut olan gebeler yer almaktadır. Bu gebelerde kalp hastalığı, diyabet, renal hastalıklar, kan hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, Rh uyuşmazlığı, anne yaşı gibi tıbbi problemler mevcuttur (Güvenç 2019 s. 1).

İkinci grupta ise bazı sağlık sorunlarının gebelikte birlikte ortaya çıktığı gebeler yer almaktadır. Gebeliğe eşlik eden doğum öncesi kanamalar, erken membran rüptürü, gebelikte hipertansif durumlar, gestasyonel diyabet, hiperemezis gravidarum, çoğul gebelikler gibi bazı komplikasyonlar yaşanabilir veya yaşanma riski olabilir (Güvenç, 2019, s.1).

2.2. Türkiye’de ve Dünya’ da Riskli Gebeliğin Durumu

Kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili veriler ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kalitesini göstermektedir. Bu veriler arasında yer alan anne ölümleri gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların en önemli üreme sağlığı problemidir (Beji ve ark. 2021). Türkiye’de riskli gebeliklerin oranı zaman içerisinde azalmış olmasına rağmen, halen her üç gebelikten birisi riskli gebelik kapsamındadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında riskli gebelik olarak çok genç yaşlardaki gebelikler (18 yaş altı), ileri yaşlardaki gebelikler (35 ve yaş üzeri), doğum aralığının 24 aydan kısa olduğu gebelikler

ve yüksek doğum sırasının olduğu gebelikler (3 doğumdan fazlası) ele alınmaktadır. 1993 yılından beri gerçekleştirilmekte olan TNSA sonuçlarına baktığımızda riskli gebelik oranının yıllar içinde azalmakla birlikte 2013 yılından sonra artış gösterdiği karşımıza çıkmaktadır (TNSA,1994; TNSA 2014). TNSA verilerine göre 1993 yılında riskli gebelik oranı % 44.3 iken 2013 yılında %53.1'e düşmüştür fakat daha sonra bu oran 2018 yılında % 35.2'ye yükselmiştir (TNSA,1994; TNSA 2014; TNSA, 2018). Riskli gebeliklerin zaman içerisindeki değişimi açısından dikkat çeken ikinci nokta ise farklı riskli gebelik türlerinin farklı yönlerde seyretmiş olmasıdır. Son iki Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının (2013-TNSA ve 2018-TNSA) verileri birlikte değerlendirildiğinde, sadece adölesan yaşlardaki gebeliklerin oranının azaldığı gözlemlenmiş olup, ileri yaşlardaki gebeliklerin, kısa doğum aralığı olan gebeliklerin ve yüksek doğum sırasındaki gebeliklerin oranının arttığı görülmektedir (TNSA, 2013; TNSA, 2018). Riskli gebelikler Dünya'da ve Türkiye'de anne-çocuk sağlığı kapsamında en önemli sorunlardan birisidir. Genç ergenler (10-14 yaş), diğer kadınlara göre hamilelik sonucu daha yüksek komplikasyon ve ölüm riskiyle karşı karşıyadır. Anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi, milenyumun başlangıcından bu yana küresel kalkınma gündeminin üst sıralarında yer almaktadır. Fakat gebelikteki komplikasyonlar ve yetersiz bakım nedeniyle dünyadaki pek çok kadın hayatlarını kaybetmektedirler. Hamile kadınların risk faktörlerinin belirlenip yeterli doğum öncesi bakım almaları anne bebek ölümlerinin önlenmesi için gereklidir. Bu sebeple anne sağlığını iyileştirmek için kaliteli anne sağlığı hizmetlerine erişim belirlenip, kaliteli anne sağlığı hizmetlerine erişim olanakları hem sağlık sistemi hem de toplumsal düzeyde ele alınmalıdır (WHO, 2023).

Kadınlar ve yeni doğan bebekler için en riskli dönem olan doğum sırası ve sonrasında, tahminlere göre çoğunlukla önlenebilir nedenler yüzünden her yıl 2.8 milyon anne ve yenidoğan ölümü meydana gelmektedir. Maternal mortalite oranı (MMR,

100.000 canlı doğumda anne ölüm sayısı) 2000-2017 yılları arasında küresel olarak yaklaşık %50 azalmış olmasına rağmen, UNICEF’ in yapmış olduğu açıklamaya göre 2017 yılında gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar nedeniyle 290 bin anne ölümü meydana gelmiştir (UNICEF, 2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı verilerine göre, ülkemizde gerçekleşen doğumların %34’ü herhangi bir yüksek risk kategorisine girmemektedir. Doğumların %31’i önlenemez risk kategorisi olan 18-34 yaş arası kadınların ilk doğumudur. Doğumların %35’i en az bir kaçınılmaz risk kategorisinde bulunmaktadır. Doğumların %9’u ise iki veya daha fazla yüksek risk kategorisinde bulunmaktadır (TNSA 2018).

2.3. Gebelikte İzlem ve Bakım

Ülkeler arasında Doğum Öncesi Bakım (DÖB) modellerinde farklılıklar mevcuttur ve her ülke kendi koşullarına göre DÖB modeli uygulamaktadır. Ülkemizde komplikasyonsuz gebeler için T.C Sağlık Bakanlığının önerdiği DÖB modelinde, ilk üç ayda 1, 2.üç ayda 1, 3.üç ayda 2 izlem olmak üzere toplam 4 izlem önerilmektedir. Eğer gebelik riskli bir gebelik ise izlem sayısı ve izlem içeriği gebenin ve fetüsün durumuna göre değişiklik gösterebilmektedir. Gebelikte izlem ve bakım Tablo 2.1. de gösterilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Tablo 2.1. Gebelikte izlem ve bakım

Birinci İzlem (30 dakika)	İkinci İzlem (20 dakika)	Üçüncü İzlem (20 dakika)	Dördüncü İzlem (20 dakika)
Gebeliğin 14. Haftasında veya ilk 14 hafta içerisinde	Gebeliğin 18-24. haftalar arasında	Gebeliğin 30-32. haftalar arasında	Gebeliğin 36-38. haftalar arasında
Öykü alma	Öykü alma	Öykü alma	Öykü alma
Fizik muayene			
Risk değerlendirme formunun sorgulanması bu aşamada yapılır.	Fizik muayene	Fizik muayene	Fizik muayene
Laboratuvar testleri	Laboratuvar testleri	Laboratuvar testleri	Laboratuvar testleri
Gebeye verilecek ilaç desteği,	Gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklama	Gebeye verilecek ilaç desteği,	Gebeye verilecek ilaç desteği,

tedaviler ve bağışıklama	tedaviler ve bağışıklama	tedaviler ve bağışıklama
Bilgilendirme ve danışmanlık	Bilgilendirme ve danışmanlık	Bilgilendirme ve danışmanlık
Gebe izlem fişinin kontrol edilmesi	Sevk edilecek durumlar -Hemoglobinin 7 gr/dl ve altında olması -Kanama ve lekelenme olması -Preeklampsi belirtileri -Uterus yüksekliğinin beklenen haftaya göre büyük veya küçük olması -Gebenin fetüs hareketlerini hissetmemesi veya el doppler ile fetal kalp seslerinin duyulmaması -Bir önceki izlemde bakteriüri tespit edilen gebede tedaviye rağmen bakteriürinin devam etmesi -Gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların varlığı	Sevk edilecek durumlar İkinci izlemdeki durumlara ilave olarak -Çoğul gebelik şüphesi olması (doğrulamak ve doğumu planlamak)
		Sevk edilecek durumlar

2.4. Obstetrik Şiddet

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde birçok kadın sağlık kurumlarında ihmal ve istismara uğramaktadır. Bu ihmal ve istismar “obstetrik şiddet” olarak tanımlanmaktadır. Obstetrik şiddet, sağlık hizmetlerinde bakım sırasında kadına fiziksel ve/veya psikolojik zarar veren eylem, ihmal ve saygısız davranışlardan oluşmaktadır (Bowser & Hill, 2010; Bohren ve ark., 2015). Bireye saygılı ve onurlu sağlık hizmeti verilmesi, her gebe kadın için temel bir haktır ve olumlu doğum deneyiminin oluşmasına katkı sağlamaktadır. Doğum sürecinde sunulan bakım, dünya genelinde farklılıklar göstermektedir ve birçok ülkede gebeler olumsuz sağlık bakım hizmetiyle karşılaşmaktadır (Gray ve ark., 2019).

Doğum sürecinde gebelerin olumsuz davranışlara maruz kaldığını tespit eden Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “her kadının, onurlu, saygılı sağlık bakımını içeren en yüksek sağlık standardına sahip bakımı almaya hakkı olduğunu” belirtmiştir. Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü dünyada “birçok kadının sağlık merkezlerinde doğum sırasında saygısız ve saldırgan muameleye maruz kaldığını, sadece kadınların saygılı

bakım haklarını ihlal etmekle kalmayıp aynı zamanda yaşam, sağlık ve fiziksel bütünlük haklarını da tehdit ettiğini” de belirtmektedir (WHO, 2015).

Obstetrik şiddet doğum sürecindeki kötü muamele terimini kapsayan bir dizi şiddet türünü içermektedir (Lappeman & Swartz, 2019). Obstetrik şiddete ilişkin birçok farklı tanım mevcuttur: Obstetrik şiddet, “insanlık dışı tedavi, ilaçların kötüye kullanımı ve doğal süreçlere müdahale ederek gebede özerklik ve yetenek kaybına yol açan davranışlar” olarak tanımlanmaktadır (Gray ve ark., 2019). Son yıllarda, kadınlar kendi sağlıkları hakkında konuşmayı bir tabu olarak görmekte ve koruyucu sağlık davranışları geliştirmeyi ve uygulamayı zaman kaybı olarak düşünmektedirler. Bu durum kadınlarda özerklik ve yetenek kaybına neden olmaktadır. Artık sektör haline gelen tıp ve ilaç sektörü de bu eğilimi destekler niteliktedir. Bu durumun sonucunda kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının yerini ilaç tedavileri, gereksiz müdahaleler veya ameliyatlara almış görünmektedir (Özdemir ve Kulakaç, 2021).

Feministlerin sık sık vurguladığı gibi, doğum kontrolüne ilişkin seçim kadına ve bedenine aittir; ancak üremenin kontrolü, kadın özerkliğini ihlal ederek tıba bırakılmaktadır. Üremenin tıbbileştirilmesiyle ilgili olarak, sağlık politikalarının, toplumsal cinsiyet bakış açısının, sağlık profesyonellerinin, medyanın, teknolojinin, ilaç firmalarının ve bireyin kendi denetiminin etkili olduğu görülmektedir. Tıbbi bilgilerin ve uygulamaların avantaj ve dezavantajlarının uzmanlar tarafından sorgulanmadan direkt olarak kabul edilmesi, kadınları giderek daha fazla kontrol ve müdahale edilen bir nesne haline getirmektedir. Sonuç olarak kadının özerkliği zarar görmekte ve kadın şiddet ve istismara karşı daha açık hale gelmemektedir (Baltacı ve Metin, 2021).

Obstetrik şiddet, fiziksel, sözlü, duygusal, psikolojik şiddet, gereksiz tıbbi uygulamalara (sezaryen ve epizyotomi gibi) ve sistem yetersizliğine bağlı yapısal şiddet olmak üzere çeşitli kategorileri içermektedir (Sadler ve ark., 2016). Dolayısıyla, obstetrik

şiddet hem doğrudan şiddeti (fiziksel, sözlü ve cinsel taciz), hem de duygusal şiddet biçimlerini (insanlık dışı, saygısızlık, saygın olmayan bakım) ve yapısal şiddeti (damgalanma, ayrımcılık ve sistem eksiklikleri) içermektedir (Kilci ve ark., 2020).

Obstetrik şiddet, kadınların bedenlerine ve üreme süreçlerine sağlık çalışanı tarafından müdahale edilmesi, insanlık dışı muameleler, medikalleşmenin kötüye kullanılması ve doğal süreçlerin uygulanmaması olarak belirtilmiştir (McGarry ve ark., 2017).

2.4.1. Obstetrik Şiddet Sıklığı

Mihret'in (2019) Etiyopya'da yaptığı çalışmada obstetrik şiddet oranı %75.1, Castro ve Frias'ın (2020) Meksika'da yaptığı araştırmada %33.3, Bhattacharya ve Ravindran'ın (2014) Kuzey Hindistan'da yaptığı araştırmada %28.8, Lansky ve ark. (2015) Brezilya'da yaptığı çalışmada %12.6, Goli ve ark. (2018) Hindistan'da yaptığı çalışmada ise %15 olarak bulunmuştur. (Bhattacharya & Sundari Ravindran, 2018; Goli ve ark., 2019; Lansky ve ark., 2019; Mihret, 2019; Castro ve Frías, 2020).

Acar ve Şahin (2021) yapmış oldukları sistematik derlemede: obstetrik şiddet prevalansının %12-75 arasında değiştiğini ve kadınların %17.1-63.6'sının bakıma ilişkin rızalarının alınmadığını, %19.3-55.3'ünün sağlık çalışanlarının küçümseyici ve hakaret içerikli sözlerine maruz kaldıklarını, %13.4-46.9'unun sağlık personelinin tokat, vurma gibi kötü davranışlarına maruz kaldıklarını bildirmiştir. Ayrıca kadınların %8.5-10.6'sı bakımlarının ihmal edildiğini ve %3-9.3'ü bakım alırken negatif ayrımcılığa uğradıklarını belirtmiştir.

Meksika'da yapılan bir araştırmada kadınların %17'sinin rızasız bakıma maruz kaldığı, %11'ine bağırıldığı, %7'sinin hakarete uğradığı, %17'sinin rahatsız bir pozisyonda doğum yapmaya zorlandığı, %10'unun sorularının görmezden gelindiği ve %10'unun bakımının geciktiği bildirilmiştir. Araştırmada ayrıca kadınların kamu

hastanelerinde obstetrik şiddet yaşama olasılığının özel hastaneye kıyasla 3.7 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Santiago ve ark., 2018)

ABD’de yapılan bir araştırmada 2010 ile 2016 yılları arasında hamile olan kadınların %17’sinin obstetrik şiddet yaşadığı bildirilmiştir. Kadınların %1.3’ü fiziksel istismar yaşadığını, %1.2’si özel bilgilerinin rızası olmadan paylaşıldığını, %5.5’inin fiziksel mahremiyetinin ihlal edildiğini, %8.5’ine bağırıldığını, %4.5’inin tedavinin durdurulacağı yönünde tehdit edildiğini ve %7.8’inin isteklerinin göz ardı edildiğini, reddedildiğini veya ertelendiğini bildirmiştir. Ayrıca araştırmada siyah kadınların %22.5’i, hispaniklerin %25’i, yerli kadınların %32.8’i, Asyalı kadınların %21’i obstetrik şiddete maruz kalırken beyaz kadınların %14’ünün obstetrik şiddet yaşadığı dolayısıyla ırk ayrımcılığının obstetrik şiddet olasılığını arttırdığı bildirilmiştir (Vedam ve ark., 2019).

Malawi’de kadınların %58.2’si, Kenya’da %8.5’i doğumları sırasında mahremiyetlerinin sağlanmadığını bildirmiştir (Abuya ve ark., 2015; Sethi ve ark., 2017). Tanzanya’da kadınların %8’inde ve Kenya’da %8.5’inde onursuz bakım yaşandığı bildirilmiştir. (Abuya ve ark., 2015; Sando ve ark., 2016). Myanmar’ da yapılan araştırmada obstetrik şiddet türlerinden gizli olmayan bakıma maruz kalma %25.9, ve rıza dışı bakıma maruz kalma %66.4, sözlü taciz %18.4, talep edilen ağrı kesicinin reddedilmesi %8.3, ücretlerin ödenmemesi nedeniyle sağlık merkezinde alıkonulma %1.1 olarak bildirilmiştir. (Bohren ve ark., 2020).

2.4.2. Obstetrik Şiddet Türleri

Brower ve Hill yaptıkları araştırmalar sonucunda gebelik ve doğum sürecindeki obstetrik şiddeti 7 farklı kategoride tanımlamıştır (Bowser & Hill, 2010).

1. Fiziksel şiddet
2. Rızasız bakım
3. Mahremiyetin gözetilmediği bakım

4. Onursuz bakım
5. Ayrımcı bakım
6. İhmal edilmiş bakım
7. Sağlık merkezinde alıkonma

1. **Fiziksel istismar:** Kadını dövme, tehdit etme, taciz etme, doğum sırasında dayak atma, tokat atma, çimdikleme, bebeği dışarı çıkarmaya çalışmak için karına aşırı fiziksel güç uygulama ve gereksiz epizyotomi uygulama gibi davranışlar fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir (Bowser & Hill, 2010). Yapılan çalışmalarda kadınların %13.4-46.9'unun tokat, vurma, sıkıştırma vb. gibi davranışları içeren fiziksel tacize maruz kaldığı bildirilmiştir (Bhattacharya ve Ravindran 2018; Lansky ve ark., 2019; Mihret 2019;) Bir başka çalışmada ise kadınlar bacakların kabaca açıldığı, yatağa sabitlendiği, çok sayıda vajinal muayeneye maruz kaldıkları belirtilmiştir (Santiago ve ark 2018).

2. **Rızasız Bakım:** Yapılacak işlemlerin ve bakımın kadının bilgisi ve izni olmadan uygulanmasıdır (Kilci ve ark., 2020). Literatürde rızasız bakıma ilişkin öne çıkan davranışlar vajinal muayene, epizyotomi ve kristeller manevrası (fundal bası), tedavi ve bakım hakkında bilgilendirilmiş onamın alınmaması olarak belirtilmiştir (Begley ve ark., 2018, Lansky ve ark., 2019; Aveyard ve ark.,2022). Begley ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %46'sı vajinal muayenenin yapılma nedeninin açıklanmadığını ve %51'i işlemler için rızanın "asla aranmadığını" belirtmiştir (Begley ve ark., 2018). Yapılan bir nitel çalışmada epizyotominin kadın bilgilendirilmeden, anestezi uygulanmadan yapıldığı, kristeller manevrasının bilgilendirilmeksizin yapıldığını ve çok ciddi acıya yol açtığı bildirilmiştir (Lansky ve ark., 2019). Farklı bir araştırmada ise gebelerin doğum kontrol yöntemi olarak belli bir yöntemi kabul etmemesi karşılığında sağlık hizmetine erişimin

sınırlandırılması konusunda baskıya maruz kaldıkları saptanmıştır (Castro ve Frías 2016; Flores ve ark. 2019).

3. **Mahremiyetin Gözetilmediği Bakım:** Kadına ait bilgilerin kamuya açık bir şekilde sunulması ve hassas konularla (HIV durumu, yaş, medeni durum, tıbbi geçmiş ve vb. gibi hasta bilgileri) ilgili gizliliğin olmaması ya da tam sağlanamamasını içermektedir (Kilci ve ark., 2020). Yapılan çalışmalarda, doğum sürecinde vajinal muayenenin pek çok kez ve birçok kişi tarafından mahremiyet korunmadan (koridorda, kalabalık doğum odalarında vb.) yapılması nedeniyle mahremiyetin zedelendiği belirtilmektedir (Bhattacharya & Sundari Ravindran, 2018; Lansky ve ark., 2019). Castro ve Savage (2017) çalışmasında kadınlar, mahremiyet eksikliği nedeniyle utanç, rahatsızlık ve uyku kaybı yaşadıklarını belirtmiştir.
4. **Onursuz Bakım:** Aşağılama, suçlama, kaba davranma, azarlama, bağırma, bilgilendirme ve bakımla ilgili olumsuz davranışları içermektedir (Gray ve ark., 2019). Literatürde Onursuz bakım davranışlarıyla ilgili yapılan çalışmalarda kadınların doğumlarına ilişkin planlarına karşı çıkıldığı, yanında refakatçi bulunmasına izin verilmediği, fazla çocuk sayısı nedeniyle rencide edildikleri ve sürekli çocuğa zarar vereceği söylemiyle psikolojik baskı yapıldığı saptanmıştır (Silva-Carvalho & Santana-Brito, 2017; Oliveira & Penna, 2017 Acar ve Şahin 2021).
5. **Ayrımcı Bakım:** Kadının ırkı, etnik kökeni, yaşı, dili, HIV/AIDS durumu, dini inançları, ekonomik durumu ve eğitim seviyesi ile ilişkili maruz kaldığı ayrımcı davranışları içerir (Bowser & Hill, 2010). Literatürde kadınların %3-9.3'ü bakım alırken negatif ayrımcılığa uğradığını bildirilmiştir (Lansky ve ark., 2019; Mihret 2019; Acar ve Şahin 2021)

6. ***İhmal Edilmiş Bakım:*** Kadının doğum eylemi sırasında yalnız bırakılması ve yaşamını tehdit eden durumlarda müdahale edilmemesi olarak tanımlanmaktadır (Gray ve ark., 2019). Acar ve Şahin'nin (2021) yapmış oldukları sistematik derlemede kadınların %8.5-10.6'sı bakımlarının ihmal edildiğini ifade etmiştir. Brandao ve arkadaşlarının 388 kadın ile yaptıkları araştırmaya göre kadınların %50.5'i anne-bebek bağlanmasına izin verilmediğini ve %34.8'inin emzirmeye başlama konusunda destek alamadıklarını bildirmiştir (Brandão ve ark., 2018).
7. ***Sağlık Merkezinde Alıkonma:*** Doğum yapmış kadınların ve bebeklerinin sağlık kuruluşlarında ödeme başarısızlığı sebebiyle alıkonmasıdır (Bowser & Hill, 2010).

2.4.3. Obstetrik Şiddetin Toplumsal Cinsiyetle İlişkisi

Ataerkil kültürün etkisi altında olan toplumlarda erkek egemenliğinin ve kontrolünün bir yansıması olarak kadına yönelik şiddetin her türlü yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadınların düşük sosyal statüsü, kadınlara yönelik şiddetin temel nedenlerinden biridir (Özkan, 2018; Hamzaoglu ve Şener2022).

Örneğin; cinsiyet seçimi, genellikle ataerkil toplumlarda erkek çocukların tercih edilmesi ve bu tercih nedeniyle kız çocuklarının istenmeyen uygulamalara maruz kalmasıyla ilişkilidir. İstismar, ihmal, genital mutilasyon, bekâret denetimi, töre ve namus cinayetleri gibi konular da kadınların güçsüzleştirilmesi ve kontrol edilmesi amacıyla kullanılan yöntemlerdir (Bükecik ve Özkan, 2018; Karacan ve Gökçe 2020).

Obstetrik şiddet de bu kültürel dinamiklerin bir uzantısı olarak değerlendirilmektedir (Yaylacı, 2022). Toplumsal cinsiyet rolleri ve ataerkil normlar, kadınların bu tür şiddeti deneyimleme ve tanımlama şeklini etkiler. Kadınlar, güçlü ve bağımsız olma arzusuyla, doğum sürecinde yaşadıkları şiddet arasında bir çatışma yaşayabilirler. Bu çatışma, kendi haklarını savunma ve toplumsal beklentilere uyma

arasında bir denge bulma çabası olarak ortaya çıkar (Tach ve ark., 2020; Waal ve ark.2023).

Ayrıca, obstetrik şiddetle mücadelede güçsüzlük hissi, genel olarak baskı altında olan ve güçsüz gruplara yönelik şiddetle bağlantılıdır. Bu, kadınların bu tür şiddeti tanımlama ve karşı koyma konusunda zorlanmalarına neden olabilir. Dolayısıyla, obstetrik şiddetle mücadele etmek, toplumsal cinsiyet eşitliğini destekleyen ve kadınların bedensel bütünlüğüne saygı gösteren bir sağlık sisteminin oluşturulmasını gerektirir (Zacher Dixon, 2015; Shabot, 2016).

2.4.4. Obstetrik Şiddet Nedenleri

Obstetrik şiddetin, yaygınlığı ve kökenleri açısından dünyadaki bölgelere göre farklı örnekleri bulunmaktadır. Örneğin, Amerika ve Avrupa'da zorunlu sezaryen ve epizyotomiler çok sık görülürken (hiper medikalizasyon), düşük ve orta gelirli ülkelerde ise bir sağlık merkezinde gözetimsiz doğum (yetersiz medikalizasyon) ve mahremiyet eksikliği daha yaygın görülmektedir (Dixon, 2015; Sando ve ark., 2016; Borges, 2018). Obstetrik şiddet, ekonomik bağlama, tıbbi tedavi düzeyine, sağlık ekiplerinin bileşimine ve kültürdeki cinsiyet algısına bağlı olarak birçok biçim almaktadır (Perrotte ve ark., 2020).

Literatürde obstetrik şiddetin kadının kendisinden kaynaklanan nedenleri hakkında pek çok çalışma bulunmaktadır. Gebenin sağlık çalışanlarının kötü davranış ve istismarının farkında olmayarak bunu sağlık çalışanlarının normal davranışı olarak görme, genç yaşta hamile kalma, düşük sosyoekonomik düzey ve farklı ırklardan olma, obstetrik şiddet nedenleri arasında gösterilmektedir (Perera ve ark., 2018; McLemore ve ark., 2018; Vedam ve ark., 2019; Davis, 2019). Literatürde medeni durumu bekâr olanların, eğitim seviyesi düşük olan, işsiz olan ve doğum sayısı fazla olan gebelerde

obstetrik şiddetin daha yaygın olarak görüldüğü belirtilmiştir. (Siraj ve ark., 2019; Nawab ve ark., 2019).

Obstetrik şiddetin sağlık kuruluşlarından ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan nedenleri arasında ise sağlık sistemindeki yapısal sorunlar, iş yükünün fazla olması, yetersiz insan gücü, sağlık çalışanlarından tükenmişlik yaşanması gibi faktörler sayılabilir. Örneğin, aşırı iş yükü ve insan kaynaklarının yetersizliği, sağlık çalışanlarının hastalara yeterli zaman ayıramamasına ve doğru iletişim kuramamasına yol açabilir. Bu durumda, hastaların ihtiyaçlarına uygun bakım sağlanamadığı için hastada memnuniyetsizlik ve hatta şiddet potansiyeli artabilir. Aynı şekilde, fiziksel ve zihinsel tükenme, sağlık çalışanlarının stres seviyelerini artırarak sabır ve empati gösterme yeteneklerini azaltabilir, bu da hastalarla etkili iletişimi engelleyebilir (Bowser & Hill, 2010; Sadler ve ark., 2016; Jardim ve Modena, 2018;).

Bununla birlikte, bakım sağlama koşullarının istikrarsızlığı ve yeterli altyapı eksikliği de obstetrik şiddeti tetikleyebilir. Örneğin, lojistik sorunlar, ekipman eksikliği veya yetersiz tesisat gibi faktörler, doğum sürecinin daha stresli ve riskli hale gelmesine neden olabilir, bu da hem sağlık çalışanı hem de hastalar arasındaki gerginliği artırabilir. Özetle sağlık sistemindeki yapısal sorunlar ve koşullar, obstetrik şiddetin ortaya çıkmasında önemli bir rol oynayabilir (Bowser & Hill, 2010; Sadler ve ark., 2016; Jardim ve Modena, 2018).

2.4.5. Obstetrik Şiddete İlişkin Risk Faktörleri

Anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi, milenyumun başlangıcından bu yana küresel kalkınma gündeminin üst sıralarında yer almaktadır. Fakat gebelikteki komplikasyonlar ve yetersiz bakım nedeniyle dünyadaki pek çok kadın hayatını kaybetmektedir. Gebe kadınların risk faktörlerinin belirlenip yeterli doğum öncesi bakım almaları anne bebek ölümlerinin önlenmesi için gereklidir. Bu sebeple anne sağlığını

iyileştirmek için kaliteli anne sağlığı hizmetlerine erişim belirlenip, kaliteli anne sağlığı hizmetlerine erişim olanakları hem sağlık sistemi hem de toplumsal düzeyde ele alınmalıdır (WHO, 2023).

Yapılan çalışmalarda; bekârların, gençlerin, düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olan kişilerin, antenatal dönemde doğuma yönelik bilgi almayanların ve multiparların obstetrik şiddete maruz kalma olasılıklarının arttığı; doğum öncesi eğitim alanların ve donanımlı hastanelerde doğum yapanların obstetrik şiddete maruz kalma riskinin azaldığı saptanmıştır (Abuya ve ark., 2018; Hameed & Avan, 2018; Bohren ve ark., 2020).

Ergenlik çağındaki gebelerin ise gebelik, doğum ve sağlık sistemi ile ilgili deneyimsizlikleri nedeniyle obstetrik şiddete karşı daha savunmasız oldukları saptanmıştır (Perera ve ark., 2018). Ekonomik olarak daha düşük statüye sahip gebelerin ve daha az eğitilmiş gebelerin sağlık hizmetlerinde kötü davranışlara daha yatkın oldukları bildirilmiştir (Perera ve ark., 2018; Arias Fuentes ve ark., 2022). Kırsal alanda yaşayan gebelerin kentsel alanda yaşayan gebelere oranla daha fazla obstetrik şiddete maruz kaldıkları bulunmuştur (Arias Fuentes ve ark., 2022).

Abuya ve ark. çalışmasında (2018); gece doğum yapan kadınlara daha az vital bulgu takibi ve vajinal/ fiziksel muayene yapıldığı, dolayısıyla gece doğum yapmanın obstetrik şiddet maruziyetini arttırdığı bulunmuştur (Abuya ve ark., 2018; Hameed & Avan, 2018).

Güleç ve ark. (2020) çalışmasında depresyon riski yüksek olan gebelerin hemşirelik bakım memnuniyetlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, hemşirelerin riskli gebelerde bakım kalitesini ve memnuniyetini yükseltebilmek adına, ruhsal durumlarını detaylı bir şekilde değerlendirmeleri, belirlenen sorunlarla başa çıkma stratejileri geliştirmelerine destek olmaları ve ihtiyaçları doğrultusunda profesyonel destek için yönlendirmeleri gerekmektedir.

Stenus ve ark., (2018) çalışmasında gebeliği yüksek riskli olan ve düşük riskli olan kadınların perinatal sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyet düzeyleri incelenmiş ve çalışma sonucunda gebeliği yüksek riskli olan kadınların perinatal bakımdan memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Memnuniyet düzeylerindeki bu farkın gebeliği yüksek riskli olan kadınların planlı veya plansız tıbbi müdahalelere daha fazla maruz kalmış olmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir.

Keten ve Kurtgöz ' ün (2023) hastanede yatan yüksek riskli gebeler ile yaptıkları araştırmada; katılımcıların bebeklerini kaybetme riski nedeniyle endişe ve korku yaşadıkları, ayrıca gebelik ve doğumun riskli olması nedeniyle ölüm korkusu yaşadıkları bildirilmiştir. Araştırmada gebelerin hastanede uzun süre kalmalarının sıkılmış ve bunalmış hissetmelerine neden olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmada gebelerin hemşirelik bakımı memnuniyetlerine de bakılmış ve sonuç olarak hemşirelerin gebeler ile duygusal bağ kuramadıklarını, yalnızca biyomedikal bakıma odaklandıklarını ve gebelere ilgi göstermediklerini bu nedenle gebelerin aldıkları bakımdan memnuniyetsizlik yaşadıkları bildirilmiştir (Keten ve Kurtgöz, 2023). Literatürde sağlık çalışanlarının hamile kadınlarla iletişim kurma şekli, kadınların bakımdan memnuniyetini etkileyen kritik bir faktördür ve hamilelik sırasında kaygının azalmasıyla bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Wyles ve Miller, 2019)

2.4.6. Obstetrik Şiddetin Ana Çocuk Sağlığına Etkileri

Toplumsal bir sorun olan şiddet tüm yönüyle bireye ve çevreye zarar verir. Obstetrik şiddet, doğum yapamama, doğumla ilgili her şeyden korkma, yalnız hissetme, terk edilmiş hissetme gibi duyguların yaşanmasına sebep olmaktadır. Bu duygular gebelerin doğum yapma yeteneklerini olumsuz etkilemekte, özerklik yeteneklerine zarar vermekte ve özgüvenlerini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla gebelik sürecinde obstetrik şiddete maruz kalmak sadece gebelik sürecini etkilemekle kalmayıp, gebelerin

doğum ve sonrasında yaşanacak olaylarda tepki verme yeteneklerini azaltarak gebeleri yeniden mağdur etmekte ve onları ikincil rollere itmektedir (Briceño Morales ve ark., 2018). Obstetrik şiddete maruz kalan kadınlara yönelik yapılan çalışmalarda kadınların; fiziksel yaralanmalar, ten tene temasın gecikmesi, cinsel işlev bozukluğu, strese bağlı psikolojik travma, duygudurum bozukluğu, kişilik değişimleri, sağlık profesyonellerine ve sağlık kuruluşunda hizmet almakta gecikme, yenidoğan ile zayıf bağ veya bebeği reddetme, rol karmaşası, aile bütünlüğünü tehlikeye atma, daha fazla çocuk sahibi olmamayı tercih etme vb. sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir (Borges, 2017; Brandão ve ark., 2018; Garcia, 2020).

Literatürde doğumda maruz kalınan olumsuz davranışların doğum sonrası akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve doğum sonrası depresyona sebep olduğu belirtilmektedir (Feldman & Padoa, 2022). Ayrıca literatürde doğum esnasında kadınların hareketlerinin kısıtlanması ağrı yönetimini güçleştirmekte ve buna bağlı olarak analjezik uygulanmasına ihtiyacın artmasına, doğumun uzamasına ve müdahaleli doğumun/sezeryanın artmasına neden olduğu belirtilmektedir (Brandão ve ark., 2018).

Fiziksel şiddet olarak kabul gören kristaller manevrası gibi uygulamaların ise uzun sürede idrar inkontinansına neden olduğu ve artan yenidoğan yoğun bakım ihtiyacına da sebep olduğu görülmektedir. Doğumdan hemen sonra emzirmenin desteklenmemesi veya geciktirilmesi de yenidoğanda hipoglisemi gelişimine sebep olmakta ve anne-bebek arasında oluşacak olan bağlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir (Brandão ve ark., 2018). Görüldüğü üzere birçok çalışma maternal stresin fetal sağlıkla oldukça yakından ilgili olduğunu ispatlamıştır. Bu durumda fetal sağlığın korunması için gebeler gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemleri kapsayacak şekilde her türlü obstetrik şiddet türünden korunmalı ve fiziksel ve psikolojik olarak desteklenmelidir.

2.4.7. Obstetrik Şiddet ve Hemşirelerin Etik Sorumlulukları

Hemşirelik için önemli olan etik ilkeleri belirleyebilmek amacıyla yapılan bir dizi etik çalışmalar sonucunda; hemşirelik etiği için önemli olan ilkelerin; zarar vermeme-yararlılık ilkesi, özerklik/bireye saygı ilkesi, adalet ve eşitlik ilkesi ve mahremiyet ve sır saklama ilkesi olduğu belirlenmiş ve hemşireliğin ahlaki temelini bu ilkelere dayandığı kabul edilmiştir (Ersoy, 2001; Ersoy 2003; ICN 2006).

Zarar vermeme-yararlılık ilkesi: Bu ilke, hastaya zarar vermekten kaçınmayı ve onun iyiliği için en iyi hizmeti sunmayı içerir. Hemşirelerin, hastaların sağlığını ve güvenliğini korumak için sürekli olarak çaba göstermelerini gerektirir (Ersoy, 2001)

Özerklik/bireye saygı ilkesi: Bu ilke, hastaların kendi tedavi seçeneklerini belirleme ve kişisel tercihlerine saygı gösterme hakkına vurgu yapar. Hemşireler, hastaların bireysel hak ve özgürlüklerini saygıyla karşılamalı ve tedavi süreçlerinde onların aktif katılımını teşvik etmelidir. Ayrıca hemşireler bakım verirken, bireyin, ailenin ve toplumun insan haklarına, değerlerine, geleneklerine ve manevi inançlarına saygı duyulan bir ortamı teşvik etmelidir (ICN 2006; Zbikowski ve ark. 2012)

Adalet ve eşitlik ilkesi: Bu ilke, tüm hastalara adil ve eşit sağlık hizmetlerinin sunulması gerektiğini vurgular. Hemşireler, herkesin ihtiyaçlarına ve koşullarına göre tedavi ve bakım sağlamalıdır, ayrımcılık yapmamalı ve kaynakların adil bir şekilde dağıtılmasını sağlamalıdır. Hemşirelik bakımı; yaş, renk, mezhep, kültür, engellilik veya hastalık, cinsiyet, cinsel yönelim, uyruk, politika, ırk veya sosyal statü farketmeksizin tüm gruplara adil hizmeti içermektedir (Ersoy 2003; Zbikowski ve ark. 2012).

Mahremiyet ve sır saklama ilkesi: Bu ilke, hastaların tıbbi bilgilerinin gizli tutulması ve mahremiyetlerinin korunması gerektiğini belirtir. Hemşireler, hastaların kişisel ve tıbbi bilgilerini izinsiz kişilerle paylaşmamalı ve hastaların mahremiyetlerini her zaman korumalıdır.

Bu etik ilkeler, hemşirelerin mesleki davranışlarını y6nlendiren temel prensipler olarak kabul edilir ve ulusal- uluslararası d6zeyde pek çok etik kod ve rehberlik belgesinde yer alır. Bu ilkelerin uygulanması, hemşirelerin mesleki pratiklerinde tutarlılık ve g6venilirlik sağlar ve hastaların g6venini kazanmalarına yardımcı olur (Ersoy, 2001; Ersoy 2003) Bu etik ilkelerin sağlık çalışanları tarafından sağlanan doğum 6ncesi, doğum ve doğum sonrası bakımlarda ihlal edilmesi obstetrik şiddetin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. 6rneğin: Zarar vermeme ve yararlılık ilkesinin ihlali fiziksel istismar ve ihmal edilmiş bakımların ortaya çıkmasına, 6zerklik/ bireye saygı ilkesinin ihlali onursuz bakımın ortaya çıkmasına, adalet ve eşitlik ilkesinin ihlali ayrımcı bakımın ortaya çıkmasına, mahremiyet ve sır saklama ilkesinin ihlali mahremiyetin g6zetilmediği bakımın oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Zbikowski ve ark. 2012; Martın ve ark. 2021).

2.4.8. Obstetrik şiddetin 6nlenmesinde Hemşirelik Yaklaşımı

Doğum s6reci, anneler ve bebekler için kritik bir 6neme sahiptir. Bu aşamada kadınların saygılı ve kaliteli bakım alması, anne ve bebek mortalite ile morbidite oranlarını azaltabilir. DS6, gebe kadınların ve yenidoğanların y6ksek kalitede hizmet alması gerektiği vizyonunu benimseyerek, 2016'da gebelerin olumlu gebelik deneyimleri için doğum 6ncesi bakım ve 2018'de de olumlu deneyimler için doğum anındaki bakım konusunda 6nerilerde bulunmuştur. Bu 6nerilerde, yalnızca hastalık ve 6l6m riskinin azaltılmasının 6tesinde, aynı zamanda yenidoğanların ve kadınların refahının artırılmasını hedefleyen insan odaklı bir bakım vurgulanmıştır (WHO; 2018). T6rkiye'de, doğum hizmetlerinin kalitesini artırmayı amaçlayan "Anne Dostu Hastane" programı oluşturulmuştur. DS6'n6n intrapartum bakım modeline uygun kriterleri sağlayan hastaneler, "Anne Dostu Hastane" unvanını almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Anne Dostu Hastane programı çerçevesinde, obstetrik şiddetin 6nlenmesinde 6zellikle

hemşirelere büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin rol ve sorumlulukları, politika oluşturma sürecine katılım, eğitim ve araştırma faaliyetlerini planlama/yürütme, iletişim becerilerini geliştirme gibi üç ana başlık altında değerlendirilebilir (Garcia, 2020; Goaz ve ark., 2022; Işık ve Nazik, 2023).

Politikaların oluşturma sürecine katılım

Obstetrik şiddeti ilk defa yasal olarak tanıyan Venezuela Anayasası, sağlığın yaşam hakkının bir parçası olarak kabul edilmesi gereken temel bir sosyal hakkın devlet tarafından güvence altına alınması gerektiğini belirtmiştir. Bu çerçevede, sorunların çözümünün ulusal hükümetin sorumluluğunda olduğunu vurgulamıştır. Yapılan araştırmalarda, sağlık profesyonellerinin sayı ve nitelik bakımından yetersizliği ile aşırı iş yükünün, doğum sürecinde kadınların kötü muamele görmesine neden olduğu rapor edilmiştir (Balde ve ark, 2017; Bohren ve ark, 2018). Bu nedenle, sağlık çalışanları istihdam edilirken bu kanıtlar göz önünde bulundurulmalı ve yeterli sayıda kalifiye çalışan istihdam edilmelidir. Dünya genelinde ve Türkiye'de, hemşirelerin, maternal sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik olarak kadınların insan haklarını ihlal eden obstetrik şiddeti önleyici yasaların oluşturulmasında etkili bir rol oynamaları gerekmektedir. Ayrıca obstetrik şiddeti önlemeye yönelik yasa ve protokollerin geliştirilmesi sağlanmalı ve bu politikaların oluşturma sürecinde hemşireler etkin bir şekilde yer almalıdır (Brandão ve ark., 2018).

Eğitim ve araştırma faaliyetlerini planlama / yürütme

Sağlık çalışanları, obstetrik şiddetin normalleşmesinden dolayı bu tür şiddetin farkında olmayabilir. Literatürde, hem sağlık profesyonellerinin hem de kadınların doğum sürecinde kadına yönelik kötü muameleyi olağan karşıladığı ifade edilmektedir. Örneğin, sağlık kurumlarında, kadınların itaatsiz davranışlar sergilediği durumlarda sağlık profesyonellerinin kadına tokat atması veya bağırması gibi tepkilerin uygun olduğu

düşünülmektedir (Mena ve ark., 2020). Bu nedenle obstetrik şiddeti önlemek adına ilk adım, sağlık profesyonellerinin eğitim müfredatının kadına yönelik şiddet ve özellikle obstetrik şiddet konularını içerecek şekilde düzenlenmesi ve perinatal bakımın odak noktasındaki kadınların da bu konuda bilgilendirilmesidir. "Maternal sağlık hizmetlerinde kadına yönelik kötü muameleyi ortadan kaldırmak ve mevcut durumu değiştirmek için yasal düzenlemelerin yanı sıra sağlık profesyonellerinin etik, toplumsal cinsiyet eşitliği ve insan hakları konularında eğitim almaları ve bu konularda farkındalıklarını artırmaları önemlidir (Brandão ve ark, 2018). Eğitim müfredatının iyileştirilmesinin yanı sıra hemşireler, obstetrik şiddeti engellemek ve maternal sağlık hizmetlerinde olumlu değişimleri gerçekleştirmek için obstetrik şiddetin nedenleri, yaygınlığı ve sonuçlarıyla ilgili farklı metodolojilerle araştırmalar yapmalıdır (Bohren ve ark, 2018; Garcia, 2020). Ayrıca kadının yardım isteyebileceği, ona destek olabilecek en yakın sağlık çalışanı olan hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin obstetrik şiddet hakkında bilgilencmeleri sağlanmalıdır (Dağlar ve ark., 2017).

İletişim becerilerini geliştirme

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her kadının gebelik ve doğum sürecinde şiddet veya ayrımcılığa maruz kalmadan saygılı ve onurlu bir bakım alma hakkına sahip olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2014). Maternal sağlık hizmetleri alanında yapılan araştırmalar, sağlık profesyonellerinin, kadınlarla güvene dayalı, insanca ve özenli bir iletişim kurmalarının önemini vurgulamaktadır (Balde ve ark, 2017; Silva ve ark., 2020). Maternal sağlık hizmetlerinde, kadınlarla empati kurma, ihtiyaçlarını etkili bir şekilde anlama ve sağlık hizmetlerine yönelik taleplerini bilme, mesleki profesyonellik için gerekli niteliklerdir (Silva ve ark., 2020). Bu nedenle kadının isteklerine saygı duyulmalıdır. Örneğin; kadının doğum sırasında ve doğum sonrası dönemde seçtiği bir doğum arkadaşının/eşinin/destekçisinin yanında olması sağlanmalıdır. Birçok ülkede

doğumda partner desteğine izin verilmemekte bu da kadının fiziksel ve duygusal desteği yeterli alamamasına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum eylemine ilişkin önerilerinde, doğumda kadının yanında doğum destekçisinin olması gerektiği belirtilmiştir (Sheferaw ve ark., 2017; WHO 2020; Martínez-Galiano ve ark., 2021)

2.5. Ölçek Kavramı

Ölçek, ölçme sürecinde kullanılan veri toplama araçlarından biridir (Çarkçı, 2020, s.16). Ölçekler; bilgi, ilgi, tutum, duygu, algı, davranış vb. özellikleri kısa sürede ve kolay bir şekilde ölçebilen nitelikli ve ekonomik ölçüm araçlarındandır (Özdamar 2017 s. 28; A; Kishore ve ark. 2021). Ölçme, üç temel kategoride değerlendirilmektedir (Güler, 2018).

- **Doğrudan ölçme:** Ölçülmek istenilen özellik doğrudan gözlenebiliyorsa bu tür ölçmelere doğrudan ölçme denir.
- **Dolaylı ölçme:** Doğrudan gözlemlenemeyen ve ölçülemeyen bir özelliğin, başka bir özelliğin yardımıyla ölçülmesine dolaylı ölçme denir.
- **Türetilmiş ölçme:** Bir özelliğin, farklı iki ya da daha fazla özelliğin arasındaki ilişkiden yararlanarak ölçülmesine türetilmiş ölçme denir.

2.6. Ölçek Türleri

Sınıflamalı Ölçek: Bir gruba ait niteliklerin benzerlik veya farklılıklarına göre sınıflandırılmasıdır. Bu tür ölçekler sayısal miktar belirtmezler. Örneğin; kadın-erkek, çalışan çalışmayan vb. (Çarkçı, 2020, s.16).

Sıralamalı Ölçek: Bir grubun sahip olduğu özelliklerin azdan çoğa doğru sıraya konduğu bir ölçek çeşididir (Çarkçı, 2020, s.17). Bu tür ölçeklerde basit düzeyde karşılaştırmalar yapılabilir. Örneğin: Ali Ahmet'ten daha başarılıdır, bugün dünden daha soğuktur gibi. Sıralamalı ölçeklerde miktar değerlendirilmez fakat basit düzeyde karşılaştırmalar yapılabilir (Balcı, 2022, s.126).

Eşit Aralıklı Ölçekler: Aralıklı ölçek olarak da isimlendirilen bu ölçek türünde bir başlangıç noktası (0) belirlenir ve birimler arası birbirine eşit olduğu varsayımı kabul edilir. Başlangıç noktası olan sıfır bir anlam ifade etmez. Sıfır sayısallaşmayı kolaylaştırmak için kullanılmaktadır. Aralıklı ölçekler sınıflamalı ve sıralamalı ölçeklerden daha üst düzeydeki ölçeklerdir (Balcı, 2022, s.140).

Eşit Oranlı Ölçekler: Eşit oranlı ölçekler eşit aralıklı ölçeklere benzerler. Ama eşit oranlı ölçeklerde gerçek bir sıfır (0) noktası bulunur. Bu ölçekler ile her türlü karşılaştırma ve matematiksel işlem yapılabilir (Balcı, 2022, s.140).

Çok Maddeli Ölçek Türleri: Guttman ölçeği ve likert ölçeği çok maddeli ölçeklerdendir (Balcı, 2022, s.131; Devellis, 2022, s.147).

Guttman Ölçeği: Ölçek tek bir konuda, bireyin tutumları ile ilişkili ifadelerden oluşur. Guttman ölçeği tek boyutlu bir ölçektir. Gutman ölçeğinde katılımcılara yöneltilen her bir ifadeyi onaylayıp onaylamadıkları sorulur. Her katılımcının puanı onaylanan ifade sayısını gösterir (Balcı, 2022, s.131).

Likert Ölçeği: Rensis Likert tarafından geliştirilmiştir. Likert tipi ölçekler, bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi temeline dayanır (Tezbasaran, 2022). Toplamalı derecelendirme adı verilen likert ölçekleri temelde ölçekteki tüm maddelerin aynı yapıyı ölçtüğü varsayımına dayanmaktadır. Likert ölçeklerinde pek çok madde bulunur. Kişinin puanı bu maddelerden ne kadarına katılıp katılmadığına göre değişir (Devellis, 2022, s.147; Tezbasaran, 2022).

Likert türü ölçekleme tekniğinin puanlamasında (tepki türleri) bilinen ve sık kullanılan dört farklı dereceleme yöntemi bulunmaktadır. Bunlar; 3 dereceli ölçek puanlaması, 4 dereceli ölçek puanlaması, 5 dereceli ölçek puanlaması ve 7 dereceli ölçek puanlamasıdır. Literatürde kullanımın daha rahat olması nedeniyle 5’li likert kullanımı tavsiye edilmekte ve daha yaygın olarak kullanılmaktadır (Chyung ve ark., 2017;

Tezbaşaran, 2022). Likert ölçeklemesinde hangi tepki/cevap seçeneği/türü kullanılırsa kullanılsın puanlama birden (1) başlar. Puanlama sıfırdan (0) başlatılamaz. Likert-tipi sorular 1’den başlayarak soruda kullanılan seçenek sayısınca kodlanır. Bu kodlamada en olumsuz yanıt en düşük (1) rakamı ile en olumlu yanıt ise en yüksek rakam ile gösterilmektedir. 1’den başlayıp devam eden bu sıralı kodlamadan dolayı Likert tipi sorular sıralı (ordinal) veri olarak kabul edilir (Turan ve ark., 2015).

Likert tipi ölçeklerin olumlu yönleri (Turan ve ark., 2015; Tavşancıl, 2018, 155-156).

- Geliştirilmesi ve kullanımı diğer ölçeklere göre daha kolaydır.
- Maliyeti düşük ve uygulanması kolaydır.
- Ölçekte yer alan her madde eşit değerdedir.
- Madde analizi için uygundur.
- Verilerin güvenilir bir şekilde toplanmasını sağlar.
- Oluşturulan maddelere kişinin farklı derecelerde katılma olanağı vardır.
- Seçenek sayısının artması, ölçeğin güvenilirliğini artırır.
- Katılımcılar tarafından kolayca okunup işaretlenebilir.
- Maddelerin ayırt ediciliği, deneysel bir yaklaşımla cevaplayıcıların tepkilerine göre saptanır.
- Uygun formata dönüştürüldüğünde optik okuyucular aracılığı ile hızlı bir şekilde değerlendirilebilir.

Likert tipi ölçeklerin olumsuz yönleri (Turan ve ark., 2015; Tavşancıl, 2018, s.139).

- Ölçeğin geçerliliğinin kanıtlanması zordur.
- Madde analizi sayesinde tek boyutluluk sağlanmaya çalışılsa da tam anlamıyla tek boyutlu ve homojen olduğu söylenemez.
- Bu ölçekte gerçekte eşit aralıklar yoktur. Bu nedenle tekrarlanabilme aralığı net değildir.

- Farklı yanıt ifadelerinin aynı toplam puanı üretebilmesi nedeniyle elde edilen puanlar katılımcının duygularını net ve kesin bir şekilde yansıtamayabilir.
- Çok boyutlu kavramlar oluşturulamaz.
- Likert ölçeği bir sıralama ölçeği olduğundan sıfır noktası yoktur. Tutumlar hesaplanırken ortaya yakın olanların yorumunu yazmak zordur.
- Deneklerin yanlış beyanına, algılama ve işaretleme hatalarına bağlı sorunlar yaşanabilir.

2.6.1. Likert Ölçeği Geliştirme Aşamaları

- Yeni bir ölçek geliştirilirken yapılacak ilk şey ölçülmek istenen şeye dair bir ölçek bulunup bulunmadığının kararlaştırılmasıdır. Eğer konuya dair daha önce geliştirilmiş bir ölçek yok ise ölçülmek istenen konunun tanımlanması ve kapsamının belirlenmesi gerekmektedir (Tavşancıl, 2018, s.142).
- Araştırılmak istenen yapı veya konu ile ilgili çok sayıda madde yazılmalıdır (Balcı, 2022). Maddeler oluşturulurken dikkat edilmesi gerekenler: (Tavşancıl, 2018, s.143; Tezbasaran, 2022).
 - Maddelerdeki ifadeler ölçülmek istenen niteliğe yönelik olmalıdır.
 - Bir madde ile birden fazla özellik ölçülmemelidir.
 - Maddeler olabildiğince kısa, anlaşılır ve net olmalıdır.
 - Seçenek sayısı ve seçeneklerin yazılışına dikkat edilmelidir.
 - Maddelerin çift değilleme (olumsuzluk) içermemesine dikkat edilmelidir. Örneğın, “ nezaketle davranılmamasından hoşlanmam” gibi.
 - Maddeler yazılırken amaca hizmet etmeyen ve ölçekten çıkarılabilecek maddelerin olabileceğı göz önünde bulundurularak ölçekte olması düşünölen madde sayısının yaklaşık üç katı kadar madde yazılmalıdır.

- Yazılan maddeler ön denemeden geçirilmek üzere ölçeğin uygulanacağı evrenden seçilen bir gruba uygulanmalıdır. Gruptakilerden yazılan maddeleri olumlu, olumsuz ve hiçbirini diye ayırmaları istenmeli, grubun çoğunluğunun olumlu veya olumsuz olarak değerlendirmedeği maddeler çıkartılmalıdır (Balcı, 2022, s.137).
- Geriye kalan maddeler rastgele sıralanıp ölçek formu haline getirilip konu ile ilgili alanında uzman kişilere gönderilerek görüş ve önerileri alınmalıdır (Devellis, 2022, s.100).
- Uzman görüşleri sonucunda gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğin başına yönerge eklenmelidir (Devellis, 2022, s.100). Yönergede araştırmanın hangi konu ile ilgili olduğu, kimler tarafından yapıldığı, bu çalışmaya katılmanın ne gibi sonuçlarının olduğuna ilişkin bilgiler yer almalıdır. Ölçme araçları için hazırlanacak yönergeler cevaplayıcılar tarafından kolayca anlaşılır ve olabildiğince kısa olmalıdır. Ölçeğin başında verilecek genel yönergede ölçeğin amacı, ölçekteki soru sayısı, yanıt biçimi, yanıtı soru bırakılmaması gerektiği, soruları doğru ve içten yanıtlamasının önemine ilişkin bilgi verilmelidir (Tavşancıl, 2018, s.145; Tezbasaran, 2022).
- Oluşan ilk ölçek taslağı ölçeğin uygulanacağı evrenden alınan bir örnekleme uygulanmalıdır (Pilot uygulama) (Balcı, 2022, s.137). Maddelere ilişkin geçerli ve anlamlı veri toplanması için örneklem büyüklüğünün madde sayısının birkaç katı (en az 5) genellikle 10 katı olması tercih edilmelidir (Boateng ve ark., 2018).
- Ölçme aracının zamana göre değişmezliğini öğrenmek için örneklemden seçilen bir gruba belli bir süre sonra aynı ölçek tekrar uygulanmalıdır (Tavşancıl, 2018, s.19).
- Araştırma sonucunda örneklemden elde edilen tüm bilgiler veri setine kodlanmalıdır (Tezbasaran, 2022).

- Ölçeğin son halinde bulunulacak maddelere karar vermek ve boyutlandırma işlemi için geçerlilik, güvenirlik, faktör analizi vb. istatistiksel analizler yapılmalıdır (Devellis, 2022, s.105-110).
- Yapılan analizler sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan maddeler ölçekten çıkarılarak ölçeğe son şekli verilmelidir. (Devellis, 2022, s.110).

2.7. Ölçek Geliştirmede Kullanılan Geçerlik ve Güvenirlik Yöntemleri

2.7.1. Ölçeğin Güvenirliği

Bir ölçeğin taşınması gereken en önemli özelliklerden biri olan güvenirlik kısaca: “bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığı” olarak tanımlanmaktadır (Tavşancıl, 2018, s.16). Güvenirlik hem ölçme aracına hem de ölçme aracının sonuçlarına ilişkin bir özelliktir. Güvenilir olmayan veriler rastgele (random) hatalarla yüklü olduğundan güvenilir bir ölçeği oluşturamaz (Tezbasaran, 2022). Bu nedenle hata sayısını olabildiğince azaltmak ve ölçeğin güvenirliğini arttırmak için hataya neden olabilecek etkenleri belirleyerek onları kontrol altına almak gerekmektedir. Hatalar ölçme aracına ya da ölçme aracı dışındaki etmenlere bağlı oluşabilmektedir (Tavşancıl, 2018, s.152).

Güvenirlik bir derece ifadesidir ve 0 ile 1 arasında değişen değerler alır. 0’a yaklaştıkça güvenirlik düşerken, 1’e yaklaştıkça güvenirlik artmaktadır. Güvenirliği arttırmak için pek çok yöntem bulunmaktadır. Burada önemli olan hangi yöntemin izleneceğine karar vermektir. Ölçeğin güvenirliğini test etmek için kullanılacak yönteme karar verirken madde puanlarının doğası, ölçeğe ilişkin varsayımlar, araştırma koşulları ve araştırma amaçları göz önünde bulundurulmalıdır (Tezbasaran, 2022).

Bir ölçeğin güvenirlik düzeyini yükseltmek için;

- Ölçek maddeleri net ve açık bir biçimde ifade edilmeli,
- Ölçek maddelerinin sayısı artırılmalı,

- Ölçek maddelerinin güçlük düzeyleri ne çok kolay ne de çok zor olmalı, orta düzeyde olmalı,
- Testin uygulanacağı grup hedef kitleyi temsil etmeli,
- Testi uygulamak için katılımcılara yeterli süre tanınmalı,
- Ölçek, maddeleri konuyla ilgili olmalı,
- Ölçeğin uygulaması ile puanlaması standart koşullarda yapılmalı,
- Ölçek maddelerini yanıtlayan kişilerin gösterdiği tutarsızlıklara karşı dikkatli olunmalıdır (Çarkçı, 2020, s.79-81).

2.7.2. Güvenirlik Katsayılarının Hesaplanması için Kullanılan Yöntemler

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı: Cronbach alfa güvenirlik katsayısı yöntemi likert tipi bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek amacıyla kullanılır. Cronbach's alfa katsayısı, ölçekteki maddelerin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile hesaplanan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach's alfa katsayısı, ölçekte yer alan maddelerin iç tutarlılığının ve homojenliğinin göstergesidir. Cronbach's alfa katsayısı yüksek olan ölçeklerin; o ölçüde aynı özelliğin öğelerini ölçen tutarlı maddelerden oluştuğu söylenebilir (Tavşancıl, 2018, s.152; Tezbasaran, 2022). Cronbach's alfa katsayısının yer alabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak ölçeğin güvenirlik durumu aşağıdaki gibi yorumlanabilir;

- $0.00 < \alpha < 0.40$ arasında olması ölçeğin güvenilir olmadığını,
- $0.40 < \alpha < 0.60$ arasında olması ölçeğin düşük güvenirlkte olduğunu,
- $0.60 < \alpha < 0.80$ arasında olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu,
- $0.80 < \alpha < 1.00$ arasında olması ölçeğin yüksek derece güvenilir olduğunu göstermektedir (Tavşancıl, 2018, s.29).

Ölçeğin Tekrarı Yöntemi (Test-Retest Method): Ölçeğin tekrarı yöntemi, ölçme aracının aynı örneklem grubuna aynı koşullarda, yüksek düzeyde hatırlamaları

önleyecek kadar uzun, ama ölçülecek özellikte ilgili büyük değişmeler olmasını önleyecek kadar da kısa bir zamanda tekrar uygulanmasıdır (Tavşancıl, 2018, s.153). Test-tekrar test için ideal zaman aralığının 15 ile 30 gün arasında olduğu ve en az 30 bireye ulaşılması gerektiği belirtilmektedir. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısı ölçeğin güvenirlik katsayısıdır (Seçer, 2017, s. 153).

Testi Yarılama Yöntemi (Split-Half Method): Bu yöntemde, -test uygulanacak gruba tek seferde uygulanır. Uygulama bittikten sonra, veriler rastgele olarak iki eşit parçaya ayrılarak her iki ayrı grubun toplam puanları hesaplanır. Her bir test için hesaplanan puanlar arasındaki korelasyon, iki test arasındaki tutarlılığı belirtir. Hesaplanan, korelasyon değeri, 0-1 aralığındadır. Hesaplanan iki yarı güvenirlik katsayısının 1'e yakın olması ölçeğin güvenilir olduğunu gösterir (Çarkçı, 2020, s.84).

Kuder-Richardson (KR) Güvenirlik Katsayıları: Kuder-Richardson formülleri, testteki her maddenin aynı değişkeni ölçtüğü yani testin ölçtüğü şeyin homojen olduğu varsayımına dayanır. Kuder- Richardson (KR20 - KR21), testteki bütün maddeler arasındaki tutarlılığın ölçüsünü vermektedir. KR-21 madde analizi yapılmamış testlere uygulanır ve testteki maddelerin madde güçlükleri eşit kabul edilir. Bu nedenle KR-21 formülü ile elde edilen katsayı güvenirliğin alt sınırı olarak kabul edilir. Bir testin KR-20 veya KR-21 güvenirliği yüksek bulunmuşsa, bu testteki maddelerin aynı yeterliği ölçtüğü (testin tek boyutlu olduğu) ve test puanlarının tesadüfi hatalardan arınık olduğu sonucuna ulaşılabilir (Karakoç & Dönmez, 2014).

2.7.3. Ölçeğin Geçerliği

“Kullandığımız ölçüm aracıyla ölçmek istediğimiz şey nedir?”, “Maddelerimiz, ölçmek istediğimize uygun şekilde ölçebiliyor mu?” sorularına yanıt bulmak için ölçeğin geçerliliği araştırılmalıdır. Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği,

başka herhangi bir özellik ile karıştırmadan, doğru ölçekbilme derecesi olarak ifade edilmektedir (Tavşancıl, 2018, s.34).

2.7.4. Geçerliğin Hesaplanması için Kullanılan Yöntemler

Kapsam Geçerliği (Content Validity): Kapsam geçerliği, ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne kadar hizmet ettiğini göstermektedir. “Bir ölçme aracının ölçülmek istenilen nitelikleri kapsayabilme derecesi” olarak tanımlanabilir. Kapsam geçerliği için ölçek maddeleri açıklık, anlaşılabilirlik, kültüre uygunluk yönünden incelenmelidir. Uzman önerileri sonucunda ölçekte gerekli düzenlemeler yapılmalıdır (Çarkcı, 2020, s.59). Kapsam geçerliğini değerlendirmek için konuya ilişkin uzmanların görüşü alınır. Bu uzmanların ilgili bilim alanında ve ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini bilen kişiler olmasına özen gösterilmelidir (Devellis, 2022, s.61). Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) hesaplanır. Bu değer için 0.80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. Bu yüzden KGI’nin 0.80’den büyük olması istenilmektedir (Yurdugül, 2005).

Yapı Geçerliği: Ölçme aracının ölçtüğü şeyin ardındaki teorik yapıyı ölçüp ölçemediği hakkında bilgi verir. Yapı geçerliği, ölçme aracındaki maddelerin ölçülmek istenen özellik ile ilgisine ve bu maddelerin farklı özellikler ile karıştırmadan ölçme düzeyinin belirlenmesini sağlar. Yapı geçerliğine bakmak için faktör analizi veya faktör çözümlemesi teknikleri kullanılmaktadır (Çarkcı, 2020, s.61-62).

Faktör Analizi: Faktör analizi maddelerin nasıl çalıştığı hakkında bilgi verir. Örneğin madde kategorilerinden herhangi birine faktöriyel olarak uymayan veya bu kategorilerden birden fazlasına uyan maddeler tanımlanır ve eleme için gözden geçirilir (Devellis, 2022, s.117).

Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün yeterliliğinin hesaplanmasında; “Kaiser- Meyer-Olkin” (KMO) testi yapılmaktadır. Test sonucunda elde edilen değerin

1'e yaklaşması mükemmel, 0.50'nin altına düşmesi kötü olarak kabul değerlendirilmektedir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri (Tavşancıl, 2018, s.50);

- 0.90-0.10 arasında ise mükemmel,
- 0.80-0.89 arasında ise iyi,
- 0.70-0.79 arasında ise orta,
- 0.60-0.69 arasında ise zayıf,
- 0.50-0.59 arasında ise kötü,
- 0.50'nin altında ise kabul edilemez olarak yorumlanır.

Faktör analizi, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi olarak ikiye ayrılmaktadır (Çarkçı, 2020, s.62).

Açıklayıcı Faktör Analizi: Bir ölçme aracında oluşturulan maddelerin kaç alt başlık altında toplanabileceğini, nasıl şekilleneceği uzmanlarca tahmin edilse de maddelerin aralarında ne tür bir ilişki olduğunu, kaç gizil değişken (faktör) olduğunu belirlemek amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmaktadır. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ölçek geliştirilirken var olan gizil yapıyı ortaya çıkarmayı amaçlar. AFA yöntemiyle değişkenler gruplandırılarak ortak faktörler oluşturulur (Orçan, 2018). Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde de yapılan çalışmaların %96'sında AFA kullanılmış olduğu görülmektedir (Güvendir ve Özkan 2015).

Doğrulayıcı Faktör Analizi: Ölçek geliştirme çalışmalarında AFA'dan sonra elde edilen alt boyutların geçerliliğini doğrulamak için Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmaktadır (Devellis, 2022, s.151).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışmada, riskli gebeliklerde obstetrik şiddetin ölçülmesine olanak sağlayacak bir ölçüm aracını geliştirmek ve doğrulamak üzere metodolojik araştırma tasarımı kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, 30 Mayıs 2023- 01 Şubat 2024 tarihleri arasında sosyal medya platformlarında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de yaşayan riskli gebeler oluşturmuştur. Ölçek geliştirme çalışmalarında, ölçek madde sayısının en az 5-10 katı büyüklüğünde bir gruba ulaşılması gerekmektedir (Boateng ve ark., 2018). Bu çalışmada, 54 maddeden oluşan ölçek formu kullanıldığı için örneklem sayısının en az 270, en fazla 540 kişi olması gerekmektedir. Araştırmanın örneklemi, sosyal medya platformlarından kartopu yöntemi ile ulaşılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 452 (madde sayısının yaklaşık 8 katı) gebe oluşturmuştur. 27 gebe hatalı doldurduğu için örneklemden çıkarılmıştır. Sonuç olarak çalışma 425 katılımcı ile yürütülmüştür.

Örnekleme Alınma Kriterleri

- 18-45 yaş aralığında olma,
- Gebeliğindeki herhangi bir tıbbi sorun nedeniyle hastanede (kadın doğum kliniklerinde) yatmış (taburcu olmasının üstünden en fazla 1 ay geçmiş olma) veya halen yatıyor olma,
- En az ilkokul mezunu olma,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış olma,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

Dışlama Kriterleri

- 1 aydan daha fazla süre önce hastaneden taburcu olma,
- Kadın doğum klinikleri dışında farklı bir klinikte yatma,
- Verileri eksik-hatalı doldurma.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Formu” ve “Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği” kullanılmıştır. Veriler, Google formlar aracılığı ile dijital ortamda oluşturulan online anket formu ile toplanmıştır. Facebook, instagram ve diğer sosyal medya platformlarından online anket linki paylaşılmış ve örnekleme alınma kriterlerine sahip olan kadınların anketi yanıtlaması sağlanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-4)

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan bu form gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin belirlenmesine yönelik toplam 23 sorudan oluşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; Arslan ve ark., 2020; Gözüyeşil & Özertürk, 2022).

3.5.2. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği Taslak Formu (EK-6)

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği Taslak Formu 65 madde ve 7 alt boyut (Fiziksel İstismar, Rızasız Bakım, Mahremiyetin Gözetilmediği Bakım, Onursuz Bakım, Ayrımcı Bakım, İhmal Edilmiş Bakım, Sağlık Merkezinde Alıkonmak) olarak oluşturulmuştur (Bowser & Hill, 2010; Goli ve ark., 2019; Lansky ve ark., 2019; Lappeman & Swartz, 2019; Mihret, 2019; Castro & Frías, 2020; Kilci ve ark., 2020).

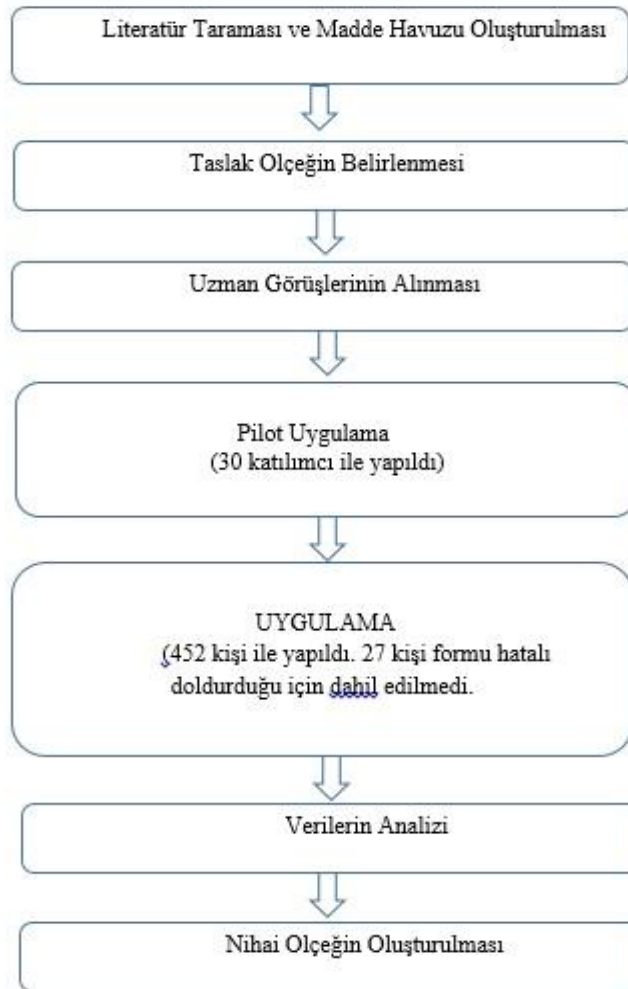
Geliştirilen ölçek 5’li likert tipinde olup likert maddeleri: Hiçbir zaman maruz kalmadım, nadiren maruz kaldım, bazen maruz kaldım, sık sık maruz kaldım, her zaman maruz kaldım şeklindedir. Ölçeğin puanlandırılmasında hiçbir zaman maruz kalmadım 1,

nadiren maruz kaldım 2, bazen maruz kaldım 3, sık sık maruz kaldım 4, her zaman maruz kaldım cevabı ise 5 şeklinde puanlandırılmaktadır (Turan ve ark., 2015).

Toplam puan ve alt boyut puanları üzerinden değerlendirilen ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği' nden alınan puanın artması, gebenin daha fazla Obstetrik şiddette maruz kaldığını göstermektedir.

3.6. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin Geliştirilme Süreci

Bu çalışmada Türkçe Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğini geliştirmek, geçerli ve güvenilir olup olmadığını belirlemek için ölçek; kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve iç geçerliliği olmak üzere 3 farklı yönden incelenmiştir. Yapılan işlemler Şekil 3.1'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğini geliştirme süreci

3.6.1. Literatür Taraması ve Madde Havuzu Oluşturulması

Litetatür taraması için “obstetrik şiddet”, “doğum şiddeti”, “doğum sırasındaki saygısızlık ve istismar”, “hastane şiddeti”, “uluslararası obstetrik şiddet” ve “doğum bakımında kurumsal şiddet” anahtar kelimeleri ile Google Akademik, Pub Med, Yök Tez veri tabanlarının taranmış ve tarama sonucunda elde edilen araştırmalardan yararlanılmıştır (Bowser & Hill, 2010; Khosla ve ark., 2016; Bhattacharya & Sundari Ravindran, 2018; Goli ve ark., 2019; Lansky ve ark., 2019; Lappeman & Swartz, 2019; Mihret, 2019; Castro & Frías, 2020; Kilci ve ark., 2020).

Geliştirilen ölçekte alt botuylar oluşturulurken Bowser ve Hill (2010) adındaki araştırmacıların çalışmasındaki alt boyutlar (fiziksel istismar, rızasız bakım, mahremiyetin gözetilmediği bakım, onursuz bakım, ayrımcı bakım, ihmal edilmiş bakım, sağlık merkezinde alıkonma) temel alınarak bunlara yönelik maddeler oluşturulmuştur. Böylelikle 65 madde ve 7 alt boyuttu içeren bir taslak ölçek formu elde edilmiştir.

3.6.2. Kapsam Geçerliği

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği için madde havuzu, kapsam geçerliliğini değerlendirmek için 11 akademisyenden oluşan uzman grubun görüşüne sunulmuştur. Uzmanların görüşleri e-posta yoluyla alınmıştır. Uzmanlar ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğini ve uygun olup olmadığını incelemişlerdir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis tekniği kullanılmıştır. Bu tekniğe göre 1-4 arasında derecelendirme yapılmaktadır. Bu işlem için her bir maddeye, madde çok uygun/ ilişkili (4 puan) ve madde hafifçe gözden geçirilmeli (3 puan) yanıtını veren uzmanların sayısı belirlendi ve bu sayı toplam uzman sayısına bölündü. Elde edilen görüşler sonucunda ölçeğin her bir maddesinin Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplanmıştır. Literatürde kapsam Geçerlik İndeksi için kriter değeri 0.80 olarak kabul edilmektedir. (Tavşancıl, 2019, s.29). Kapsam geçerliliğinin değerlendirilmesinde ölçek maddelerine

uzmanların verdikleri puanlar ve KGİ skorları Tablo 3.1’de görülmektedir. KGİ skorları 0.80’in altında olan 11 madde (1.,2.,4.,7.,23.,24.,25.,26.,33.,34.,45. maddeler) ölçekten çıkarılmıştır.

Tablo 3.1. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin maddelerine ait KGİ skorları

Maddeler	4	3	2	1	KGİ Skoru
1. Gereksiz yere yatağa bağlandım.*	7	1	3	-	0.7
2. Muayene esnasında hareketimi kısıtlamak için muayene masasına bağlandım.*	7	1	2	1	0.7
3. Fiziksel şiddete (tokat, çimdik vb.) maruz kaldım.	10	1	-	-	1.0
4. Gereksiz müdahaleler (suni sancı vb.) uygulandı.*	6	1	3	1	0.6
5. Ağrılı işlemler, analjezi uygulanmadan yapıldı.	8	3	-	-	1.0
6. Çok sayıda vajinal muayene yapıldı.	9	1	1	-	0.9
7. Gereksiz vajinal muayene yapıldı.*	7	-	-	4	0.6
8. Muayene sırasında uygun olan rahat pozisyonu almama izin verilmedi.	10	-	-	1	0.9
9. Tedavi-bakım işlemleri sırasında uygun olan rahat pozisyonu almama izin verilmedi.	10	1	-	-	1.0
10. Vajinal muayene sırasında bacaklarım kabaca açıldı.	8	3	-	-	1.0
11. Bazı işlemler deneyimsiz kişiler tarafından yapıldığı için işlemler tekrar tekrar yapıldı.(kan alma, NST bağlama vb.)	8	3	-	-	1.0
12. NST uygulamasında kemer çok sıkı bağlandı ve canım acıdı.	11	-	-	-	1.0
13. Vajinal muayene yapılma nedeni açıklanmadı.	11	-	-	-	1.0
14. Vajinal muayene için rızam / onayım alınmadı.	11	-	-	-	1.0
15. İznim olmadan kişisel bilgilerim (isim, soyisim, doğum yeri ve tarihi, telefon numarası, özgeçmiş vb.) paylaşıldı.	10	1	-	-	1.0
16. İznim olmadan, geçmişte yaşadığım hastalıklar, ameliyatlar gibi durumlarım diğer kişilerle paylaşıldı.	11	-	-	-	1.0
17. İşlemlerden önce bilgilendirilmedim.	11	-	-	-	1.0
18. İşlemlerden önce onayım alınmadı.	11	-	-	-	1.0
19. Muayene sırasında odanın kapısı kapatılmadı.	11	-	-	-	1.0
20. Bakım-tedavi işlemleri sırasında odanın kapısı kapatılmadı.	11	-	-	-	1.0
21. Muayene sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.	11	-	-	-	1.0
22. Bakım-tedavi sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.	11	-	-	-	1.0
23. Vajinal muayeneyi farklı kişiler tekrar tekrar yaptı.*	7	1	2	1	0.7
24. Yapılan uygulamalar kalabalık ortamlarda yapıldı.*	7	1	3	-	0.7
25. Yaşım, gereksiz yere başkalarıyla paylaşıldı.*	5	2	3	1	0.6
26. Medeni durumum gereksiz yere başkalarıyla paylaşıldı.*	5	2	3	1	0.6
27. Saygısızca davranıldı.	11	-	-	-	1.0
28. Sağlık sorunum nedeniyle suçlandım.	11	-	-	-	1.0
29. Sağlık personeli sesini yükselterek bana bağırdı.	11	-	-	-	1.0

Tablo 3.1. (Devamı)

Maddeler	4	3	2	1	KGİ Skoru
30. Muayene sırasında azarlandım.	11	-	-	-	1.0
31. Bakım-tedavi işlemleri sırasında azarlandım.	11	-	-	-	1.0
32. Sağlık personeli kendini tanıtmadı.	11	-	-	-	1.0
33. Muayene sırasında aşağılandım.*	7	1	3	-	0.7
34. Bakım-tedavi işlemleri sırasında aşağılandım.*	7	1	2	1	0.7
35. Muayene sırasında alay edildim.	9	1	-	1	0.9
36. Bakım-tedavi işlemleri sırasında alay edildim.	9	1	-	1	0.9
37. Anlamadığım bir dilde konuşuldu.	9	1	-	1	0.9
38. Kültürel inançlarıma saygı duyulmadı.	11	-	-	-	1.0
39. Dini inançlarıma saygı duyulmadı.	11	-	-	-	1.0
40. Yanımda eşimin olmasına izin verilmedi.	11	-	-	-	1.0
41. Yanımda refakatçimin olmasına izin verilmedi.	11	-	-	-	1.0
42. Bazı yapılacak işlemleri reddettiğimde bebeğe zarar geleceği söylenerek psikolojik baskı yapıldı	11	-	-	-	1.0
43. Etnik kökenim nedeniyle ayrımcılık yapıldı.	11	-	-	-	1.0
44. Sosyo-ekonomik durumum nedeniyle ayrımcılık yapıldı.	10	-	-	1	0.9
45. Ebelik-hemşirelik bakımında öncelik vermek, işlemlerin daha hızlı yapılmasını sağlamak için ücret istendi.*	5	2	3	1	0.6
46. Tedavide öncelik vermek, işlemlerin daha hızlı yapılmasını sağlamak için ücret istendi.	10	1	-	-	1.0
47. Resmi olmayan ödeme talep edildi.	11	-	-	-	1.0
48. Hastalığım veya tedavim ile ilgili verilen bilgiler anlayacağım düzeyde değildi.	10	1	-	-	1.0
49. Tedavim geciktirildi.	11	-	-	-	1.0
50. Bakımım geciktirildi.	11	-	-	-	1.0
51. Gerekli tedavi hizmetlerini yeterince alamadım.	11	-	-	-	1.0
52. Gerekli bakım hizmetlerini yeterince alamadım.	11	-	-	-	1.0
53. Yalnız bırakıldım.	11	-	-	-	1.0
54. İhtiyacım olduğunda geç gelindi.	11	-	-	-	1.0
55. Bilmediğim konuları sormak için cesaretlendirilmedim.	11	-	-	-	1.0
56. İsteklerim görmezden gelindi.	11	-	-	-	1.0
57. İsteklerim ertelendi.	11	-	-	-	1.0
58. Endişelerim giderilmedi.	11	-	-	-	1.0
59. Sorduğum sorular görmezden gelindi.	11	-	-	-	1.0
60. Sorduğum sorular kibar bir şekilde cevaplanmadı.	11	-	-	-	1.0
61. Sorduğum sorular dürüst bir şekilde cevaplanmadı.	11	-	-	-	1.0
62. İhtiyacım olduğunda sağlık personelinin aramak için teşvik edilmedim.	11	-	-	-	1.0
63. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım için veya geciktirdiği için hastane odasında zorla tutuldum.	10	1	-	-	1.0
64. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım için veya geciktirdiği için hastane odasına kilitlendim.	10	1	-	-	1.0
65. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım için veya geciktirdiği için taburcu edilmedim.	10	1	-	-	1.0

*Çıkarılan maddeler.

3.6.3. Pilot Çalışma

Taslak ölçeğin pilot çalışması, örneklem grubuyla aynı özellikleri taşıyan 30 kişilik bir gruba Erzurum ilinde bulunan bir devlet hastanesinin ve bir üniversite hastanesinin yöneticilerinden sözlü izin alınarak 20.04.2023-15.05.2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Pilot uygulamaya katılan tüm bireylere, ölçeği yönergeye uygun doldurmaları, işaretsiz madde bırakmamaları, anlamadıkları ifadeler olursa bunların altlarını çizerek, testi tamamladıktan sonra araştırmacıya sormaları istenmiştir. Formları tamamlayan katılımcılara yönergedeki açıklamaların yeterliliği, soruların sayısı, sıralaması, maddelerin anlaşılabilirliği, derecelemede zorluk yaşama durumları, cevaplama zorlandıkları soru olup olmadığı, anketi doldururken yardıma ihtiyaç duyup duymadıkları sorulmuştur. Ayrıca test hakkındaki genel görüş ve önerileri alınmıştır. Pilot uygulama verileri örnekleme dahil edilmemiştir.

Pilot uygulama sonucunda; bireyler tarafından anlaşılmayan maddeler tekrar gözden geçirilerek, daha anlaşılır hale getirilmesi için aşağıda belirtilen düzeltmeler yapılmıştır:

- “Etnik kökenim nedeniyle ayrımcılık yapıldı.” ifadesi “Etnik kökenim (kürt, laz, çerkez vb.) nedeniyle ayrımcılık yapıldı” şeklinde düzeltilmiştir.
- “NST uygulamasında kemer çok sıkı bağlandı ve canım acıdı.” ifadesi NST uygulaması yapılmayan kadınların da cevaplayabilmesi için “Ultrason, vajinal muayene veya NST bağlama gibi işlemler kabaca yapıldığı için canım acıdı.” şeklinde düzeltilmiştir.
- “Yalnız bırakıldım” ifadesi, “Sağlık çalışanları tarafından yalnız bırakıldım” şeklinde düzenlenmiştir.

Pilot uygulama sonucunda yeniden düzenlenen Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği’nin madde sayısında değişiklik olmayıp toplam 54 madde yer almıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler. SPSS for Windows 22 paket programı ve LISREL 8.80 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde; sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra Tablo 3.2’de yer alan istatistiksel testler kullanılmıştır (Büyüköztürk, 2014).

Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

GEÇERLİK ANALİZİ		
		İstatistiksel Test
Yorumsal Geçerlik	Kapsam (içerik) Geçerliği	Uzman Yorumu (Davis Tekniği)
		Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplaması
Yapı Geçerliği	Faktör Analizi	Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı
		Barlett’s Küresellik Testi
		Açıklayıcı Faktör Analizi
		Scree Plot Grafiği
		Anti-Image Korelasyonları
		Doğrulayıcı Faktör Analizi
GÜVENİRLİK ANALİZİ		
		İstatistiksel Test
İç Tutarlılık	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	Cronbach Alfa Katsayısı
	Madde Toplam İstatistikleri	Madde silinirse ölçüm (ortalama,varyans,Cronbach Alfa) Madde toplam korelasyonu
	Alt üst %27’lik dilim karşılaştırması	Bağımlı gruplarda t testi
	Testi Yarılama Yöntemi (Split-Half Method)	İki yarı arasındaki korelasyon Spearman Brown katsayısı Guttman Split Half katsayısı

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan onay (tarih: 27/10/2022, sayı/karar no:8/15) alınmıştır (EK-2). Online anket linkinde çalışma hakkında gerekli açıklamaya yer verilmiştir. Katılımcının bu açıklamayı

okuduğuna ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair online ankette yer alan ifadeyi işaretlemesi istenmiştir. Bu şekilde katılımcıların araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Deklerasyonu Prensiplerine uyulmuştur.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırma verilerinin yüzyüze toplanması için yazılı kurum izni alınamamış bu nedenle veriler online olarak toplanmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen veriler çalışmaya katılan gebelerin bireysel beyanları ile sınırlıdır. Verilerin online toplanması; katılımcıların ankette yer alan soruları cevaplarken araştırmacıdan veya hizmet aldığı sağlık çalışanlarından utanma, çekinme gibi engellerini ortadan kaldırmıştır. Veriler toplanırken katılımcılardan iletişim bilgisi alınmamıştır, dolayısı ile katılımcılara tekrar ulaşılamadığı için Test tekrar test yapılamamış ve ölçeğin zaman göre değişmezliği belirlenememiştir.

4. BULGULAR

Gebelere ait demografik özelliklerin dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur. Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, gebelerin %57.6’sının yaşı 25-34 arasındadır ve yaş ortalaması 27.65 ± 5.33 ’dür. Gebelerin %35.3’ü, eşlerinin %37.9’u üniversite veya lisansüstü mezundur. Gebelerin %61.2’si il merkezinde yaşamakta olup %49.4’ünün geliri giderinden düşüktür. Gebelerin %79.3’ü çekirdek ailede yaşamaktadır ve %64.9’unun evlilik süresi 1-5 yıl arasındadır.

Tablo 4.1. Gebelerin demografik özellikleri

Demografik Özellikler		n	%
Yaş (ort. 27.65 ± 5.33) (min:18, max:43)	24 yaş ve altı	128	30.2
	25-34 yaş arası	245	57.6
	35 yaş ve üstü	52	12.2
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	80	18.8
	Ortaokul mezunu	108	25.4
	Lise mezunu	87	20.5
	Üniversite veya lisansüstü mezunu	150	35.3
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	97	22.8
	Çalışmıyorum	328	77.2
Eş Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	45	10.6
	Ortaokul mezunu	81	19.1
	Lise mezunu	138	32.4
	Üniversite veya lisansüstü mezunu	161	37.9
Eş Mesleği	İşçi	79	18.6
	Memur	95	22.3
	Serbest meslek	42	9.9
	Çiftçi	26	6.1
	Diğer	183	43.1
Yaşanılan Yer	İl	260	61.2
	İlçe	96	22.6
	Köy	69	16.2
Ekonomik Durum	Gelir giderden düşük	210	49.4
	Gelir gidere denk	181	42.6
	Gelir giderden yüksek	34	8.0
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	337	79.3
	Geniş Aile	88	20.7
Evlilik Süresi	1-5 yıl	276	64.9
	6-10 yıl	88	20.7
	11 yıl ve üzeri	61	14.4

Gebelere ait obstetrik özelliklerin dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur. Tablo 4.2’de görüldüğü gibi, gebelerin gebelik haftası ortalaması 26.63 ± 10.46 haftadır ve hastaneye yatma süresi ortalama 3.93 ± 2.62 gündür. Gebelerin %47.3’ünün ilk gebeliği olup %52.9’unun henüz yaşayan çocuğu yoktur. Kadınların %76.7’si gebeliği istemektedir ve %64’ü 3. trimesterdedir. Gebelerin %40.7’sinin hastaneye yatma nedeni ağrı ya da kanamayla kendini gösteren erken doğum riskidir. Kadınların %35.5’i bu gebelikte 9 ve daha fazla sayıda doğum öncesi kontrole gitmiştir ve %69.9’u devlet hastanesine doğum öncesi kontroller için başvurmuştur. Gebelerin %74.8’i riskli durum nedeniyle şehir hastanesinde yatmıştır. Gebelerin %18.6’sı son doğumunda epizyotomi açılarak vajinal doğum yapmıştır ve gebelerin %94.6’sı hekimlerden, %93.2’si ebe/hemşirelerden hastanede kaldığı süreçte aldığı hizmetten memnundur.

Gebelerin %93.9’u hastanede yattıkları süreçte sağlık çalışanları tarafından şiddete maruz kalmadıklarını bildirmiştir. Şiddete maruz kaldığını belirten 24 kadının ise %12.5’i doktorlardan, %37.5’i hemşirelerden, %25’i ebelerden ve %58.3’ü diğer çalışanlardan şiddet gördüklerini bildirmişlerdir.

Tablo 4.2. Gebelerin obstetrik özellikleri

Obstetrik Özellikler		Min.	Max.	Ort.	SS.
Gebelik haftası		5.0	40.0	26.63	10.46
Hastanede yatma süresi		3.0	30.0	3.93	2.62
				n	%
Gebelik Sayısı	İlk gebelik			201	47.3
	2. gebelik			82	19.3
	3. gebelik			57	13.4
	4. ve üzeri gebelik			85	20.0
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok			225	52.9
	1			88	20.7
	2			62	14.6
	3			34	8.0
	4 ve üstü			16	3.8
Gebeliğin İstenme Durumu	Evet			326	76.7
	Hayır			99	23.3
Trimester	1-13 hafta (1.trimestir)			78	18.4
	14-26 hafta (2.trimestir)			75	17.6
	27-42 hafta (3.trimestir)			272	64.0

Tablo 4.2. (Devamı)

		Ort.	SS.
Hastanede Yatma Sebebi	Erken Doğum Riski	173	40.7
	Düşük Riski	86	20.2
	Gebelik Toksemisi	28	6.6
	Gestasyonel Diyabet	7	1.6
	Plasentanın Yerleşim Yeri Anormalliği	7	1.6
	Oligohidroamniyos/Polihidroamniyos	17	4.1
	Fetal Hareketlerde Artma/Azalma	19	4.5
	Erken Membran Ruptürü	5	1.2
	Diğer	83	19.5
Bu Gebelikte Doğum Öncesi Kontrole Gitme Sıklığı	1-2 kez	50	11.8
	3-4 kez	67	15.8
	5-6 kez	80	18.8
	7-8 kez	77	18.1
	9 kez ve üzeri	151	35.5
Doğum Öncesi Kontroller İçin Başvurulan Sağlık Kuruluşu	Aile Sağlığı Merkezi	18	4.2
	Devlet hastanesi	297	69.9
	Üniversite hastanesi	32	7.5
	Özel hastane	78	18.4
Gebelikte Riskli Durum Nedeniyle Yatılan Hastane Türü	İlçe devlet hastanesi	8	1.9
	Üniversite hastanesi	70	16.5
	Şehir hastanesi	318	74.8
	İl devlet hastanesi	6	1.4
	Özel hastane	23	5.4
Son Doğum Şekli	İlk gebelik	202	47.5
	Epizyotomili vajinal doğum	79	18.6
	Epizyotomisiz vajinal doğum	22	5.2
	Sezaryen	75	17.6
	Düşük	47	11.1
Hastanede Yatıldığında Hekimlerden Alınan Hizmetten Memnuniyet	Evet	402	94.6
	Hayır	23	5.4
Hastanede Yatıldığında Ebelerden /Hemşirelerden Alınan Hizmetten Memnuniyet	Evet	396	93.2
	Hayır	29	6.8
Yatarak Hizmet Alınan Bu Sağlık Kurumunu Başkalarına Tavsiye Etme Düşüncesi	Evet	386	90.8
	Hayır	39	9.2
Doğum İçin Aynı Hastaneyi/Sağlık Merkezini Tercih Etme Düşüncesi	Evet	372	87.5
	Hayır	53	12.5
Hastanede Yatılan Süreçte Sağlık Çalışanları Tarafından Şiddete Maruz Kalma	Evet	24	6.1
	Hayır	401	93.9
Doktor tarafından şiddete maruz kalma *	Evet	3	12.5
	Hayır	21	87.5
Hemşire tarafından şiddete maruz kalma *	Evet	9	37.5
	Hayır	15	62.5
Ebe tarafından şiddete maruz kalma *	Evet	6	25.0
	Hayır	18	75.0
Diğer çalışanlar tarafından şiddete maruz kalma *	Evet	14	58.3
	Hayır	10	41.7

*Şiddete maruz kaldığını bildirenler üzerinden analiz yapılmıştır.

4.1. Yapı Geçerliğine Yönelik Bulgular

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin yapı geçerliliğini belirlemek üzere kapsam geçerliği ve pilot uygulama sonrasında faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi öncesinde yeterli örneklem büyüklüğünün sağlanması gerekmektedir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini anlamak amacıyla Kaiser Meyer Olkin (KMO) analizi ve değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığını test edebilmek için de Bartlett's testi yapılmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçek maddelerine ait KMO ve Bartlett's testi değerleri (54 maddelik form)

KMO	0.913
Bartlett's Test	$\chi^2=16565.272$, $p=0.000$

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, ölçeğin KMO değeri 0.913 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için verilerin uygunluğunu, örneklem hacminin yeterliliğini göstermektedir. Benzer şekilde Bartlett's testi sonuçları da ($\chi^2=16565.272$, $p=0.000$) verilerin birbiri ile ilişkili ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Yukarıdaki bulgular doğrultusunda 54 maddeden oluşan Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler analizi uygulanmış ve analiz bulguları Tablo 4.4'te sunulmuştur. Bu analizde özdeğeri 1'den büyük olan 10 faktör bulunmuştur. Bu faktörler toplam varyansın %67.74'ünü açıklamaktadır ancak oluşan bu 10 faktörlü yapı yorumlanması zor olan çok sayıda değişkenden oluşmaktadır. Bu nedenle kuramsal yapıya uygun anlamlı faktörlere ulaşmak üzere faktör sayısının sınırlandırılmasına karar verilmiştir.

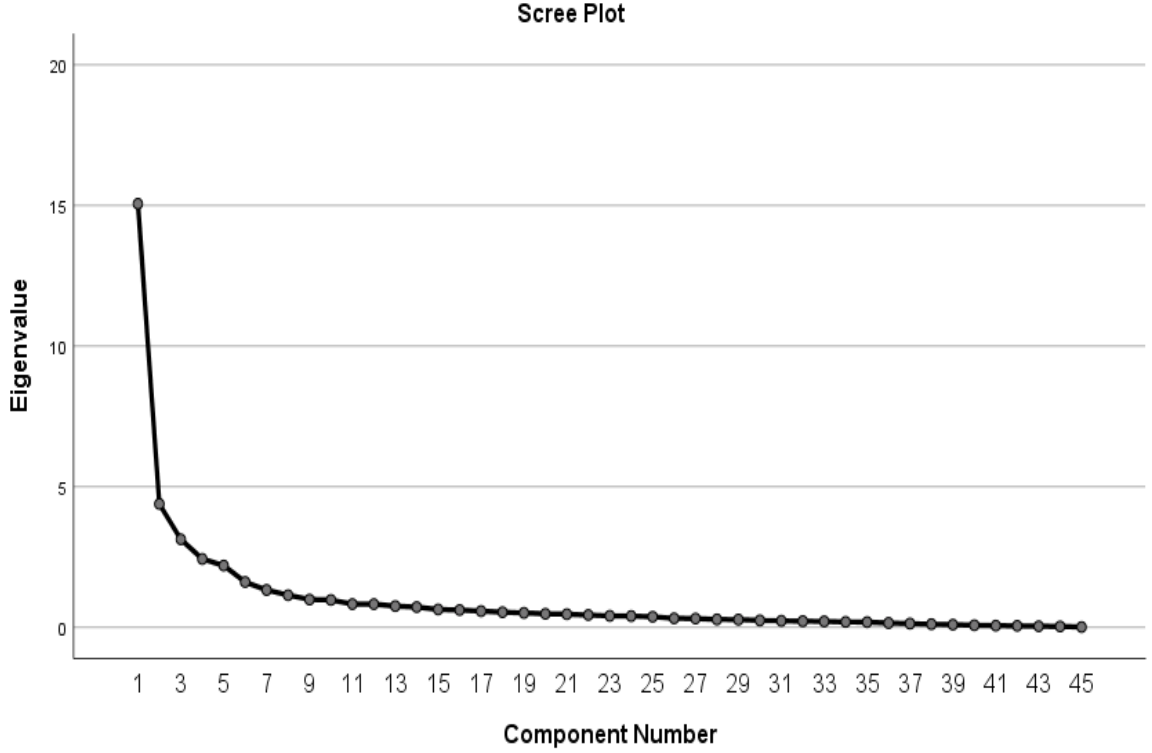
Tablo 4.4. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine yönelik faktör analizi bulguları

Maddeler	Alt Boyutlar									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Madde 1	.343	-.088	.171	.258	.173	.010	-.014	.184	.221	.146
Madde 2	.239	.159	.684	.065	-.022	.033	-.024	-.023	-.047	.173
Madde 3	.189	.170	.663	.059	-.048	.021	-.007	.081	.097	-.043
Madde 4	.165	.148	.671	.099	.233	.118	.089	.121	.115	.220
Madde 5	.193	.209	.736	-.069	.250	-.127	.066	.025	.003	.078
Madde 6	.246	.181	.106	.067	-.132	.204	-.018	.127	-.066	.552
Madde 7	.347	.247	.262	-.023	.019	-.055	.047	.057	.072	.478
Madde 8	.006	.105	.088	.043	.054	.032	.906	.035	.080	.049
Madde 9	.017	.053	-.007	.000	-.019	.005	.900	.002	.147	.015
Madde 10	.366	-.078	.121	.117	.129	.330	.036	.278	-.063	-.045
Madde 11	.742	.112	.199	.067	.005	.387	-.021	.177	.020	.093
Madde 12	.180	.144	.053	.044	.066	-.096	.077	.763	-.021	.077
Madde 13	.349	.143	.109	.076	.036	.096	-.003	.691	.088	.029
Madde 14	.016	.035	-.021	.020	.103	.303	-.090	.414	.514	.113
Madde 15	.055	.131	-.005	-.026	.035	.042	.081	.071	.799	.024
Madde 16	.432	.167	.452	.120	-.096	.250	.075	.069	-.001	.036
Madde 17	.011	.107	.121	-.025	-.031	-.027	.191	-.138	.754	-.036
Madde 18	.207	.495	.319	.149	.560	-.046	.021	.125	.074	.034
Madde 19	.684	.202	.225	-.022	.325	.304	.007	.035	.018	.114
Madde 20	.519	.298	.283	.001	.511	.261	.002	.052	-.004	.072
Madde 21	.410	.380	.025	.178	.545	.152	-.009	.072	-.031	.072
Madde 22	.611	.191	.231	.104	.454	.257	.029	.155	.048	.228
Madde 23	.463	.341	-.003	.339	.493	.006	.025	.130	.050	.207
Madde 24	.754	.076	.060	.289	.188	-.045	.007	.179	.063	.246
Madde 25	.838	.073	.102	.182	.141	.149	.010	.202	.041	.177
Madde 26	.714	.153	.002	.057	.010	-.136	.021	.044	.056	.157
Madde 27	.690	.150	.119	.159	.106	-.007	.006	.235	.034	.167
Madde 28	.054	.067	.104	.054	.209	.013	.055	.015	.048	.752
Madde 29	.432	.289	.210	-.114	-.166	.107	-.120	.273	-.087	.179
Madde 30	.840	.071	.114	.150	.121	-.057	-.020	-.001	-.012	-.049

Tablo 4.4. (Devamı)

Maddeler	Alt Boyutlar									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Madde 31	.722	.090	.251	.066	-.018	.101	.070	-.054	-.033	-.136
Madde 32	.329	.182	.032	-.040	-.001	.572	-.016	-.044	.124	.224
Madde 33	.230	.425	.032	.756	-.051	.064	.038	.010	-.048	-.095
Madde 34	.382	.370	.076	.735	.024	.169	.015	.079	-.021	.006
Madde 35	.214	.381	.061	.779	.127	-.009	.031	-.014	-.015	.077
Madde 36	.182	.405	.082	.664	.188	.040	.020	.134	.019	.168
Madde 37	.017	.597	-.046	.238	.069	.482	.051	.143	.069	.065
Madde 38	.140	.724	-.043	.279	-.065	.166	.016	-.013	.120	-.038
Madde 39	.135	.692	.222	.072	.017	.063	-.003	.073	.041	.019
Madde 40	.028	.861	.081	.199	.062	.017	.066	.088	.031	.111
Madde 41	.170	.874	.099	.122	-.005	.075	.039	.028	.027	.063
Madde 42	.188	.766	.164	.112	.075	.163	.038	.023	.047	.047
Madde 43	-.071	.794	.158	.201	.157	.109	.054	.094	.058	.104
Madde 44	.202	.715	.228	-.008	.296	-.046	.044	.025	.058	.098
Madde 45	.218	.630	.113	.131	.196	-.106	-.004	.009	.030	.150
Madde 46	-.035	.392	.075	.151	-.144	-.110	.274	.145	.300	-.004
Madde 47	.395	.182	.013	.123	.107	.545	.033	-.051	.022	-.064
Madde 48	.892	.083	.149	.116	.025	.264	-.012	.110	.008	.068
Madde 49	.893	.125	.159	.096	.036	.146	-.019	.026	.014	-.002
Madde 50	.214	.381	.061	.779	.127	-.009	.031	-.014	-.015	.077
Madde 51	.230	.425	.032	.756	-.051	.064	.038	.010	-.048	-.095
Madde 52	.410	.380	.025	.178	.545	.152	-.009	.072	-.031	.072
Madde 53	.011	.107	.121	-.025	-.031	-.027	.191	-.138	.754	-.036
Madde 54	.006	.105	.088	.043	.054	.032	.906	.035	.080	.049
Açıklanan Varyans	32.742	9.943	4.981	4.109	3.339	3.178	2.647	2.413	2.254	2.129
Açıklanan Toplam Varyans	67.735									

Şekil 4.1’de görüldüğü üzere 7. faktörden sonra eğim önemli derecede kaybolmakta ve faktörler üst üste binmeye başlamaktadır (Şekil 4.1). Bu nedenle kuramsal yapısına uygun olarak faktör sayısının 7 faktörle sınırlandırılmasına ve faktör analizinin tekrarlanmasına karar verilmiştir.



Şekil 4.1. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği scree plot grafiği

Yukarıdaki bulgular doğrultusunda 54 maddeden oluşan Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler analizi uygulanmış ve analiz bulguları Tablo 4.5’te sunulmuştur. Bu analizde ölçek kuramsal yapıya uygun olarak 7 alt boyut altında incelenmiştir.

Tablo 4.5. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine yönelik faktör analizi bulguları (7 faktörlü yapı)*

Maddeler	Alt Boyutlar						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Fiziksel şiddete (tokat, çimdik, bacağı vurma vb.) maruz kaldım.	0.395	-0.021	0.045	0.371	0.046	0.153	0.127
2. Rahatsız eden bazı işlemler (vajinal muayene, suni sancı, NST vb.) gereksiz yere çok sayıda uygulandı.	0.260	0.157	0.653	0.092	0.002	-0.036	0.011
3. Ağrılı işlemler, ağrı kesici uygulanmadan yapıldı.	0.207	0.154	0.605	0.009	0.045	0.091	0.017
4. Sağlık çalışanı tarafından vajinal muayene sırasında rahat bir pozisyon almama izin verilmedi.	0.266	0.161	0.554	0.334	0.149	0.091	-0.018
5. Sağlık çalışanı tarafından vajinal muayene sırasında bacaklarım kaba hareketlerle açıldı.	0.186	0.128	0.714	0.298	0.101	-0.073	-0.015
6. Bazı işlemler deneyimsiz kişiler tarafından yapıldığı için aynı işlemler tekrar tekrar yapıldı. (kan alma, damar yolu açma, EKG çekme, NST bağlama vb.)**	0.390	0.189	0.190	0.098	-0.088	0.282	-0.010
7. Ultrason, vajinal muayene veya NST bağlama gibi işlemler kabaca yapıldığı için canım acıdı.	0.367	0.167	0.269	0.218	0.313	0.203	-0.004
8. Ultrason, vajinal muayene gibi yapılan bazı işlemlerin yapılma nedeni uygulama öncesi bana açıklanmadı.	0.029	0.059	0.093	0.081	0.771	-0.048	0.073
9. Ultrason, vajinal muayene gibi bazı işlemlerin yapılması için rızam/ iznim alınmadı.	0.017	-0.013	0.016	0.013	0.810	-0.051	0.059
10. İzin olmadan kişisel bilgilerim (isim, soy isim, doğum yeri ve tarihi, telefon numarası, medeni durum, özgeçmiş vb.) yabancı kişilerle paylaşıldı.	-0.008	0.009	0.005	0.048	0.495	0.152	-0.032
11. İzin olmadan, geçmişte yaşadığım hastalıklar, ameliyatlara gibi durumlarım yabancı kişilerle paylaşıldı.	-0.022	0.158	0.174	-0.004	0.823	0.174	-0.129
12. Muayene sırasında odanın kapısı kapatılmadı.	0.201	0.066	0.120	0.159	-0.026	0.586	0.233
13. Bakım-tedavi işlemleri sırasında odanın kapısı kapatılmadı.	0.401	0.115	0.134	0.080	0.001	0.590	0.122
14. Muayene sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.	0.127	0.072	-0.126	0.181	0.156	0.571	-0.200
15. Bakım-tedavi sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.	0.046	0.093	-0.060	0.116	0.457	0.390	-0.208
16. Farklı sağlık çalışanları tarafından iznim alınmadan vajinal muayene yapıldı.	0.084	0.200	0.420	-0.106	0.083	0.497	0.000
17. Vajinal muayene, NST bağlama gibi bazı uygulamalar diğer hasta ve hasta yakınlarının yanında yapıldı.	-0.013	0.062	0.045	0.026	0.154	0.570	-0.189
18. Sağlık çalışanı kendini tanıtmadı.***	0.052	0.181	-0.012	-0.006	0.595	0.042	0.029
19. Sağlık çalışanı bana saygısızca davrandı.***	0.028	0.447	0.256	0.522	0.040	0.106	-0.088
20. Sağlık çalışanı sesini yükselterek bana bağırdı.	0.575	0.502	0.284	0.222	0.081	0.019	0.020
21. Sağlık sorunu nedeniyle suçlandım.	0.744	0.221	0.209	0.248	0.022	0.003	-0.220
22. Muayene sırasında azarlandım.	0.599	0.325	0.229	0.387	0.017	-0.034	-0.215
23. Bakım- tedavi işlemleri sırasında azarlandım.	0.468	0.445	-0.004	0.453	-0.008	-0.023	-0.029
24. Muayene sırasında aşağılandım.	0.707	0.239	0.173	0.421	0.045	0.109	-0.104
25. Bakım-tedavi işlemleri sırasında aşağılandım.	0.508	0.409	-0.023	0.522	0.058	0.060	0.190
26. Muayene sırasında benimle alay edildi.	0.772	0.102	0.070	0.284	0.014	0.132	0.259

Tablo 4.5. (Devamı)

Maddeler	Alt Boyutlar						
	1	2	3	4	5	6	7
27. Bakım- tedavi işlemleri sırasında benimle alay edildi.	0.882	0.105	0.096	0.181	0.002	0.156	0.078
28. Hastalığım veya tedavim ile ilgili açıklama yapılırken anlamadığım tıbbi kelimeler kullanıldı.***	0.061	0.215	0.284	0.047	0.003	0.374	0.228
29. Kültürel inançlarıma saygı duyulmadı.	0.627	0.086	0.136	0.077	0.063	0.064	0.132
30. Dini inançlarıma saygı duyulmadı.	0.698	0.135	0.156	0.176	0.000	0.168	0.158
31. Yanımda eşimin olmasına izin verilmedi.***	0.141	0.409	0.032	-0.039	0.141	-0.082	-0.041
32. Yanımda refakatçimin olmasına izin verilmedi.	0.477	0.053	0.162	0.102	0.035	0.156	0.036
33. Bazı yapılacak işlemleri reddettiğimde bebeğe zarar geleceği söylenerek psikolojik baskı yapıldı.	0.401	0.209	0.356	-0.090	-0.138	0.308	-0.067
34. Etnik kökenim (kürt, laz, çerkez vb) nedeniyle ayrımcılık yapıldı.	0.063	0.068	0.147	0.149	0.003	-0.091	0.802
35. Sosyo-ekonomik durumum nedeniyle ayrımcılık yapıldı.	-0.112	0.090	0.249	0.010	0.069	-0.110	0.714
36. Bakım ve tedavi işlemlerinde öncelik vermek, işlemlerin daha hızlı yapılmasını sağlamak için ücret istendi.	0.002	0.255	-0.024	-0.398	0.041	0.130	0.449
37. Resmi olmayan ödeme talep edildi.***	0.711	0.047	0.113	0.253	-0.003	0.002	0.241
38. Tedavim kasıtlı olarak geciktirildi.	0.324	0.627	-0.084	-0.077	0.080	-0.041	0.508
39. Alacağım bakım hizmeti kasıtlı olarak geciktirildi.	0.508	0.585	-0.064	0.025	0.040	0.036	0.429
40. Gerekli tedavi hizmetlerini yeterince alamadım.	0.308	0.588	-0.061	0.134	0.078	-0.030	0.530
41. Gerekli bakım hizmetlerini yeterince alamadım.	0.290	0.577	-0.025	0.237	0.053	0.125	0.426
42. Hastanede yattığım süre boyunca sağlık çalışanları tarafından yalnız bırakıldım.	0.160	0.717	-0.125	0.038	0.073	0.217	-0.161
43. Sağlık çalışanlarına ihtiyacım olduğunda çağırdığımda geç gelindi.	0.163	0.776	-0.022	-0.079	0.117	0.073	0.025
44. Bilmediğim konuları sormak için cesaretlendirilmedim.	0.115	0.657	0.301	0.046	0.054	0.109	-0.035
45. İsteklerim/ taleplerim görmezden gelindi.	0.021	0.838	0.177	0.128	0.107	0.114	0.084
46. İsteklerim/ taleplerim ertelendi.	0.146	0.835	0.216	0.030	0.089	0.076	-0.011
47. Endişelerim giderilmedi.	0.206	0.755	0.218	0.069	0.108	0.054	-0.074
48. Sorduğum sorular görmezden gelindi.	-0.024	0.808	0.172	0.191	0.096	0.123	0.004
49. Sorduğum sorular kibar bir şekilde cevaplanmadı.	0.162	0.636	0.332	0.290	0.109	0.025	-0.065
50. Sorduğum sorular dürüst bir şekilde cevaplanmadı.	0.172	0.588	0.222	0.246	0.041	0.023	0.087
51. İhtiyacım olduğunda sağlık çalışanını aramak için teşvik edilmedim.***	-0.063	0.342	0.121	-0.069	0.408	0.224	0.153
52. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım veya geciktirdiği için hastane odasında zorla tutuldum.***	0.544	0.314	-0.122	-0.050	0.059	-0.042	-0.261
53. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım veya geciktirdiği için hastane odasına kilitlendim.***	0.934	0.121	0.144	0.004	-0.014	0.087	-0.033
54. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım veya geciktirdiği için taburcu edilmedim.***	0.892	0.130	0.187	-0.002	0.008	-0.007	0.012
Açıklanan Varyans (%)	20.137	15.081	5.994	5.079	4.975	3.777	3.419
Toplam Açıklanan Varyans (%)	58.462						

* Varimax döndürme uygulanmıştır. ** Taşınanlar, *** Çıkarılanlar

Tablo 4.5’te görüldüğü gibi, ölçek maddeleri 7 alt boyutlu olarak incelendiğinde 1.,2.,3.,4.,5.,6. ve 7. maddeler normalde “fiziksel istismar alt boyutunu oluşturmaları gerekirken, 1. maddenin çift faktör yüklendiği, 6. maddenin ise onursuz bakım alt boyutuna kaydığı görülmüştür. Bu durumda 1. maddenin korunmasına, 6. maddenin de taşınmasına karar verilmiştir.

Kavramsal düşüncede 8.-11. maddelerin “Rızasız Bakım” alt boyutunda olması düşünülmekteydi ve uygun şekilde dağıldığı için maddeler olduğu şekli ile korunmuştur.

Kavramsal düşüncede 12.-17. maddelerin “mahremiyetin gözetilmediği bakım” alt boyutunda olması düşünülmekteydi ve uygun şekilde dağıldığı için maddeler olduğu şekli ile korunmuştur.

Kavramsal düşüncede 18.-33. maddelerin “onursuz bakım” alt boyutunda olması düşünülmekteydi, fakat 18., 19., 28. ve 31. maddeler farklı alt boyutlara kaydığı için çıkarılmasına karar verilmiştir. 23. ve 25. maddelerin binişiklik gösterdiği görülmüş ancak maddelerin kuramsal olarak gerekliliği nedeniyle yeni modelde gözlemlenmesi için yerinde bırakılmıştır.

Kavramsal düşüncede 34.-37. maddelerin “ayrımcı bakım” alt boyutunda olması düşünülmekteydi, fakat 37. madde farklı alt boyutlara kaydığı için çıkarılmasına karar verilmiştir.

Kavramsal düşüncede 38.-51. maddelerin “ihmal edilmiş bakım” alt boyutunda olması düşünülmekteydi, fakat 51. madde farklı alt boyutlara kaydığı için çıkarılmasına karar verilmiştir.

Kavramsal düşüncede 52.-54. maddelerin “sağlık merkezinde alıkonulma” alt boyutunda olması düşünülmekteydi, fakat maddelerin tümü farklı alt boyutlara kaydığı için çıkarılmalarına karar verilmiştir.

Sonuç olarak bu aşamada 1 maddenin yerinin değiştirilmesine ve 9 maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Maddelerdeki değişiklik sonrası Açıklayıcı Faktör Analizi tekrar yapılmıştır. Ölçekten 9 maddenin çıkması sonucu ölçek madde sayısının değişmesi nedeniyle Açıklayıcı faktör analizi öncesi KMO ve Bartlett testleri yeniden uygulanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçek maddelerine ait KMO ve Bartlett's testi değerleri (45 maddelik form)

KMO	0.912
Bartlett's testi	$\chi^2=17830.251$, $p=0.000$

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi, ölçeğin KMO değeri 0.912 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğunu, örneklem hacminin yeterliliğini göstermektedir. Benzer şekilde Bartlett testi sonuçları da ($\chi^2=17830.251$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Ayrıca çalışma verilerinin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için ölçek maddelerinin anti-imağ korelasyonlarına da bakılmıştır (Tablo 4.7). Ölçeğin anti-image analizinde herbir maddesinin 0.50'in üzerinde değer aldığı ve örneklem hacminin yeterli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçek maddelerine ait anti-image Korelasyonları^a

	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6	Item7	Item8	Item9	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	Item21	Item22	Item23
Item1	0.877																						
Item2	-0.193	0.941																					
Item3	-0.017	-0.098	0.949																				
Item4	-0.169	-0.039	-0.088	0.931																			
Item5	-0.439	-0.206	-0.108	-0.223	0.879																		
Item6	-0.048	-0.107	-0.035	-0.023	-0.233	0.942																	
Item7	0.111	-0.040	-0.002	-0.037	-0.046	-0.055	0.706																
Item8	-0.093	0.019	-0.006	0.023	0.029	0.062	-0.733	0.709															
Item9	-0.009	0.025	0.028	-0.011	-0.018	-0.007	-0.147	0.030	0.699														
Item10	-0.006	0.017	-0.012	-0.02	0.016	-0.038	0.131	-0.105	-0.937	0.709													
Item11	-0.043	0.009	-0.047	0.043	0.036	-0.043	-0.073	0.015	-0.003	0.017	0.874												
Item12	0.044	0.001	0.077	-0.067	-0.003	0.050	0.018	0.045	-0.017	0.000	-0.449	0.895											
Item13	-0.077	0.029	-0.017	0.041	0.025	0.069	0.027	0.087	-0.049	-0.032	-0.188	-0.224	0.911										
Item14	0.139	-0.017	-0.056	0.014	-0.056	0.030	-6.560	-0.059	-0.062	0.055	-0.020	0.012	-0.202	0.836									
Item15	-0.095	-0.003	-0.098	-0.071	0.006	-0.046	-0.041	-0.012	-0.013	0.007	0.006	-0.239	-0.108	-0.030	0.951								
Item16	-0.074	0.025	-0.023	-0.074	0.038	-0.027	-0.026	-0.103	0.106	-0.127	-0.013	-0.156	-0.041	-0.327	-0.002	0.847							
Item17	0.061	-0.054	-0.017	-0.119	-0.011	-0.087	0.029	-0.002	0.012	0.035	-0.039	0.031	-0.083	-0.023	0.035	0.081	0.935						
Item18	-0.154	0.130	-0.003	-0.024	0.044	-0.030	-0.052	0.065	0.048	-0.072	0.028	-0.041	0.088	-0.121	0.085	0.023	-0.288	0.934					
Item19	0.088	-0.190	-0.066	0.113	-0.016	0.128	-0.030	0.010	-0.004	-0.009	0.031	0.055	-0.052	0.054	-0.107	0.014	-0.022	-0.320	0.921				
Item20	-0.002	0.013	0.032	0.012	-0.184	0.010	0.072	-0.025	-0.057	0.072	-0.001	0.046	-0.060	0.079	-0.018	-0.041	0.117	-0.177	-0.179	0.922			
Item21	0.060	-0.008	0.029	0.051	0.044	0.061	-8.100	-0.023	-0.007	0.016	-0.024	0.009	-0.007	-0.023	-0.035	0.025	-0.070	-0.144	0.068	-0.378	0.945		
Item22	4.945	-0.025	-0.008	-0.213	0.138	-0.157	-0.039	0.028	0.026	-0.03	0.001	-0.079	0.062	-0.055	0.015	-0.004	-0.038	0.098	-0.451	-0.373	-0.012	0.927	
Item23	-0.017	0.069	0.123	0.079	-0.077	0.027	0.022	-0.087	-0.005	0.037	-0.018	-0.032	-0.092	0.031	-0.018	0.038	-0.041	-0.168	0.112	0.103	-0.305	-0.236	0.949

a= Örneklem yeterliliği ölçütü

Tablo 4.7. (Devamı)

	Item24	Item25	Item26	Item27	Item28	Item29	Item30	Item31	Item32	Item33	Item34	Item35	Item36	Item37	Item38	Item39	Item40	Item41	Item42	Item43	Item44	Item45
Item24	0.925																					
Item25	-0.556	0.903																				
Item26	-0.042	-0.126	0.922																			
Item27	-0.100	-0.317	-0.239	0.919																		
Item28	-0.230	-0.112	0.021	0.031	0.933																	
Item29	0.086	-0.110	0.008	-0.079	-0.072	0.941																
Item30	0.020	-0.029	0.010	0.003	-0.021	0.027	0.872															
Item31	-0.018	-0.010	-0.018	0.037	0.042	0.026	-0.862	0.866														
Item32	0.038	0.010	0.009	-0.034	-0.050	-0.118	-0.232	-0.268	0.961													
Item33	-0.043	0.179	-0.143	0.150	-0.026	-0.017	-0.018	-0.018	0.059	0.891												
Item34	0.008	-0.310	0.200	-0.172	0.037	0.011	0.013	0.008	-0.041	-0.738	0.885											
Item35	-0.059	0.081	-0.097	0.139	0.010	0.089	0.002	0.003	-0.03	-0.024	-0.365	0.927										
Item36	-0.044	0.121	-0.069	-0.162	0.038	-0.067	0.000	-0.012	-0.009	-0.122	0.076	-0.470	0.929									
Item37	0.083	-0.048	0.100	0.118	-0.023	0.081	-0.009	0.016	-0.016	0.087	-0.206	0.199	-0.258	0.938								
Item38	-0.020	0.117	0.003	-0.185	0.074	-0.031	-0.017	-0.010	0.022	-0.128	0.087	-0.199	0.152	-0.327	0.942							
Item39	0.022	0.106	-0.116	-0.018	0.004	-0.059	-0.005	0.006	0.007	0.041	-0.074	0.006	-0.006	0.053	-0.146	0.970						
Item40	-0.094	0.089	0.077	-0.071	-0.040	0.050	4.747	0.018	0.012	0.041	-0.014	-0.037	-0.146	-0.084	0.023	-0.082	0.907					
Item41	0.108	-0.145	-0.012	0.074	0.031	-0.151	0.015	-0.026	-0.004	-0.167	0.097	0.054	0.095	-0.007	-0.212	-0.004	-0.716	0.908				
Item42	0.011	-0.036	-0.043	0.017	-0.078	0.034	-0.007	0.001	0.012	0.093	-0.082	0.004	-0.006	-0.148	-0.047	-0.178	0.029	-0.237	0.962			
Item43	0.021	0.093	0.061	-0.025	0.010	0.077	0.005	0.004	-0.010	-0.010	0.016	0.004	-0.119	-0.080	0.009	0.007	-0.308	0.149	-0.270	0.953		
Item44	-0.044	-0.037	-0.060	0.070	0.031	-0.029	0.001	0.024	-0.048	0.011	-0.004	0.064	-0.048	0.037	-0.048	-0.106	0.057	-0.060	-0.091	-0.218	0.942	
Item45	-0.011	0.097	-0.091	-0.005	-0.005	-0.044	-0.013	0.009	0.017	0.043	-0.127	-0.092	0.090	-0.063	0.068	0.024	-0.065	-0.091	0.166	-0.144	-0.472	0.925

a= Örneklem yeterliliği ölçütü

Yukarıdaki bulgular doğrultusunda 45 maddeden oluşan Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler yöntemi uygulanmıştır. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine yönelik faktör analizi bulguları Tablo 4.8’de sunulmuştur. Bu analizde ölçek 6 alt boyut altında incelenmiştir.

Tablo 4.8. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine yönelik faktör analizi bulguları (6 faktörlü yapı)

Maddeler	Alt Boyutlar					
	1	2	3	4	5	6
1. Fiziksel şiddete (tokat, çimdik, bacağı vurma vb.) maruz kaldım.	0.063	0.065	0.799	0.069	0.128	0.081
2. Rahatsız eden bazı işlemler (vajinal muayene, suni sancı, NST vb.) gereksiz yere çok sayıda uygulandı.	0.155	0.217	0.704	-0.013	0.079	-0.037
3. Ağrılı işlemler, ağrı kesici uygulanmadan yapıldı.	0.174	0.174	0.517	0.089	0.105	0.027
4. Sağlık çalışanı tarafından vajinal muayene sırasında rahat bir pozisyon almama izin verilmedi.	0.188	0.269	0.672	0.149	0.082	0.138
5. Sağlık çalışanı tarafından vajinal muayene sırasında bacaklarım kaba hareketlerle açıldı.	0.152	0.174	0.822	0.024	0.080	0.061
6. Ultrason, vajinal muayene veya NST bağlama gibi işlemler kabaca yapıldığı için canım acıdı.	0.185	0.255	0.636	0.035	0.047	0.128
7. Ultrason, vajinal muayene gibi yapılan bazı işlemlerin yapılma nedeni açıklanmadı.	0.080	0.044	0.095	0.015	0.067	0.767
8. Ultrason, vajinal muayene gibi bazı işlemlerin yapılması için rızam/ iznim alınmadı.	0.090	0.027	0.045	-0.003	0.016	0.821
9. İznim olmadan kişisel bilgilerim (isim, soyisim, doğum yeri ve tarihi, telefon numarası, medeni durum, özgeçmiş vb.) yabancı kişilerle paylaşıldı.	0.196	0.039	0.071	0.284	-0.022	0.741
10. İznim olmadan, geçmişte yaşadığım hastalıklar, ameliyatlar gibi durumlarım yabancı kişilerle paylaşıldı.	0.218	0.030	0.066	0.290	-0.023	0.733
11. Muayene sırasında odanın kapısı kapatılmadı.	0.130	0.161	0.014	0.710	0.015	-0.005
12. Bakım-tedavi işlemleri sırasında odanın kapısı kapatılmadı.	0.130	0.296	0.059	0.783	0.034	-0.008
13. Muayene sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.	0.050	0.231	0.020	0.755	0.029	0.054
14. Bakım-tedavi sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.	0.096	0.072	0.010	0.506	-0.017	0.238
15. Farklı sağlık çalışanları tarafından iznim alınmadan vajinal muayene yapıldı.	0.137	0.301	0.284	0.531	-0.021	0.096
16. Vajinal muayene, NST bağlama gibi bazı uygulamalar diğer hasta ve hasta yakınlarının yanında yapıldı.	0.035	-0.068	0.127	0.518	0.065	0.351

Tablo 4.8. (Devamı)

Maddeler	Alt Boyutlar					
	1	2	3	4	5	6
Bazı işlemler deneyimsiz kişiler tarafından						
17. yapıldığı için aynı işlemler tekrar tekrar yapıldı (kan alma, NST bağlama vb.)	0.242	0.432	0.188	0.070	0.158	-0.142
18. Sağlık çalışanı sesini yükselterek bana bağırdı.	0.388	0.605	0.283	0.108	0.146	-0.019
19. Sağlık sorunun nedeniyle suçlandım.	0.157	0.780	0.270	0.142	0.026	-0.010
20. Muayene sırasında azarlandım.	0.240	0.657	0.377	0.144	0.043	-0.050
21. Bakım- tedavi işlemleri sırasında azarlandım.	0.370	0.570	0.095	0.111	0.188	-0.047
22. Muayene sırasında aşağılandım.	0.187	0.791	0.289	0.193	0.106	0.019
23. Bakım-tedavi işlemleri sırasında aşağılandım.	0.380	0.612	0.070	0.130	0.264	0.035
24. Muayene sırasında benimle alay edildi.	0.144	0.829	0.066	0.102	0.134	0.068
25. Bakım- tedavi işlemleri sırasında benimle alay edildi.	0.105	0.877	0.102	0.148	0.180	0.039
26. Kültürel inançlarıma saygı duyulmadı.	0.092	0.671	0.037	0.064	0.068	0.119
27. Dini inançlarıma saygı duyulmadı.	0.161	0.758	0.109	0.104	0.041	0.036
28. Yanımda refakatçimin olmasına izin verilmedi.	0.015	0.585	0.117	0.066	0.046	0.093
29. Bazı yapılacak işlemleri reddettiğimde bebeğe zarar geleceği söylenerek psikolojik baskı yapıldı.	0.167	0.394	0.238	0.191	0.063	-0.184
30. Etnik kökenim (kürt, laz, çerkez vb) nedeniyle ayrımcılık yapıldı.	0.210	0.264	0.187	0.027	0.899	0.023
31. Sosyo-ekonomik durumum nedeniyle ayrımcılık yapıldı.	0.210	0.264	0.190	0.030	0.898	0.023
32. Bakım ve tedavi işlemlerinde öncelik vermek, işlemlerin daha hızlı yapılmasını sağlamak için ücret istendi.	0.210	0.258	0.179	0.025	0.894	0.014
33. Tedavim kasıtlı olarak geciktirildi.	0.776	0.154	-0.004	-0.027	0.274	0.119
34. Alacağım bakım hizmeti kasıtlı olarak geciktirildi.	0.735	0.345	0.035	-0.002	0.282	0.119
35. Gerekli tedavi hizmetlerini yeterince alamadım.	0.742	0.218	0.038	-0.009	0.302	0.147
36. Gerekli bakım hizmetlerini yeterince alamadım.	0.737	0.250	0.074	0.052	0.250	0.115
37. Hastanede yattığım süre boyunca sağlık çalışanları tarafından yalnız bırakıldım.	0.781	0.079	0.048	0.198	0.074	0.038
38. Sağlık çalışanlarına ihtiyacım olduğunda çağırdığımda geç gelindi.	0.774	0.068	0.057	0.173	0.096	0.090
39. Bilmediğim konuları sormak için cesaretlendirilmedim.	0.663	0.151	0.224	0.127	-0.009	-0.016
40. İsteklerim/ taleplerim görmezden gelindi.	0.891	0.094	0.106	0.079	-0.009	0.110
41. İsteklerim/ taleplerim ertelendi.	0.855	0.156	0.147	0.097	0.030	0.079
42. Endişelerim giderilmedi.	0.753	0.233	0.189	0.107	-0.004	0.051
43. Sorduğum sorular görmezden gelindi.	0.828	0.052	0.189	0.125	-0.038	0.074
44. Sorduğum sorular kibar bir şekilde cevaplanmadı.	0.707	0.225	0.336	0.039	0.012	0.041
45. Sorduğum sorular dürüst bir şekilde cevaplanmadı.	0.747	0.185	0.173	-0.010	0.036	0.049
Açıklanan Varyans (%)	19.71	15.74	8.88	6.76	6.74	6.18
Toplam Açıklanan Varyans (%)	64.014					

* Varimax döndürme uygulanmıştır. 3: Fiziksel İstismar, 6: Rızasız Bakım, 4: Mahremiyetin Gözetilmediği Bakım, 2: Onursuz Bakım, 5: Ayrımcı Bakım ve 1: İhmal Edilmiş Bakım.

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi, Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği kuramsal yapıya uygun olarak 6 faktörlü yapıya uygunluk göstermiştir. Faktör analizinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.30’un üzerinde olduğu belirlenmiştir. Açıklanan varyans Fiziksel İstismar alt boyutu için %19.71, Rızasız Bakım alt boyutu için %15.74, Mahremiyetin Gözetilmediği Bakım alt boyutu için %8.88, Onursuz Bakım alt boyutu için %6.76, Ayrımcı Bakım alt boyutu için %6.74 ve İhmal Edilmiş Bakım alt boyutu için %6.18’dir. Toplam Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği için %64.04’dür. Bu nedenle bu aşamada ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır ve 6 alt boyutlu yapı kabul edilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizi sonrasında daha kesin bulgular elde edebilmek için doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modellemesi kurulmuştur. Tablo 4.9’da Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine yönelik saptanan uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler sunulmuştur. Tablo 4.9’da görüldüğü gibi Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine ait modelin uyumunu incelemek için birçok indeksten yararlanılmıştır. Bunlardan; χ^2/SD değeri 4.72, GFI 0.90, AGFI 0.91, CFI 0.90, RMSEA 0.07 ve SRMR 0.08 olarak saptanmıştır. İlgili uyum indeks değerlerinin tümünün istenilen aralıkta olduğu saptanmıştır.

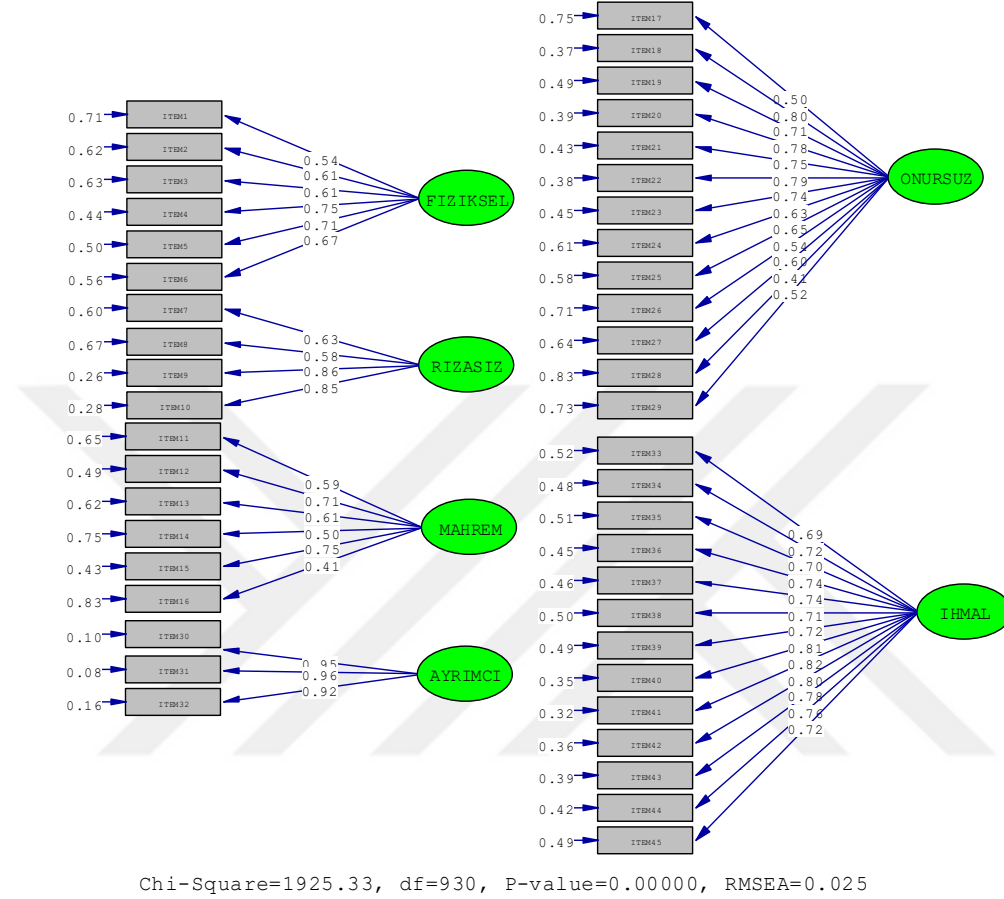
Tablo 4.9. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik şiddet ölçeğine yönelik saptanan uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler

Index	Normal değer	Kabul edilebilir değer	Saptanan değer
χ^2/SD	<2	<5	4.72
GFI	>0.95	>0.90	0.90
AGFI	>0.95	>0.90	0.91
CFI	>0.95	>0.90	0.90
RMSEA	<0.05	<0.08	0.07
SRMR	<0.05	<0.08	0.08

Şekil 4.2’de Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine yönelik faktör yükleri PATH diyagramı şeklinde sunulmuştur. Şekil 4.2’de görüldüğü gibi hiçbir

modifikasyon uygulanmadan model, orijinal yapısında olduğu şekli ile kabul edilmiştir.

Modele ait faktör yükleri 0.41 ile 0.96 arasında değişmektedir. Modele ait tüm maddelerin t değerleri 1.96'nın üzerindedir.



Şekil 4.2. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine ait PATH diyagramı

4.2. Güvenirliğe Yönelik Bulgular

Tablo 4.10'da Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine ait madde ortalamaları, madde toplam korelasyonları, madde silinirse Cronbach α katsayıları sunulmuştur. Tablo 4.10'da görüldüğü gibi ölçeğin tüm maddelerine yönelik madde toplam korelasyon değerleri pozitif değerlidir ve hiçbir maddenin silinmesi ölçek Cronbach α katsayısında önemli bir yükselmeye sebep olmamaktadır. Bu nedenle bu aşamada da ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır.

Tablo 4.10. Riskli Gebelerin Obstetrik Şiddet Ölçeğine ait madde toplam korelasyonları ve Cronbach's alfa kat sayıları

Maddeler	n	Ort.	SS.	Madde toplam korelasyonu	Madde silinirse α
1. Fiziksel şiddete (tokat, çimdik, bacağı vurma vb.) maruz kaldım.	425	1.09	0.49	0.388	0.930
2. Rahatsız eden bazı işlemler (vajinal muayene, suni sancı, NST vb.) gereksiz yere çok sayıda uygulandı.	425	1.24	0.71	0.417	0.929
3. Ağrılı işlemler, ağrı kesici uygulanmadan yapıldı.	425	1.18	0.59	0.406	0.930
4. Sağlık çalışanı tarafından vajinal muayene sırasında rahat bir pozisyon almama izin verilmedi.	425	1.24	0.70	0.553	0.928
5. Sağlık çalışanı tarafından vajinal muayene sırasında bacaklarım kaba hareketlerle açıldı.	425	1.12	0.51	0.477	0.929
6. Ultrason, vajinal muayene veya NST bağlama gibi işlemler kabaca yapıldığı için canım acıdı.	425	1.25	0.71	0.483	0.929
7. Ultrason, vajinal muayene gibi yapılan bazı işlemlerin yapılma nedeni açıklanmadı.	425	2.07	1.59	0.327	0.934
8. Ultrason, vajinal muayene gibi bazı işlemlerin yapılması için rızam/ iznim alınmadı.	425	2.17	1.65	0.303	0.935
9. İzin olmadan kişisel bilgilerim (isim, soy isim, doğum yeri ve tarihi, telefon numarası, medeni durum, özgeçmiş vb.) yabancı kişilerle paylaşıldı.	425	1.24	0.92	0.430	0.929
10. İzin olmadan, geçmişte yaşadığım hastalıklar, ameliyatlar gibi durumlarım yabancı kişilerle paylaşıldı.	425	1.24	0.92	0.438	0.929
11. Muayene sırasında odanın kapısı kapatılmadı.	425	1.24	0.80	0.358	0.930
12. Bakım-tedavi işlemleri sırasında odanın kapısı kapatılmadı.	425	1.21	0.73	0.459	0.929
13. Muayene sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.	425	1.21	0.76	0.369	0.930
14. Bakım-tedavi sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.	425	1.51	1.19	0.305	0.932
15. Farklı sağlık çalışanları tarafından iznim alınmadan vajinal muayene yapıldı.	425	1.17	0.71	0.487	0.929
16. Vajinal muayene, NST bağlama gibi bazı uygulamalar diğer hasta ve hasta yakınlarının yanında yapıldı.	425	1.74	1.35	0.288	0.933
17. Bazı işlemler deneyimsiz kişiler tarafından yapıldığı için aynı işlemler tekrar tekrar yapıldı (kan alma, NST bağlama vb.)	425	1.32	0.76	0.408	0.930
18. Sağlık çalışanı sesini yükselterek bana bağırdı.	425	1.14	0.57	0.659	0.928
19. Sağlık sorunum nedeniyle suçlandım.	425	1.08	0.43	0.568	0.929
20. Muayene sırasında azarlandım.	425	1.10	0.45	0.594	0.929
21. Bakım- tedavi işlemleri sırasında azarlandım.	425	1.12	0.52	0.564	0.929
22. Muayene sırasında aşağılandım.	425	1.08	0.41	0.640	0.929
23. Bakım-tedavi işlemleri sırasında aşağılandım	425	1.07	0.40	0.626	0.929
24. Muayene sırasında benimle alay edildi.	425	1.04	0.32	0.536	0.929
25. Bakım- tedavi işlemleri sırasında benimle alay edildi.	425	1.04	0.33	0.563	0.929
26. Kültürel inançlarıma saygı duyulmadı.	425	1.05	0.29	0.418	0.930
27. Dini inançlarıma saygı duyulmadı.	425	1.03	0.23	0.507	0.930
28. Yanımda refakatçimin olmasına izin verilmedi.	425	1.13	0.56	0.346	0.930
29. Bazı yapılacak işlemleri reddettiğimde bebeğe zarar geleceği söylenerek psikolojik baskı yapıldı.	425	1.14	0.55	0.366	0.930
30. Etnik kökenim (kürt, laz, çerkez vb) nedeniyle ayrımcılık yapıldı.	425	1.09	0.53	0.493	0.929
31. Sosyo-ekonomik durumum nedeniyle ayrımcılık yapıldı.	425	1.09	0.53	0.494	0.929
32. Bakım ve tedavi işlemlerinde öncelik vermek, işlemlerin daha hızlı yapılmasını sağlamak için ücret istendi.	425	1.09	0.54	0.483	0.929
33. Tedavim kasıtlı olarak geciktirildi.	425	1.16	0.64	0.631	0.928
34. Alacağım bakım hizmeti kasıtlı olarak geciktirildi.	425	1.16	0.67	0.711	0.927
35. Gerekli tedavi hizmetlerini yeterince alamadım.	425	1.19	0.70	0.667	0.928

Tablo 4.10. (Devamı)

Maddeler	n	Ort.	SS.	Madde toplam korelasyonu	Madde silinirse α
36. Gerekli bakım hizmetlerini yeterince alamadım.	425	1.19	0.70	0.691	0.927
37. Hastanede yattığım süre boyunca sağlık çalışanları tarafından yalnız bırakıldım.	425	1.26	0.81	0.625	0.928
38. Sağlık çalışanlarına ihtiyacım olduğunda çağırdığımda geç gelindi.	425	1.38	0.89	0.629	0.927
39. Bilmediğim konuları sormak için cesaretlendirilmedim.	425	1.40	1.00	0.586	0.928
40. İsteklerim/ taleplerim görmezden gelindi.	425	1.26	0.75	0.693	0.927
41. İsteklerim/ taleplerim ertelendi.	425	1.30	0.79	0.716	0.927
42. Endişelerim giderilmedi.	425	1.41	0.95	0.685	0.927
43. Sorduğum sorular görmezden gelindi.	425	1.29	0.82	0.659	0.927
44. Sorduğum sorular kibar bir şekilde cevaplanmadı.	425	1.35	0.86	0.680	0.927
45. Sorduğum sorular dürüst bir şekilde cevaplanmadı.	425	1.20	0.68	0.622	0.928

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin her bir maddesine ve tüm maddelerine alt ve üst %27’lik dilim karşılaştırma sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu bulgu ölçeğin ayırt edicilik gücünü göstermede bir işarettir.

Tablo 4.11. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği alt üst %27’lik dilim karşılaştırma sonuçları

Maddeler		N	Ort.	SS.	t ve p değeri
Madde 1	Alt	115	1.009	.0933	-3.386 .001
	Üst	115	1.287	.8762	
Madde 2	Alt	115	1.000	.0000	-5.851 .000
	Üst	115	1.574	1.0518	
Madde 3	Alt	115	1.017	.1313	-4.876 .000
	Üst	115	1.426	.8891	
Madde 4	Alt	115	1.000	.0000	-6.175 .000
	Üst	115	1.609	1.0571	
Madde 5	Alt	115	1.000	.0000	-4.793 .000
	Üst	115	1.391	.8756	
Madde 6	Alt	115	1.035	.2267	-5.414 .000
	Üst	115	1.574	1.0434	
Madde 7	Alt	115	1.052	.2915	-13.169 .000
	Üst	115	3.165	1.6959	
Madde 8	Alt	115	1.035	.2267	-14.007 .000
	Üst	115	3.304	1.7228	
Madde 9	Alt	115	1.000	.0000	-5.719 .000
	Üst	115	1.843	1.5816	
Madde 10	Alt	115	1.009	.0933	-5.794 .000
	Üst	115	1.878	1.6067	
Madde 11	Alt	115	1.009	.0933	-5.602 .000
	Üst	115	1.670	1.2616	
Madde 12	Alt	115	1.000	.0000	-5.275 .000
	Üst	115	1.600	1.2197	

Tablo 4.11. (Devam)

Maddeler		N	Ort.	SS.	t ve p değeri
Madde 13	Alt	115	1.000	.0000	-5.158 .000
	Üst	115	1.530	1.1028	
Madde 14	Alt	115	1.017	.1313	-8.599 .000
	Üst	115	2.339	1.6431	
Madde 15	Alt	115	1.000	.0000	-4.612 .000
	Üst	115	1.504	1.1726	
Madde 16	Alt	115	1.096	.3968	-10.450 .000
	Üst	115	2.765	1.6667	
Madde 17	Alt	115	1.026	.1601	-5.756 .000
	Üst	115	1.609	1.0736	
Madde 18	Alt	115	1.000	.0000	-5.158 .000
	Üst	115	1.470	.9762	
Madde 19	Alt	115	1.000	.0000	-3.890 .000
	Üst	115	1.278	.7672	
Madde 20	Alt	115	1.000	.0000	-4.757 .000
	Üst	115	1.348	.7841	
Madde 21	Alt	115	1.000	.0000	-4.507 .000
	Üst	115	1.348	.8276	
Madde 22	Alt	115	1.009	.0933	-3.687 .000
	Üst	115	1.270	.7530	
Madde 23	Alt	115	1.009	.0933	-3.123 .002
	Üst	115	1.217	.7106	
Madde 24	Alt	115	1.000	.0000	-2.252 .026
	Üst	115	1.122	.5796	
Madde 25	Alt	115	1.000	.0000	-2.355 .020
	Üst	115	1.139	.6337	
Madde 26	Alt	115	1.000	.0000	-2.718 .008
	Üst	115	1.122	.4803	
Madde 27	Alt	115	1.000	.0000	-2.759 .007
	Üst	115	1.104	.4055	
Madde 28	Alt	115	1.009	.0933	-3.449 .001
	Üst	115	1.278	.8330	
Madde 29	Alt	115	1.000	.0000	-4.343 .000
	Üst	115	1.348	.8588	
Madde 30	Alt	115	1.009	.0933	-3.119 .002
	Üst	115	1.296	.9821	
Madde 31	Alt	115	1.000	.0000	-3.228 .002
	Üst	115	1.296	.9821	
Madde 32	Alt	115	1.009	.0933	-3.119 .002
	Üst	115	1.296	.9821	
Madde 33	Alt	115	1.000	.0000	-5.050 .000
	Üst	115	1.530	1.1264	
Madde 34	Alt	115	1.000	.0000	-4.970 .000
	Üst	115	1.557	1.2008	
Madde 35	Alt	115	1.000	.0000	-5.616 .000
	Üst	115	1.626	1.1955	
Madde 36	Alt	115	1.000	.0000	-5.760 .000
	Üst	115	1.652	1.2143	
Madde 37	Alt	115	1.000	.0000	-6.809 .000
	Üst	115	1.843	1.3284	

Tablo 4.11. (Devam)

Maddeler		N	Ort.	SS.	t ve p değeri
Madde 38	Alt	115	1.035	.1840	-8.753 .000
	Üst	115	2.122	1.3189	
Madde 39	Alt	115	1.000	.0000	-8.324 .000
	Üst	115	2.104	1.4227	
Madde 40	Alt	115	1.000	.0000	-8.137 .000
	Üst	115	1.904	1.1919	
Madde 41	Alt	115	1.009	.0933	-8.380 .000
	Üst	115	1.974	1.2316	
Madde 42	Alt	115	1.009	.0933	-9.593 .000
	Üst	115	2.226	1.3576	
Madde 43	Alt	115	1.000	.0000	-8.021 .000
	Üst	115	1.965	1.2905	
Madde 44	Alt	115	1.009	.0933	-8.198 .000
	Üst	115	2.026	1.3276	
Madde 45	Alt	115	1.009	.0933	-5.433 .000
	Üst	115	1.591	1.1463	
Toplam	Alt	115	45.42	0.70	-13.383 .000
	Üst	115	75.12	23.79	

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği'nin iç tutarlık güvenirlik katsayısı için ölçek iki yarıya ayrılmış ve iki yarıya ilişkin tutarlılık değerleri Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği iki yarı güvenirlik değerleri

Cronbach α	Birinci yarı	Değer	0.847
		Madde sayısı	23 ^a
	İkinci yarı	Değer	0.940
		Madde sayısı	10 ^b
	Toplam madde sayısı		22
İki yarı arasındaki korelasyon			0.598
Spearman-Brown katsayısı	Eşit uzunluk		0.748
	Eşit olmayan uzunluk		0.748
Guttman Split-Half katsayısı			0.748

- a. The items are: Item1, Item2, Item3, Item4, Item5, Item6, Item7, Item8, Item9, Item10, Item11, Item12, Item13, Item14, Item15, Item16, Item17, Item18, Item19, Item20, Item21, Item22, Item23.
- b. The items are: Item23, Item24, Item25, Item26, Item27, Item28, Item29, Item30, Item31, Item32, Item33, Item34, Item35, Item36, Item37, Item38, Item39, Item40, Item41, Item42, Item43, Item44, Item45.

Tablo 4.12 incelendiğinde Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği'nin iç tutarlığına ilişkin iki yarı güvenirlik değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur. Yirmi üç maddeden oluşan ölçeğin ilk yarısı için bu değer 0.847 ve 22

maddeden oluşan ikinci yarı için 0.940 olarak bulunmuştur. Sonuçlara göre iki yarındaki korelasyon 0.598; Spearman-Brown Katsayısı 0.748, Guttman Split-Half Katsayısı ise 0.748 olarak bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğin iyi olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği'nin iç tutarlılık güvenirliğin yüksek olduğunu göstermektedir.

Riskli gebelere yönelik obstetrik şiddet ölçeği genel ve alt boyutlarının puan dağılımları ve Cronbach's alfa katsayıları Tablo 4.13'te sunulmuştur. Tablo 4.13'te görüldüğü gibi katılımcılar, Fiziksel İstismar alt boyutundan 7.12 ± 2.80 , Rızasız Bakım alt boyutundan 6.72 ± 4.16 , Mahremiyetin Gözetilmediği Bakım alt boyutundan 8.09 ± 3.79 , Onursuz Bakım alt boyutundan 14.34 ± 4.19 , Ayrımcı Bakım alt boyutundan 3.26 ± 1.58 , İhmal Edilmiş Bakım alt boyutundan 16.57 ± 8.31 ve Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği toplamından 56.09 ± 17.22 puan almıştır.

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.93'dür. Alt boyutlara ait Cronbach alfa katsayıları ise sırasıyla; Fiziksel İstismar 0.84, Rızasız Bakım 0.80, Mahremiyetsin Gözetilmediği Bakım 0.74, Onursuz Bakım 0.91, Ayrımcı Bakım 0.95 ve İhmal Edilmiş Bakım 0.99'dur.

Tablo 4.13. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği genel ve alt boyutlarının puan dağılımları ve Cronbach's alfa katsayıları

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği	Madde sayısı	Alınabilecek puanlar		Alınan puanlar				Cronbach's Alfa
		Min	Max	Min	Max	Ort.	SS	
Fiziksel İstismar	6	6	30	6.00	30.00	7.12	2.80	0.84
Rızasız Bakım	4	4	20	4.00	20.00	6.72	4.16	0.80
Mahremiyetin Gözetilmediği Bakım	6	6	30	6.00	30.00	8.09	3.79	0.74
Onursuz Bakım	13	13	65	13.00	61.00	14.34	4.19	0.91
Ayrımcı Bakım	3	3	15	3.00	15.00	3.26	1.58	0.95
İhmal Edilmiş Bakım	13	13	65	13.00	65.00	16.57	8.31	0.99
Toplam	45	45	225	45.00	187.00	56.09	17.22	0.93

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, hastaneye yatışı olan gebelerin maruz kaldığı obstetrik şiddeti belirleyebilmek için geliştirilen, Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği' nin geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Ölçek geliştirme çalışması planlanırken dikkat edilmesi gereken iki önemli konu bulunmaktadır. Bunlardan ilki uyarlanması planlanan ölçekle benzer ya da aynı ölçeğin olup olmadığının saptanmasıdır. İkincisi ise, planlanan ölçeğin amacının tanımlanması ve kapsamlı bir literatür araştırmasıdır (Çarkçı, 2020, s.28). Ulusal ve uluslararası literatüre bakıldığında riskli gebelerde obstetrik şiddete yönelik çalışmaların çok az sayıda olduğu görülmüş ve obstetrik şiddeti ölçmeyle ilgili herhangi bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Bu nedenle riskli gebeliklerde obstetrik şiddetin ölçülmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla bu araştırma yapılmıştır. Bu çalışmada Likert tipi ölçek geliştirilmesi tercih edilmiştir. Bu tercihin nedeni Likert tipi ölçeklerin, daha çok kabul görmesi ve yaygın olarak kullanılması, daha ekonomik olması, katılımcılar tarafından daha rahat cevaplanması ve sonuçların hızlı bir şekilde değerlendirmesine olanak sağlayarak zaman açısından avantajlı olmasıdır (Turan ve ark., 2015; Tavşancıl, 2019, s.155-156).

Nitelikli veriler üretebilmesi için tüm veri toplama araçlarının; standardize olması, norm değerlerinin bilinmesi, geçerlik ve güvenirlik gibi iki temel özelliğe sahip olması gerekmektedir (Tavşancıl, 2018, s.16-34; Tezbaşaran, 2022). Bu nedenle Likert tipi Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği geliştirilirken, literatürde belirtilen ölçek geliştirme aşamaları takip edilmiştir (Boateng ve ark., 2018; Carpenter, 2018; Tavşancıl, 2018, s.142-145; Tezbaşaran, 2022; Devellis, 2022, s.100-110; Balcı, 2022, s.13).

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin Türk Dili'nde geliştirilmesi, geçerli ve güvenilir olup olmadığını belirlemek için ölçek; kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve iç geçerlik olmak üzere 3 farklı yönden incelenmiştir.

Ölçeğin Kapsam Geçerliliği ile İlgili Bulguların Tartışılması

Ölçek geliştirilirken, her bir maddenin ve bir bütün olarak ölçeğin, ölçülmek istenen kavramı ölçüp ölçmediği ve ölçülmek istenen kavram dışında farklı anlamlar barındırıp barındırmadığının, kapsam geçerliliğine bakılarak değerlendirilmesi gerekir (Tavşancıl, 2018, s.34). Ölçme aracındaki maddelerin anlaşılabilirliği, ölçülecek alanı temsil durumu, kullanılacağı amaç ve veri toplama için uygunluk durumu kapsam (içerik) geçerliliği hesaplanarak değerlendirilir (Çarkçı, 2020, s.59). Literatüre göre kapsam geçerliliğini tespit etmek için ölçek geliştirme ve geliştirilmek istenen ölçekteki konu hakkında yeterliliği olan en az 5, en fazla 40 uzmanın görüşüne başvurulmalıdır (Ayre & Scally, 2014).

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği kapsam geçerliliği için obstetrik şiddete ilişkin kapsamlı literatür taraması yapılmış ve uzman görüşlerine başvurulmuştur. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği geliştirilirken obstetrik şiddet içeren durumlar göz önünde bulundurularak oluşturulan 65 madde önce tez danışmanı daha sonra alanında uzman 11 uzman tarafından incelenmiştir.

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği geliştirilirken, kapsam geçerliliğinin sınanması için uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis tekniği kullanılmıştır. Bu yöntemle göre 1-4 arasında derecelendirme yapılmaktadır. Bu derecelendirme (1-Çok uygun, 2-Uygun ama değişiklik gerekiyor, 3-Maddenin uygun hale getirilmesi gerekiyor, 4-Uygun değil) şeklinde her madde için uygulanmaktadır (Uğurlu & Arslan, 2019). Uzman görüşleri sonucunda ölçeğin her bir maddesinin Kapsam Geçerlilik İndeksi hesaplanmıştır. Literatürde kapsam Geçerlilik İndeksi için

kriter değeri 0.80 olarak kabul edilmektedir (Tavşancıl, 2019; Yurdugül, 2005). Bu kritere dayanarak taslak ölçekten KGI skorları 0.80'in altında olan 11 madde (1.,2.,4.,7.,23.,24.,25.,26.,33.,34.,45. maddeler) çıkarılmıştır. Gerekli düzeltmeler yapılarak 54 maddelik Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği taslak formu oluşturulmuştur. Taslak formda yer alan ifadeler hiçbir zaman maruz kalmadım”, “nadiren maruz kaldım” “bazen maruz kaldım” ,“sık sık maruz kaldım”, “her zaman maruz kaldım” şeklinde olmak üzere 5'li likert biçiminde derecelendirilerek uygulamaya hazır hale getirilmiştir (Turan ve ark., 2015; Tezbasaran, 2022).

Ölçeğin Yapı Geçerliği ile İlgili Bulguların Tartışılması

Yapı geçerliği; bir ölçme aracının ölçtüğü niteliklerin, katılımcıların ölçekten aldığı puanların ne anlama geldiğini araştırmak aynı zamanda testin ölçmeyi amaçladığı kavramı bilimsel olarak ölçüp ölçmediğinin araştırılmasıdır (Çarkçı, 2020, s.61; Tavşancıl, 2018, s.122).

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin yapı geçerliliğini belirlemek üzere faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi, çok sayıda değişkenin arka planında yatan temel yapıyı ortaya çıkarmak için yapılmaktadır (Balcı, 2022, s.122; Tavşancıl, 2018, s.46). Faktör analizinde açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olarak iki farklı şekilde yapılmaktadır (Balcı, 2022, s.283).

Faktör analizi öncesinde yeterli örneklem büyüklüğünün sağlanması gerekmektedir. Maddelere ilişkin geçerli ve anlamlı veri toplanması için örneklem büyüklüğünün madde sayısının birkaç katı (en az 5) genellikle 10 katı olması tercih edilmektedir. Bununla birlikte farklı araştırmacılar ilk ön testten sonra 300-450 kişiye de uygulanmasının faktör analizi için uygun olduğunu belirtmektedirler (Boateng ve ark., 2018). Bu çalışmada örneklem büyüklüğünün yeterliğini sınamak amacıyla Kaiser Meyer

Olkin (KMO) analizi ve değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlılığını test edebilmek için de Bartlett's testi yapılmıştır (Tablo 4.3).

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri;

- 0.90-0.10 arasında ise mükemmel,
- 0.80-0.89 arasında ise iyi,
- 0.70-0.79 arasında ise orta,
- 0.60-0.69 arasında ise zayıf,
- 0.50-0.59 arasında ise kötü,
- 0.50'nin altında ise kabul edilemez olarak yorumlanır (Tavşancıl, 2018, s.50).

Bu alışmada KMO değeri 0.913 olarak saptanmıştır ve bu değer örneklem büyüklüğünün temel bileşenler analizi için uygun olduğunu, örneklem hacminin yeterliliğini göstermektedir. Barlett's küresellik testi özünde değişkenlere ilişkin korelasyon matrisinin birim matrise karşı test edilme ilkesine dayanır. Bu nedenle Bartlett's testi aynı zamanda korelasyon matrisinin anlamlılığının bir testidir. Bartlett's testinde sonuç $p < 0.05$ ise verilerin faktör analizine uygun olduğu kabul edilir (Süer & Oral, 2021). Bartlett's testi sonuçları ($\chi^2=17800.672$, $p=0.000$) verilerin birbiri ile ilişkili ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3).

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik şiddet lği scree plot grafiği şekil 4.1'de sunulmuştur. Uygulanan faktör analizinde öz değer (eigenvalue) ve yamaç eğrisi grafiğine (scree plot) bakılarak öz değeri 1' den yüksek olan faktörler dikkate alınmış (zdamar, 2002, s. 248). Altı faktörlü yapıda Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik şiddet lği alt boyutlarının öz değerleri 1'in üzerindedir.

Verilerin faktör analizi için uygunluğu belirlendikten sonra 54 maddeden oluşan Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik şiddet lğine açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler analizi uygulanmış ve faktör analizi bulguları sunulmuştur. Bu analizde

özdeğeri 1'den büyük olan 10 faktör bulunmuştur. Bu faktörler toplam varyansın %67.74'ünü açıklamaktadır ancak oluşan bu 10 faktörlü yapı yorumlanması zor olan çok sayıda değişkenden oluşmaktadır. Bu nedenle kuramsal yapıya uygun anlamlı faktörlere ulaşmak üzere faktör sayısının sınırlandırılmasına karar verilmiş ve kuramsal yapıya uygun olarak 7 alt boyut altında açıklayıcı faktör analizi yeniden yapılmıştır (Tablo 4.5).

Sonuç olarak bu aşamada 1 maddenin yerinin değişmesine ve 9 maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Maddelerdeki değişiklik sonrası Açıklayıcı Faktör Analizi tekrar yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi öncesi madde sayısının değişmesi nedeniyle KMO ve Bartlett's testleri yeniden uygulanmıştır (Tablo 4.6). Ölçeğin KMO değeri 0.912 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu, örneklem hacminin yeterliğini göstermektedir. Benzer şekilde Bartlett's testi sonuçları da ($\chi^2=17830.251$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışma verilerinin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için ölçek maddelerinin anti-imaj korelasyonlarına da bakılmıştır (Tablo 4.7). Anti image korelasyon matrisinin köşegen değerleri her bir değişken için hesaplanan örneklem yeterliliği ölçütü değerlerinden oluşmaktadır. Bu değerlerin 0.50'den büyük olması değişkenler arasında yüksek korelasyon olduğunu belirtir. Bu varsayım sağlandığı durumda faktör analizine geçilir. Ölçeğin anti-image analizinde herbir maddesinin 0.50'in üzerinde değer aldığı ve örneklem hacminin yeterli olduğu belirlenmiştir (Sipahi, Yurtkoru, Çinko, 2010, s.81; Can, 2014:304).

Bulgular doğrultusunda 45 maddeden oluşan Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler yöntemi uygulanmıştır. Bu analizde ölçek 6 alt boyut altında incelenmiştir (Tablo 4.8).

Açıklayıcı faktör analizi; "bir ölçme aracında yer alan maddelerin kaç alt başlık altında toplanabileceğini ve aralarında ne tür bir ilişki olduğunu belirleme tekniğidir"

(Orçan, 2018; Seçer, 2017). Faktör yük değeri ile maddelerin faktörlerle olan ilişkisi açıklanır. “Birden fazla faktörde yer alan faktör yük değerleri arasındaki fark 0.10’dan az olan, faktör yükü 0.30’un altında kalan maddelerin değerlendirme dışı bırakılması gerektiği literatürde belirtilmektedir (Yurdugül, 2005). “Bir maddenin herhangi bir faktöre girebilmesi için ulaşması gereken en küçük değer konusunda” net bir değer olmamakla birlikte, maddelerin faktör yüklerinin 0.30 ya da 0.40 olması önerilmektedir (Tavşancıl, 2018, s.48; Yurdugül, 2005).

Faktör analizinde tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.30’un üzerinde olduğu belirlenmiştir. Açıklanan varyans Fiziksel İstismar alt boyutu için %19.71, Rızasız Bakım alt boyutu için %15.74, Mahremiyetin Gözetilmediği Bakım alt boyutu için %8.88, Onursuz Bakım alt boyutu için %6.76, Ayrımcı Bakım alt boyutu için %6.74 ve İhmal Edilmiş Bakım alt boyutu için %6.18’dir. Toplam ölçek için %64.04’dür. Bu nedenle bu aşamada ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır ve 6 alt boyutlu yapı kabul edilmiştir (Tablo 4.8).

Açıklayıcı faktör analizi sonrasında doğrulayıcı faktör analizi ile yapısal eşitlik modellemesi kurulmuştur. DFA, AFA ile belirlenen faktörler arasında yeterli düzeyde ilişki olup olmadığını, hangi değişkenlerin hangi değişkenlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirinden bağımsız olup olmadığını ve belirlenen faktörlerin modeli açıklamada yeterli olup olmadığını sınamak için kullanılmaktadır (Uğurlu & Arslan, 2019).

Doğrulayıcı faktör analizinde uyumluluğu sınanan modelin yeterliğini belirlemek için birçok uyum indeksi kullanılmaktadır (Seçer, 2017).“Literatürde NFI, CFI ve GFI indekslerinin kabul edilebilir uyum değerinin 0.90, ve mükemmel uyum değerinin 0.95 olduğu belirtilmektedir. AGFI indeksinin kabul edilebilir uyum değeri 0.85, mükemmel uyum değeri ise 0.90 ve üzeri iken; RMSEA indeksinin ise kabul edilebilir uyum değeri

0.08 ve mükemmel uyum değeri 0.05 olarak belirtilmektedir (Seçer, 2017, s.153; Uğurlu & Arslan, 2019).

Bu araştırmada yapılan doğrulayıcı faktör analizi için birçok indeksten yararlanılmıştır. Bunlardan; χ^2/SD değeri 4.72, GFI 0.90, AGFI 0.91, CFI 0.90, RMSEA 0.07 ve SRMR 0.08 olarak saptanmıştır (Tablo 4.9). İlgili uyum indeks değerlerinin tümünün istenilen aralıkta olduğu kabul edilmiştir. Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğine ait PATH diyagramında hiçbir modifikasyon uygulanmadan model, orijinal yapısında olduğu şekli ile kabul edilmiştir. Modele ait faktör yükleri 0.41 ile 0.96 arasında değişmektedir. Modele ait tüm maddelerin t değerleri 1.96'nın üzerindedir. Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir (Şekil 4.2).

Ölçeğin Güvenirliği ile İlgili Bulguların Tartışılması

Ölçme araçlarında güvenirlik belirleme yöntemleri olarak Cronbach's Alfa değeri, iki yarı güvenirliği, paralel formlar güvenirliği ve test tekrar test yöntemi kullanılmaktadır (Çarkçı, 2020, s.84; Seçer, 2017, s.153; Yıldırım & Şen, 2021). Bu çalışmada Cronbach's alfa katsayısı ve iki yarı güvenirliği kullanılmıştır. Cronbach's Alfa yöntemi; “ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında iç tutarlılığın belirlenmesinde sıklıkla başvurulmuş bir güvenirlik belirleme yöntemidir.” Maddelerin birbiri ile olan uyumuna dayanmaktadır (Tavşancıl, 2018, s.152; Tezbasaran, 2022). Cronbach's Alfa (α) katsayısı değeri; “0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında ise düşük güvenirlikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu” şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2019, s.29). Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği toplam Cronbach α katsayısı 0.93'tür. Fiziksel İstismar Cronbach α katsayısı 0.84, Rızasız Bakım Cronbach α katsayısı 0.80, Mahremiyetin Gözetilmediği Bakım Cronbach α katsayısı 0.74, Onursuz Bakım

Cronbach α katsayısı 0.91, Ayrımcı Bakım Cronbach α katsayısı 0.95 ve İhmal Edilmiş Bakım Cronbach α katsayısı 0.99'dur.

Litetatürde madde- toplam korelasyon değerinin 0.20 değerinin üzerinde olması gerektiği bildirilmektedir (Seçer, 2017; Büyüköztürk, 2002) Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği madde toplam puan korelasyonlarının 0.28 ile 0.72 arasında değiştiği saptanmıştır ve hiçbir maddenin silinmesi ölçek Cronbach α katsayısında önemli bir yükselmeye sebep olmamaktadır. Bu nedenle bu aşamada da ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır. (Tablo 4.10).

İki yarı güvenirliği; “ölçeğin bir uygulamadan elde edilen verilerinin kendi içinde iki eşit parçaya bölünmesi ve bu iki eşit parça arasındaki tutarlılığın incelenmesi” ile yapılmaktadır. İki yarı güvenirliği tekniği, test tekrar test yönteminde ortaya çıkan zaman sorununu ve paralel formlar geçerliliğinde eş değer form bulma sıkıntısını gidermek üzere geliştirilmiş bir tekniktir (Tavşancıl, 2019, s.27; Çarkçı, 2020, s.84; Balcı, 2022, s.119).

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği'nin iç tutarlık güvenirlik katsayısı için ölçek iki yarıya ayrılmış ve iki yarı güvenirlik değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur. 23 maddeden oluşan ölçeğin ilk yarısı için bu değer 0.85 ve 22 maddeden oluşan ikinci yarı için 0.94 olarak bulunmuştur. Sonuçlara göre iki yarısındaki korelasyon 0.598; Spearman-Brown Katsayısı 0.748, Guttman Split-Half Katsayısı ise 0.748 olarak bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğinin iyi olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği'nin iç tutarlık güvenirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4.12)

Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği'nden alınan puan ortalamaları incelendiğinde; katılımcıların Fiziksel İstismar alt boyutundan 7.12 ± 2.80 , Rızasız Bakım alt boyutundan 6.72 ± 4.16 , Mahremiyetin Gözetilmediği Bakım alt boyutundan 8.09 ± 3.79 , Onursuz Bakım alt boyutundan 14.34 ± 4.19 , Ayrımcı Bakım alt boyutundan

3.26±1.58, İhmal Edilmiş Bakım alt boyutundan 16.57±8.31 ve Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği toplamından 56.09±17.22 puan aldığı belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarından ve toplamından alınabilecek puan ortalamaları göz önünde bulundurulduğunda çalışma kapsamına alınan gebelerin düşük düzeyde de olsa obstetrik şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (Tablo 4.13).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda; Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeğinin, Türk toplumunda riskli gebelerin maruz kaldıkları obstetrik şiddeti ve obstetrik şiddet türlerini ölçebilen, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan gebelerin düşük düzeyde de olsa obstetrik şiddet davranışına maruz kaldığı belirlenmiştir.

Yürütülen araştırmadan elde edilen sonuçlar ise aşağıdaki gibi özetlenebilir;

- İç tutarlılık, madde analizi ve iki yarı test sonuçları ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.
- Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği madde toplam puan korelasyonlarının 0.43 ile 0.716 arasında değiştiği, ölçeğin toplam Cronbach's alfa katsayısının 0.931, alt boyutlarının Cronbach's alfa katsayılarının ise 0.74-0.99 arasında olduğu ve bu değerlerin iç tutarlılık için oldukça güvenilir olduğu bulunmuştur.
- Doğrulayıcı Faktör analizi sonrası, ölçeği oluşturan 45 madde ve 6 faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Geliştirilen ölçeğin riskli gebelerin maruz kaldıkları obstetrik şiddeti ve obstetrik şiddet türlerinin belirlenmesinde veri toplama aracı olarak kullanılması,
- Gebelerde obstetrik şiddeti etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile ilgili çalışmalarda veri toplama aracı olarak kullanılması,
- Geliştirilen ölçeğin farklı dillere ve kültürlere uyarlanarak, psikometrik özelliklerinin incelenmesi,

- Kadınların gebelik ve doğum yoluyla onurlu, saygılı sağlık hizmeti alma haklarına daha fazla vurgu yapılması ve toplum konu hakkında bilinçlendirilmesi,
- Bu alanda çalışan sağlık çalışanlarının farkındalığının artırılması için hizmet içi eğitimlerin, seminerlerin yapılması,
- Sosyal medya platformlarında ve TV/Radyo kanallarında obstetrik şiddete yönelik kamu spotu veya bilgilendirilmelerin yapılması,
- Obstetrik şiddet konusunda kapsamlı araştırmaların yapılması ve obstetrik şiddete yönelik yasa ve protokollerin geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abuya, T., Sripad, P., Ritter, J., Ndwiga, C., & Warren, C. E., 2018. Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 48-61.
- Abuya, T., Warren, C. E., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, C., Maranga, A., ... & Bellows, B., 2015. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PloS One*, 10(4), e0123606.
- Acar, Z., Şahin, N. H., 2021. Kadınların obstetrik şiddet deneyimleri: Sistematik derleme. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 509-519.
- Anonymous.,1994. Hacettepe University Institute of Population Studies, and Macro International Inc. Turkish Demographic and Health Survey 1993. https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/1993_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-83 (20.03.2023)
- Anonim., 2016. ICN Hemşireler için Etik Kuralları., Uluslararası Hemşireler Konseyi. <http://www.icn.ch/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/> (27.01.2024).
- Anonim., 2014. Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi., Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, https://hastane.ksu.edu.tr/depo/belgeler/r%c4%b0skl%c4%b0%20gebel%c4%b0kler%20y%c3%96net%c4%b0m%20rehber%c4%b0_1710261654481879.pdf (01.01.2024).
- Anonim., 2018. Doğum Öncesi Yönetim Rehberi, TC Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Müdürlüğü, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/dogum_onesi_bakim_08-01-2019_1. (10.12.2022).

Anonim., 2019. More women and children survive today than ever before – UN report.

UNICEF. <https://www.unicef.org/turkiye/bas%C4%B1nb%C3%BCltenleri/bm-raporu-g%C3%BCn%C3%BCm%C3%BCzde-%C3%B6ncesine-g%C3%B6re-daha-fazla-kad%C4%B1n-ve-%C3%A7ocuk-hayatta-kal%C4%B1yor>
(20.03.2022).

Anonim., 2014. “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2013_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-6
(26.06.2023).

Anonim., 2018. “2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9F%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf
(26.06.2023).

Anonim., 2015. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facilitybased childbirth. WHO statement: Every woman has the right to the highest attainable standard of health, which includes the right to dignified, respectful health care. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23> (14.09.2022).

Anonim., 2014. WHO Recommendations for Augmentation of Labour. Geneva: World Health Organization; Executive summary. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258881/>, (01.01.2023).

Anonim., 2018. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0

- IGO. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1> 2. (05.01.2023)
- Anonim., 2020. World Health Organization recommendation on companionship during labour and childbirth. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.13> (04.09.2022).
- Anonim., 2023. World health statistics Health assessment for the Sustainable Development Goals, sustainable development goal . World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323> (19.05.2023).
- Arias Fuentes, F. F., Arteaga, E., San Sebastián, M., 2022. Social inequalities in women exposed to obstetric and gynecologic violence in Ecuador: a cross-sectional study. *BioMed Central Women's Health*, 22(1), 419.
- Arslan, H., Beyza, B., Güneş, K., Eryurt, M. A., 2020. Türkiye’de riskli gebelikler: 2018 TNSA bulguları. *Nüfus Bilim Dergisi*, 42(1), 64-91.
- Aveyard, H., Kolawole, A., Gurung, P., Cridland, E., Kozłowska, O., 2022. Informed consent prior to nursing care: Nurses’ use of information. *Nursing Ethics*, 29(5), 1244-1252.
- Aydemir, H., Hazar, H. U., 2014. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeveyn rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 815-833.
- Ayre, C., Scally, A. J., 2014. Critical values for Lawshe’s content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(1), 79-86.
- Balcı, A., 2022. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntem, Teknik ve İlkeler. Pagem Akademi. 423 s, Ankara, Türkiye.

- Balde, MD., Bangoura, A., Diallo, BA., Sall, O., Balde, H., Niakate, AS., Vogel, J., Bohren, MA., 2017. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reproductive Health*, 14(1):1-13.
- Baltacı, N., Metin, A., 2021. Üremenin kadın üzerinden kontrolü ve medikalizasyon. Kadın Sağlığının Medikalizasyonu; Kadının Yaşam Dönemleri, Uygulamalar ve Önlemler. Kulakaç Ö. (editör).1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.72-81.
- Begley, C., Sedlicka, N., Daly, D., 2018. Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. *Reproductive Health*, 15, 1-11.
- Beji, N.K., Kaya. G., Savaşer, S., 2021. Ülkemizde kadın sağlığının öncelikli sorunları. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(1), 105-112.
- Bhattacharya, S., Sundari Ravindran, T., 2018. Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-8.
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R., Young, S. L., 2018. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149.
- Bohren, M., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T., Balde, M., Maya, E., Thwin, S., Aderoba, A., Vogel, J., Irinyenikan, T., 2020. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: A cross-sectional study with labor observations and community-based surveys. *Obstetric Anesthesia Digest*, 40(3), 134-135.
- Bohren, MA., Vogel, JP., Fawole, B., Maya, ET., Maung, TM., Baldé, MD., Oyeniran. AA., Ogunlade. M., Adu-Bonsaffoh. K., Mon. NO., Diallo, BA., Bangoura, A., Adanu, R., Landoulsi, S., Gülmezoglu, AM., Tunçalp, Ö., 2018. Methodological

- developmmt of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BioMed Central Medical Research Methodology*, 18(1):132
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M., 2015. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847.
- Borges, M. T., 2017. A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law Journal*, 67, 827.
- Bowser, D., Hill, K., 2010. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: *USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health*, 3.
- Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de Los Ríos, M. M., Meijer, M., Falcon, K., 2018. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), 84-88.
- Briceño Morales, X., Enciso Chaves, L. V., Yepes Delgado, C. E., 2018. Neither medicine nor health care staff members are violent by nature: Obstetric violence from an interactionist perspective. *Qualitative Health Research*, 28(8), 1308-1319.
- Bükecik, E., Özkan, B., 2018. Kadına yönelik şiddet: Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 33-37.
- Büyüköztürk. Ş., 2002. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Eğitim Yönetimi Dergisi*, 32, 470-483.

- Büyüköztürk, Ş., 2014. *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* Pegem Akademi Yayınları. s.179- 194. Ankara, Türkiye.
- Can, A., 2014. SPSS İle Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi. Pegem Akademi Yayıncılık. s.304, Ankara, Türkiye.
- Carpenter, S., 2018. Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers. *Communication Methods and Measures*, 12(1), 25-44.
- Carvalho, I.S., Brito, R.S., 2017. Forms of obstetric violence experienced by mothers who had normal birth. *Enfermería Global*, 16(3), 89-97.
- Castro A, Savage V., 2019. Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology* 38(2): 123-136
- 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.
- Chadwick R., 2021. The Battle for Recognition: Obstetric Violence and Its Long Debates <https://www.durham.ac.uk/research/institutes-and-centres/ethics-law-life-sciences/about-us/news/obstetric-violence-blog/battle-for-recognition-of-obstetric-violence/> (22.01.2024)
- Chyung, S. Y., Roberts, K., Swanson, I., Hankinson, A., 2017. Evidence-based survey design: The use of a midpoint on the Likert scale. *Performance Improvement*, 56(10), 15-23.
- Clemente, L. F., Fernández, I. O., 2018. Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático postparto. *Psicosomática Y Psiquiatría*, (5).
- Çarkçı, J., 2020. Sosyal Bilimlerde Ölçek Geliştirme Kılavuzu. Çizgi Kitapevi. s.96, Konya, Türkiye.

- Dağlar, G., Bilgic, D., Demirel, G., 2017. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 220-228.
- Davis, D. A., 2019. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, 38(7), 560-573.
- Devellis, R. F., 2022. *Scale Development Theory and Applications* (T. Totan, Trans.). Nobel Akademik Yayıncılık. 206 s. Ankara, Türkiye.
- Doğan Özdemir NG, Kulakaç Ö., 2021. Kadın sağlığının medikalizasyonuna feminist bakış açısı. Kadın Sağlığının Medikalizasyonu; Kadının Yaşam Dönemleri, Uygulamalar ve Önlemler. Kulakaç Ö, (Editör). 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.1-13.
- Dixon, Z.L., 2015. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 437-454.
- El Founti Khsim, I., Martínez Rodríguez, M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R. A., & Amezcua-Prieto, C., 2022. Risk factors for post-traumatic stress disorder after Childbirth: a systematic review. *Diagnostics*, 12(11), 2598.
- Ersoy N, Goz, F., 2001. "The Ethical Sensitivity of Nurses in Turkey". *Nursing Ethics*, 8(4): 299-312
- Ersoy N, Gundoğmuş, U.N., 2003. "A Study of The Ethical Sensitivity of Physicians In Turkey". *Nursing Ethics*, 10(5):472-84
- Feldman, N., & Padoa, A., 2022. Obstetric Violence-since when and where to: implications and preventive strategies. *Harefuah*, 161(9), 556-561.
- Flores YYR, Ledezma AGM, Ibarra LEH, Acevedo CEG., 2019. Social construction of obstetric violence of Tenek and Nahuatl women in Mexico. *Revista da Escola de Enfermagem da US*. 53: e03464- e03464.

- Galle, A., Manaharlal, H., Cumbane, E., Picardo, J., Griffin, S., Osman, N., Roelens, K., & Degomme, O., 2019. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in southern Mozambique: a cross-sectional study. *BioMed Central Pregnancy And Childbirth*, 19, 1-13.
- Garcia, L. M., 2020. A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nursing Forum*, 55(4), 654-663.
- Goaz, Melet, S., Feldman, N., Padoa, A., 2022. Obstetric violence - since when and where to: implications and preventive strategies. *Harefuah*, 161(9):556-561.
- Goli, S., Ganguly, D., Chakravorty, S., Siddiqui, M. Z., Ram, H., Rammohan, A., & Acharya, S. S., 2019. Labour room violence in Uttar Pradesh, India: evidence from longitudinal study of pregnancy and childbirth. *BioMed Central Open*, 9(7), e028688.
- Gözüyeşil, E., Özertürk, Ö., 2022. Gebelikte risk algısı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi; Trimesterler arası karşılaştırma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 467-477.
- Gray, T., Mohan, S., Lindow, S., Farrell, T. 2019. Obstetric violence: clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*, 1, 100007.
- Grekin, R., O'Hara, M. W., 2014. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401.
- Güler, N., 2018. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Pegem Akademi. s. 8-11, Ankara, Türkiye.
- Güleç, D., Eminov. A., Kavlak., 2020. Yüksek riskli gebelerde anksiyete ve depresyon ile hemşirelik bakım memnuniyetinin incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 70-75.

- Güvenç, G., 2019. Yüksek Riskli Gebelik ve Risk Faktörleri. Yüksek Riskli Gebelikler ve Yönetimi, Taşçı Duran, E. Gerçek, E. (editörler). Ankara, Türkiye, Nobel, s. 88-103.
- Güvendir, M.A., Özer Özkan, Y.Ö., 2015. Türkiye' deki eğitim alanında yayımlanan bilimsel dergilerde ölçek geliştirme ve uyarlama konulu makalelerin incelenmesi. *Electronic Journal of Social Sciences*, 14(52).
- Hameed, W., Avan, B. I., 2018. Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home-and facility-based births in Pakistan. *PloS One*, 13(3), e0194601.
- Hamzaoglu, U.M., Şener, B., 2022. Kadına yönelik şiddet olgusunun sosyo- politik, sosyo-ekonomik ve kültürel-ideolojik kökleri üzerinde bir değerlendirme:" toplumsal cinsiyet eşitsizliği" ve" namus" olguları. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(24), 235-265.
- Işık B., Nazik E., 2023. Obstetrik şiddet ve ebe/hemşirelerin sorumlulukları. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 109-115.
- Jardim, D. M. B., Modena, C. M., 2018. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, s.26.
- Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Campo, A. M. P., & Suarez-Bravo, J. P., 2019. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 135-146.
- Karacan, E., Gökçe, S., 2020. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadın sağlığı. *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 39-59.
- Karakoç, A., Dönmez, L., 2014. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.

- Keten E.E., Kurtgöz, A., 2023. Care experiences and care expectations of hospitalized high-risk pregnant women: a qualitative study. *Women & Health*, 63(9), 704-712.
- Khosla, R., Zampas, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., Roseman, M., & Erdman, J. N., 2016. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health and Human Rights*, 18(2), 131.
- Kilci, Ş., Bozkurt, Ö. D., Saruhan, A., 2020. Bir kadın hakkı ihlali: obstetrik şiddet. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(2), 122-128.
- Kishore, K., Jaswal, V., Kulkarni, V., De, D., 2021. Practical guidelines to develop and evaluate a questionnaire. *Indian Dermatology Online Journal*, 12, 266-275.
- Lansky, S., Souza, K. V. d., Peixoto, E. R. d. M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., Cunha, R. d. O., & Friche, A. A. d. L., 2019. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciencia & Saude Coletiva*, 24, 2811-2824.
- Lappeman, M., Swartz, L., 2019. Rethinking obstetric violence and the “neglect of neglect”: the silence of a labour ward milieu in a South African district hospital. *BioMed Central International Health and Human Rights*, 19(1), 1-11.
- Leite, T. H., Pereira, A. P. E., do Carmo Leal, M., da Silva, A. A. M., 2020. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 391-401.
- Mahjoub, R., & Rutledge, D. N., 2011. Perceptions of informed consent for care practices: hospitalized patients and nurses. *Applied Nursing Research*, 24(4), 276-280.
- Martín-Badia, J., Obregón-Gutiérrez, N., Goberna-Tricas, J., 2021. Obstetric violence as an infringement on basic bioethical principles. Reflections inspired by focus groups with midwives. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 18(23), 12553.

- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A., 2021. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526-e536.
- Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M., 2021. Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: A crosssectional study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5), 338.
- Mena, TD., Cervera, GA., Alemany, MJ., Andreu, L., González, VM., 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):8022.
- Mete, S., Fata, S., Özberk, H., 2020. Comparison of stress levels in risky and non-risky pregnancies. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(3),554-60.
- McGarry, J., Hinsliff-Smith, K., Watts, K., McCloskey, P., Evans, C., 2017. Experiences and impact of mistreatment and obstetric violence on women during childbearing: a systematic review protocol. *Joanna Briggs Institute Evidence Synthesis*, 15(3), 620-627.
- McLemore, M. R., Altman, M. R., Cooper, N., Williams, S., Rand, L., Franck, L., 2018. Health care experiences of pregnant, birthing and postnatal women of color at risk for preterm birth. *Social Science & Medicine*, 201, 127-135.
- Mihret, M. S., 2019. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BioMed Central Research Notes*, 12(1), 1-7.
- Mirzakhani, K., Khadivzadeh, T., Faridhosseini, F., Ebadi, A., 2020. Pregnant women's experiences of the conditions affecting marital well-being in high-risk pregnancy:

- A qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 8(4), 345.
- Mirzakhani, K., Ebadi, A., Faridhosseini, F., Khadivzadeh, T., 2020. Well-being in high-risk pregnancy: an integrative review. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-14.
- Nakamura, Y., Takeishi, Y., Atogami, F., Yoshizawa, T., 2012. Assessment of quality of life in pregnant Japanese women: Comparison of hospitalized, outpatient, and non-pregnant women. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 182-188.
- Nawab T, Erum U, Amir A, Khalique N, Ansari M, Chauhan A., 2019. Disrespect and abuse during facility-based childbirth and its sociodemographic determinants – A barrier to healthcare utilization in rural population. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(1): 239–245.
- O'Brien, E., Rich, M., 2022. Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183-2185.
- Oliveira, V. J., Penna, C. M. d. M., 2017. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26(2), :e06500015.
- Orçan, F., 2018. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: İlk hangisi kullanılmalı. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 9(4), 413-421.
- Özdamar, K., 2002. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi: SPSS-MINITAB (Çok değişkenli analizler), s. 248, Kaan Kitabevi. Eskişehir, Türkiye.
- Özdamar, K., 2017. Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme: Yapısal Eşitlik Modellemesi. 179 s. Eskişehir, Türkiye: Nisan Kitabevi.

- Özçetin, Y. S. Ü., Erkan, M., 2019. Yüksek riskli gebelerde psikolojik sağlamlık, algılanan stres ve psikososyal sağlık. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 1017-1026.
- Özkan, T., Çankaya, S., 2023. Erken doğum tehdidi olan ve olmayan gebelerin gebeliğe uyum ve prenatal bağlanma düzeyleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(2), 256-274.
- Paksoy Erbaydar, N. 2018, Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane Değerlendirme Rehberi. [https:// khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/33216/0/ anne-dostu-hastaneek0cc18120-edd3-42f7-8f22- db740acb5f8b---kopyapdf.pdf](https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/33216/0/anne-dostu-hastaneek0cc18120-edd3-42f7-8f22-db740acb5f8b---kopyapdf.pdf) . (05.11.2022).
- Pereira, C., Domínguez, A., Toro, J., 2015. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 75(2), 081-090.
- Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., Infanti, J. J., & ADVANCE study team Elisabeth Darj Mirjam Lukasse Johan Håkon Bjørngaard Sunil Kumar Joshi Poonam Rishal Rajendra Koju Kunta Devi Pun Kumudu Wijewardena Munas M. Muzrif Jacquelyn C. Campbell., 2018. ‘When helpers hurt’: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC pregnancy and childbirth*, 18, 1-12.
- Perera D, Lund RK, Schei B, Jennifer J., 2018. When helpers hurt’: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district. *BioMed Central Pregnancy And Childbirth*, 18: 211.
- Perrotte, V., Chaudhary, A., Goodman, A., 2020. “At least your baby is healthy” obstetric violence or disrespect and abuse in childbirth occurrence worldwide: A literature review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(11), 1544-1562.

- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., Clausen, J. A., 2016. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55.
- Sando, D., Ratcliffe, H., McDonald, K., Spiegelman, D., Lyatuu, G., Mwanyika-Sando, M., ... & Langer, A., 2016. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 16, 1-10.
- Santiago RV, Monreal LA, Carmona AR, Domínguez MS., 2018. “If we’re here, it’s only because we have no money...” discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 18(1): 244.
- Schroll, A. M., Kjærgaard, H., & Midtgaard, J., 2013. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1-11.
- Seçer, İ., 2017. SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi. Anı Yayıncılık. s.153. Ankara, Türkiye.
- Sethi, R., Gupta, S., Oseni, L., Mtimuni, A., Rashidi, T., Kachale, F., 2017. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. *Reproductive Health*, 14, 1-10.
- Shabot, C.S., 2016. Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39, 231-247.
- Sheferaw, E. D., Bazant, E., Gibson, H., Fenta, H. B., Ayalew, F., Belay, T. B., Worku, M. M., Kebebu, A. E., Woldie, S. A., Kim, Y.M., 2017. Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. *Reproductive Health*, 14(1), 1-12.

- Shulman, H. B., D'Angelo, D. V., Harrison, L., Smith, R. A., Warner, L., 2018. The pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS): overview of design and methodology. *American Journal of Public Health*, 108(10), 1305-1313.
- Silva, T.M.D., Sousa, K., Oliveira, S., Amorim, F.C.M., 2020. Obstetric violence: Theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives. *Acta Paulista De Enfermagem*, 33.
- Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., ... & Coll, C. V., 2019. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441-447.
- Sipahi B, Yurtkoru ES, Çinko M., 2010. Faktör Analizi ve Güvenilirlik Analizi. 3. Baskı. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., s.81
- Siraj A, Tekla W, Hebo H., 2019. Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, jimma university medical center, southwest ethiopia. *BioMed Central Pregnancy Childbirth* 19: 1–9.
- Soğukpınar, N., Baykal Akmeşe, Z., Hadımlı, A., Balçık, M., Akın, B., 2018. Doğumevlerinde riskli gebelik profili: İzmir ili örneği. *Journal of Academic Research in Nursing*, 4(1):37-44.
- Stenus, C. M., Boere-Boonekamp, M. M., Kerkhof, E. F., Need, A., 2018. Client experiences with perinatal healthcare for high-risk and low-risk women. *Women and Birth*, 31(6), e380-e388.
- Süer, S., Oral, B., 2021. Innovative pedagogical practices scale for teachers: a study of validity and reliability. *Mersin University Journal of the Faculty of Education*, 17(1).

- Tach, C. L., Toebes, B., Feriato, J. M. F., 2020. Obstetric violence: a women's human and personality rights violation. *Revista Juridica*, 1(58), 187-206.
- Taşçı Duran, E., 2019. Riskli Gebeliklerin Psikososyal Yönleri. Yüksek Riskli Gebelikler ve Yönetimi, Taşçı Duran, E. ve Gerçek, E. (editörler). Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, Türkiye ,463-482
- Taşkın, L., 2020. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi. 774 s, Ankara, Türkiye.
- Tavşancıl, E., 2018. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Nobel Akademik Yayıncılık. 222 s, Ankara, Türkiye.
- Taylor Miller, P. G., Sinclair, M., Gillen, P., McCullough, J. E. M., Miller, P. W., Farrell, D. P., ... & Klaus, P., 2021. Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(11), e0258170.
- Tezbasaran, A., 2022. *Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu* [http://www.academia.edu/1288035/Likert Tipi %C3%96l%C3%A7ek Haz%C4%B1rlama_K%C4%B1lavuzu](http://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_%C3%96l%C3%A7ek_Haz%C4%B1rlama_K%C4%B1lavuzu). (10.02.2023).
- Tudela, M.D., Chordá, G.V. M., Soriano-Vidal, F. J., Bonanad-Carrasco, T., Centeno-Rico, L., Vila-Candel, R., ... & Gasch, Á. C., 2020. Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Education Today*, 88, 104364.
- Turan, İ., Şimşek, Ü., Aslan, H., 2015. Eğitim araştırmalarında likert ölçeği ve likert-tipi soruların kullanımı ve analizi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (30), 186-203.

- Uçar, T., 2020. Riskli Gebeliklerde İzlem ve Bakım. Hemşire ve Ebeler İçin Perinatal Bakım, Erenel Şentürk, A. ve Vural, G. (editörler). Vizyon Basımevi, İstanbul, Türkiye, s. 211-240.
- Uğurlu, C. T., Arslan, C., 2019. Sendikal tutum ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(11), 78-90.
- Waal, R., Mayra, K., Horn, A., Chadwick, R., 2023. Obstetric violence: An intersectional refraction through abolition feminism. *Feminist Anthropology*, 4(1), 91-114.
- Wyles, K., Miller, Y. D., 2019. Does it get better with age? Women's experience of communication in maternity care. *Women and Birth*, 32(3), e366-e375
- Vazquez SM, Almagro JR, Martinez AH, Galiano JM., 2021. Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: A cross-sectional study. *Journal of Personalized Medicine*, 11: 338.
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., ... & GVtM-US Steering Council., 2019. The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16, 1-18.
- Yaylacı, N., 2022. İnsan hakları perspektifinden “doğum şiddeti”. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 159:125-153.
- Yıldırım, İ., Şen, S., 2021. The effects of gamification on students' academic achievement: A meta-analysis study. *Interactive Learning Environments*, 29(8), 1301-1318.
- Yurdugül, H., 2005. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 1, 771-774.

- Zacher Dixon, L., 2015. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 437-454.
- Zbikowski, A., Brüggemann, A. J., Wijma, B., Zeiler, K., Swahnberg, K., 2012. Ethical guidelines and the prevention of abuse in healthcare. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 165(1), 18-28.



EKLER

EK-1. İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK danışmanlığında sunulan “*Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği: Ölçek Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	13	15
Genel Bilgiler	25	30
Materyal ve Metot	25	35
Bulgular	9	10
Tartışma	12	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 13/02/2024

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU

 ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 		
KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Doç. Dr. Aşlı SİS ÇELİK
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Riskli Gebelere Yönelik Obstetrik Şiddet Ölçeği: Ölçek Geliştirme, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 8 Karar No: 15	Tarih: 27.10.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin BAP tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. UZMAN GÖRÜŞÜ ALINAN BİLİM UZMANLARININ LİSTESİ

Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Prof. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD
Prof. Dr. Oya KAVLAK	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Prof. Dr. Serap EJDER APAY	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Ebelik AD
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Adnan TAŞGIN	Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Eğitim Programları ve Öğretim AD
Doç. Dr. Dilek POTUR	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Ebru GÖZÜYEŞİL	Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Ebelik AD
Doç. Dr. Hacer ALAN DİKMEN	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Ebelik AD
Doç. Dr. Nurcan KIRCA	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Yeliz DOĞAN MERİH	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD

*Uzmanların unvan ve isimleri alfabetik sıraya göre sıralanmıştır.

EK-4. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Kaç yaşındasınız?
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) İlkokul mezunu
 - b) Ortaokul mezunu
 - c) Lise mezunu
 - d) Üniversite veya lisansüstü mezunu
3. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - a) Okuryazar değil
 - b) Okuryazar
 - c) İlkokul mezunu
 - d) Ortaokul mezunu
 - e) Lise mezunu
 - f) Üniversite veya lisansüstü mezunu
4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
 - a) Çalışıyorum
 - b) Çalışmıyorum
5. Eşinizin mesleği nedir?
 - a) İşçi
 - b) Memur
 - c) Serbest meslek
 - d) Çiftçi
 - e) Diğer
6. Yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?
 - a) İl
 - b) İlçe
 - c) Köy
7. Aile yapınız nedir?
 - a) Çekirdek Aile
 - b) Geniş Aile
8. Gebelik sayınız nedir?.....
 - a) ilk gebelik
 - b) 2.
 - c) 3.
 - d) 4 ve üstü
9. Yaşayan çocuk sayınız nedir?
 - a) Yok
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3
 - e) 4 ve üstü
10. Bu gebelik istenilen bir gebelik mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
11. Şuan kaç haftalık gebesiniz ?

12. Hastanede yatma sebebiniz nedir/neydi?

- a) Sancı veya kanama nedeniyle erken doğum tehlikesi
- b) Kanama nedeniyle düşük riski
- c) Gebeliğe bağlı yüksek tansiyon (gebelik zehirlenmesi)
- d) Gebelikte şeker hastalığı
- e) Plasentanın yerleşim yeri anormalliği
- f) Bebeğin suyunda azalma veya fazlalık
- g) Bebeğin hareketlerinde azalma veya artma
- h) Bebeğin suyunun erken gelmesi
- i) Üzüm gebelik
- j) Dış gebelik
- k) Diğer

13. Bu gebeliğinizde doğum öncesi kontrole ne kadar sıklıkta gittiniz?

- a) 1-2 kez
- b) 3-4 kez
- c) 5-6 kez
- d) 7-8 kez
- e) 9 kez ve üzeri

14. Doğum öncesi kontroller için hangi sağlık kuruluşuna gittiniz?

- a) Aile Sağlığı Merkezi
- b) Devlet Hastanesi
- c) Üniversite Hastanesi
- d) Özel Hastane

15. Gebeliğinizde Riskli durum nedeniyle yattığınız hastane aşağıdakilerden hangisidir?

- a) İlçe devlet hastanesi
- b) Üniversite hastanesi
- c) Şehir hastanesi
- d) İl devlet hastanesi
- e) Özel hastane

16. Hastanede ne kadar süre yattınız veya yatıyorsunuz?

17. Son doğumunuz nasıldı?

- a) İlk gebeliğim, daha önce doğum yapmadım
- b) Normal doğum yaptım ama dikişlerim vardı
- c) Normal doğum yaptım dikişim yoktu
- d) Sezaryen ile doğum yaptım
- e) Düşük yaptım

18. Gebeliğinizdeki riskli durum nedeniyle hastaneye yattığınızda hekimlerden aldığınız hizmetten memnun musunuz/memnun kaldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

19. Gebeliğinizdeki riskli durum nedeniyle hastaneye yattığınızda ebelerden/ hemşirelerden aldığınız hizmetten memnun musunuz/memnun kaldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

20. Yatarak hizmet aldığınız bu sağlık kurumunu başkalarına tavsiye eder misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

21. Doğum için aynı hastaneyi/sağlık merkezini tercih eder misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

22. Hastanede yattığınız süreçte sağlık çalışanları tarafından şiddete maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

23. Cevabınız evetse kim veya kimler tarafından şiddete maruz kaldınız? (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Ebe
- d) Diğer çalışanlar
- e) Diğer



**EK-5. UZMAN GÖRÜŞÜNE SUNULAN 65 MADDELİ TASLAK
ÖLÇEK FORMU**

Maddeler		Değerlendirme Seçenekleri 1 puan: Uygun değil, önerinizi yazınız. 2 puan: Biraz uygun (maddelerin / ifadelerin uygun şekle getirilmesi gerekir), önerinizi yazınız. 3 puan: Oldukça uygun (uygun, ancak ufak değişiklik gerekli), önerinizi yazınız. 4 puan: Çok uygun (değişikliğe gerek yok, aynen kalabilir)	Öneriniz
Fiziksel İstismar	1. Gereksiz yere yatağa bağlandım.		
	2. Muayene esnasında hareketimi kısıtlamak için muayene masasına bağlandım.		
	3. Fiziksel şiddete (tokat, çimdik vb.) maruz kaldım.		
	4. Gereksiz müdahaleler (suni sancı vb.) uygulandı.		
	5. Ağrılı işlemler, analjezi uygulanmadan yapıldı.		
	6. Çok sayıda vajinal muayene yapıldı.		
	7. Gereksiz vajinal muayene yapıldı.		
	8. Muayene sırasında uygun olan rahat pozisyonu almama izin verilmedi.		
	9. Tedavi-bakım işlemleri sırasında uygun olan rahat pozisyonu almama izin verilmedi.		
	10. Vajinal muayene sırasında bacaklarım kabaca açıldı.		
	11. Bazı işlemler deneyimsiz kişiler tarafından yapıldığı için işlemler tekrar yapıldı.(kan alma, NST bağlama vb.)		
	12. NST uygulamasında kemer çok sıkı bağlandı ve canım acıdı.		
Rızasız Bakım	13. Vajinal muayene yapılma nedeni açıklanmadı.		
	14. Vajinal muayene için rızam / onayım alınmadı.		
	15. İznim olmadan kişisel bilgilerim (isim, soyisim, doğum yeri ve tarihi, telefon numarası, özgeçmiş vb.) paylaşıldı.		
	16. İznim olmadan, geçmişte yaşadığım hastalıklar, ameliyatlar gibi durumlarım diğer kişilerle paylaşıldı.		
	17. İşlemlerden önce bilgilendirilmedim.		
	18. İşlemlerden önce onayım alınmadı.		

Mahremiyetin Gözlemlendiği Bakım	19. Muayene sırasında odanın kapısı kapatılmadı.		
	20. Bakım-tedavi işlemleri sırasında odanın kapısı kapatılmadı.		
	21. Muayene sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.		
	22. Bakım-tedavi sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.		
	23. Vajinal muayeneyi farklı kişiler tekrar tekrar yaptı.		
	24. Yapılan uygulamalar kalabalık ortamlarda yapıldı.		
	25. Yaşım, gereksiz yere başkalarıyla paylaşıldı.		
	26. Medeni durumum gereksiz yere başkalarıyla paylaşıldı.		
Onursuz Bakım	27. Saygısızca davranıldı.		
	28. Sağlık sorunum nedeniyle suçlandım.		
	29. Sağlık personeli sesini yükselterek bana bağırdı.		
	30. Muayene sırasında azarlandım.		
	31. Bakım-tedavi işlemleri sırasında azarlandım.		
	32. Sağlık personeli kendini tanıtmadı.		
	33. Muayene sırasında aşağılandım.		
	34. Bakım-tedavi işlemleri sırasında aşağılandım.		
	35. Muayene sırasında alay edildim.		
	36. Bakım-tedavi işlemleri sırasında alay edildim.		
	37. Anlamadığım bir dilde konuşuldu.		
	38. Kültürel inançlarıma saygı duyulmadı.		
	39. Dini inançlarıma saygı duyulmadı.		
	40. Yanımda eşimin olmasına izin verilmedi.		
	41. Yanımda refakatçimin olmasına izin verilmedi.		
	42. Bazı yapılacak işlemleri reddettiğimde bebeğe zarar geleceği söylenerek psikolojik baskı yapıldı		
	43. Etnik kökenim nedeniyle ayrımcılık yapıldı.		
Ayrımcı Bakım	44. Sosyo-ekonomik durumum nedeniyle ayrımcılık yapıldı.		
	45. Ebelik-hemşirelik bakımında öncelik vermek, işlemlerin daha hızlı yapılmasını sağlamak için ücret istendi.		
	46. Tedavide öncelik vermek, işlemlerin daha hızlı yapılmasını sağlamak için ücret istendi.		
	47. Resmi olmayan ödeme talep edildi.		
	48. Hastalığım veya tedavim ile ilgili verilen bilgiler anlayacağım düzeyde değildi.		
	49. Tedavim geciktirildi.		
İhmal Edilmiş Bakım	50. Bakımım geciktirildi.		
	51. Gerekli tedavi hizmetlerini yeterince alamadım.		
	52. Gerekli bakım hizmetlerini yeterince alamadım.		
	53. Yalnız bırakıldım.		
	54. İhtiyacım olduğunda geç gelindi.		
	55. Bilmediğim konuları sormak için cesaretlendirilmedim.		
	56. İsteklerim görmezden gelindi.		
	57. İsteklerim ertelendi.		

	58. Endişelerim giderilmedi.		
	59. Sorduğum sorular görmezden gelindi.		
	60. Sorduğum sorular kibar bir şekilde cevaplanmadı.		
	61. Sorduğum sorular dürüst bir şekilde cevaplanmadı.		
	62. İhtiyacım olduğunda sağlık personeli aramak için teşvik edilmedim.		
Sağlık Merkezinde Alkonma	63. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım için veya geciktiği için hastane odasında zorla tutuldum.		
	64. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım için veya geciktiği için hastane odasına kilitlendim.		
	65. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım için veya geciktiği için taburcu edilmedim.		



EK-6. ÖRNEKLEM GRUBUNA UYGULANAN RİSKLİ GEBELERE YÖNELİK OBSTETRİK ŞİDDET ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı,

Gebeliğinizdeki riskli bir durum nedeniyle hastanede yattığınız süreçte yaşadıklarınızı düşünerek, formdaki her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz. Okuduğunuz ifadeye ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı o ifadenin karşısındaki alana “X” işareti koyarak belirtiniz. İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar çalışmamıza katkı sağlayacaktır. İfadeleri okuduktan sonra aklınıza ilk gelen seçeneği işaretleyiniz ve lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.

Maddeler	Hiçbir zaman maruz kalmadım	Nadiren maruz kaldım	Bazen maruz kaldım	Sık sık maruz kaldım	Her zaman maruz kaldım
1. Fiziksel şiddete (tokat, çimdik, bacağı vurma vb.) maruz kaldım.					
2. Rahatsız eden bazı işlemler (vajinal muayene, suni sancı, NST vb.) gereksiz yere çok sayıda uygulandı.					
3. Ağrılı işlemler, ağrı kesici uygulanmadan yapıldı.					
4. Sağlık çalışanı tarafından vajinal muayene sırasında rahat bir pozisyon almama izin verilmedi.					
5. Sağlık çalışanı tarafından vajinal muayene sırasında bacaklarım kaba hareketlerle açıldı.					
6. Bazı işlemler deneyimsiz kişiler tarafından yapıldığı için aynı işlemler tekrar tekrar yapıldı.(kan alma, damar yolu açma, EKG çekme, NST bağlama vb.)					
7. Ultrason, vajinal muayene veya NST gibi işlemler kabaca yapıldığı için canım acıdı.					
8. Ultrason, vajinal muayene gibi yapılan bazı işlemlerin yapılma nedeni uygulama öncesi bana açıklanmadı.					
9. Ultrason, vajinal muayene gibi bazı işlemlerin yapılması için rızam/ iznim alınmadı.					
10. İznim olmadan kişisel bilgilerim (isim, soy isim, doğum yeri ve tarihi, telefon numarası, medeni durum, özgeçmiş vb.) yabancı kişilerle paylaşıldı.					
11. İznim olmadan, geçmişte yaşadığım hastalıklar, ameliyatlar gibi durumlarım yabancı kişilerle paylaşıldı.					
12. Muayene sırasında odanın kapısı kapatılmadı.					
13. Bakım-tedavi işlemleri sırasında odanın kapısı kapatılmadı.					
14. Muayene sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.					
15. Bakım-tedavi sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.					
16. Farklı sağlık çalışanları tarafından iznim alınmadan vajinal muayene yapıldı.					

17. Vajinal muayene, NST bağlama gibi bazı uygulamalar diğer hasta ve hasta yakınlarının yanında yapıldı.					
18. Sağlık çalışanı kendini tanıtmadı.					
19. Sağlık çalışanı bana saygısızca davrandı.					
20. Sağlık çalışanı sesini yükselterek bana bağırды.					
21. Sağlık sorunun nedeniyle suçlandım.					
22. Muayene sırasında azarlandım.					
23. Bakım- tedavi işlemleri sırasında azarlandım.					
24. Muayene sırasında aşağılandım.					
25. Bakım-tedavi işlemleri sırasında aşağılandım.					
26. Muayene sırasında benimle alay edildi.					
27. Bakım- tedavi işlemleri sırasında benimle alay edildi.					
28. Hastalığım veya tedavim ile ilgili açıklama yapılırken anlamadığım tıbbi kelimeler kullanıldı.					
29. Kültürel inançlarıma saygı duyulmadı.					
30. Dini inançlarıma saygı duyulmadı.					
31. Yanımda eşimin olmasına izin verilmedi.					
32. Yanımda refakatçimin olmasına izin verilmedi.					
33. Bazı yapılacak işlemleri reddettiğimde bebeğe zarar geleceği söylenerek psikolojik baskı yapıldı.					
34. Etnik kökenim (kürt, laz, çerkez vb) nedeniyle ayrımcılık yapıldı.					
35. Sosyo-ekonomik durumum nedeniyle ayrımcılık yapıldı.					
36. Bakım ve tedavi işlemlerinde öncelik vermek, işlemlerin daha hızlı yapılmasını sağlamak için ücret istendi.					
37. Resmi olmayan ödeme talep edildi.					
38. Tedavim kasıtlı olarak geciktirildi.					
39. Alacağım bakım hizmeti kasıtlı olarak geciktirildi.					
40. Gerekli tedavi hizmetlerini yeterince alamadım.					
41. Gerekli bakım hizmetlerini yeterince alamadım.					
42. Hastanede yattığım süre boyunca sağlık çalışanları tarafından yalnız bırakıldım.					
43. Sağlık çalışanlarına ihtiyacım olduğunda çağırdığımda geç gelindi.					
44. Bilmediğim konuları sormak için cesaretlendirilmedim.					
45. İsteklerim/ taleplerim görmezden gelindi.					
46. İsteklerim/ taleplerim ertelendi.					
47. Endişelerim giderilmedi.					
48. Sorduğum sorular görmezden gelindi.					
49. Sorduğum sorular kibar bir şekilde cevaplanmadı.					
50. Sorduğum sorular dürüst bir şekilde cevaplanmadı.					
51. İhtiyacım olduğunda sağlık çalışanını aramak için teşvik edilmedim.					
52. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım veya geciktiği için hastane odasında zorla tutuldum.					
53. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım veya geciktiği için hastane odasına kilitlendim.					
54. Tedavi-bakım hizmetlerinin ödemesini yapmadığım veya geciktiği için taburcu edilmedim.					

EK-7. AFA VE DFA NETİCESİNDE ELDE EDİLEN 45 MADDE VE 6 ALT BOYUTTAN OLUŞAN RİSKLİ GEBELERE YÖNELİK OBSTETRİK ŞİDDET ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı,

Gebeliğinizdeki riskli bir durum nedeniyle hastanede yattığınız süreçte yaşadıklarınızı düşünerek, formdaki her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz. Okuduğunuz ifadeye ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı o ifadenin karşısındaki alana “X” işareti koyarak belirtiniz. İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar çalışmamıza katkı sağlayacaktır. İfadeleri okuduktan sonra aklınıza ilk gelen seçeneği işaretleyiniz ve lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.

Maddeler		Hiçbir zaman maruz kalmadım	Nadiren maruz kaldım	Bazen maruz kaldım	Sık sık maruz kaldım	Her zaman maruz kaldım
Fiziksel İstismar	1. Fiziksel şiddete (tokat, çimdik, bacağı vurma vb.) maruz kaldım.					
	2. Rahatsız eden bazı işlemler (vajinal muayene, suni sancı, NST vb.) gereksiz yere çok sayıda uygulandı.					
	3. Ağrılı işlemler, ağrı kesici uygulanmadan yapıldı.					
	4. Sağlık çalışanı tarafından vajinal muayene sırasında rahat bir pozisyon almama izin verilmedi.					
	5. Sağlık çalışanı tarafından vajinal muayene sırasında bacaklarım kaba hareketlerle açıldı.					
	6. Ultrason, vajinal muayene veya NST bağlama gibi işlemler kabaca yapıldığı için canım acıdı.					
Rızasız Bakım	7. Ultrason, vajinal muayene gibi yapılan bazı işlemlerin yapılma nedeni açıklanmadı.					
	8. Ultrason, vajinal muayene gibi bazı işlemlerin yapılması için rızam/ iznim alınmadı.					
	9. İznim olmadan kişisel bilgilerim (isim, soy isim, doğum yeri ve tarihi, telefon numarası, medeni durum, özgeçmiş vb.) yabancı kişilerle paylaşıldı.					
	10. İznim olmadan, geçmişte yaşadığım hastalıklar, ameliyatlar gibi durumlarım yabancı kişilerle paylaşıldı.					
Mahremiyetin Gözetilmediği Bakım	11. Muayene sırasında odanın kapısı kapatılmadı.					
	12. Bakım-tedavi işlemleri sırasında odanın kapısı kapatılmadı.					
	13. Muayene sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.					
	14. Bakım-tedavi sırasında perde, paravan veya örtü kullanılmadı.					
	15. Farklı sağlık çalışanları tarafından iznim alınmadan vajinal muayene yapıldı.					

	16. Vajinal muayene, NST bağlama gibi bazı uygulamalar diğer hasta ve hasta yakınlarının yanında yapıldı.					
Onursuz Bakım	17. Bazı işlemler deneyimsiz kişiler tarafından yapıldığı için aynı işlemler tekrar tekrar yapıldı (kan alma, NST bağlama vb.)					
	18. Sağlık çalışanı sesini yükselterek bana bağırdı.					
	19. Sağlık sorunum nedeniyle suçlandım.					
	20. Muayene sırasında azarlandım.					
	21. Bakım- tedavi işlemleri sırasında azarlandım.					
	22. Muayene sırasında aşağılandım.					
	23. Bakım-tedavi işlemleri sırasında aşağılandım					
	24. Muayene sırasında benimle alay edildi.					
	25. Bakım- tedavi işlemleri sırasında benimle alay edildi.					
	26. Kültürel inançlarıma saygı duyulmadı.					
	27. Dini inançlarıma saygı duyulmadı.					
	28.Yanımda refakatçimin olmasına izin verilmedi.					
	29. Bazı yapılacak işlemleri reddettiğimde bebeğe zarar geleceği söylenerek psikolojik baskı yapıldı.					
Ayrımcı Bakım	30. Etnik kökenim (kürt, laz, çerkez vb) nedeniyle ayrımcılık yapıldı.					
	31. Sosyo-ekonomik durumum nedeniyle ayrımcılık yapıldı.					
	32. Bakım ve tedavi işlemlerinde öncelik vermek, işlemlerin daha hızlı yapılmasını sağlamak için ücret istendi.					
İhmal Edilmiş Bakım	33. Tedavim kasıtlı olarak geciktirildi.					
	34. Alacağım bakım hizmeti kasıtlı olarak geciktirildi.					
	35. Gerekli tedavi hizmetlerini yeterince alamadım.					
	36. Gerekli bakım hizmetlerini yeterince alamadım.					
	37. Hastanede yattığım süre boyunca sağlık çalışanları tarafından yalnız bırakıldım.					
	38. Sağlık çalışanlarına ihtiyacım olduğunda çağırdığımda geç gelindi.					
	39. Bilmediğim konuları sormak için cesaretlendirilmedim.					
	40. İsteklerim/ taleplerim görmezden gelindi.					
	41. İsteklerim/ taleplerim ertelendi.					
	42. Endişelerim giderilmedi.					
	43. Sorduğum sorular görmezden gelindi.					
	44. Sorduğum sorular kibar bir şekilde cevaplanmadı.					
	45. Sorduğum sorular dürüst bir şekilde cevaplanmadı.					