TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN MATERNAL KÖTÜ MUAMELE ALGISI, EMPATİ DÜZEYİ, DOĞUM İNANÇLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kevser AVCI KABAL

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ

ANKARA
2026

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN MATERNAL KÖTÜ MUAMELE ALGISI, EMPATİ DÜZEYİ, DOĞUM İNANÇLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Kevser AVCI KABAL

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ

ANKARA
2026

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikri tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Kevser AVCI KABAL

Tarih:13/04/2026

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalında
Kevser AVCI KABAL tarafından hazırlanan
"Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/04/2026

Prof. Dr. Şengül YAMAN SÖZBİR
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ
Ankara Üniversitesi
Danışman

Doç. Dr. Şenay TOPUZ
Ankara Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fügen AKTAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin maternal kötü muamele algıları, empati puanları ve doğuma yönelik inançları arasındaki ilişkileri belirlemek ve bu değişkenler üzerinde etkili olan faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yürütülmüştür. Araştırmaya, Eylül 2025 - Ekim 2025 tarihleri arasında Ankara ilinde bulunan Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 244 dördüncü sınıf kız öğrenci dahil edilmiştir. Araştırmanın uygulanabilmesi için "Etik Kurul" onayı ve ilgili kurum izinleri alınmıştır. Verilerin toplanmasında; "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği (ÖOŞAÖ)", "Temel Empati Ölçeği (TEÖ)" ve "Doğum İnançları Ölçeği (DİÖ)" kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizi sonucunda, öğrencilerin ÖOŞAÖ puan ortalaması 91,94±11,79, TEÖ puan ortalaması 77,65±11,18 ve DİÖ puan ortalaması 4,09±0,48 olarak saptanmıştır. DİÖ alt boyutları incelendiğinde, öğrencilerin Tıbbi Süreç İnancı puanlarının (4,14±0,54) Doğal Süreç İnancı puanlarından (4,05±0,62) daha yüksek olduğu görülmüştür. Öğrencilerin yaş, yaşanılan yerleşim yeri ve bölge, aile tipi, baba öğrenim düzeyi, klinik deneyimleri (gebe muayenesine veya doğuma katılma) ve daha önce kadına yönelik şiddet, obstetrik şiddet veya empati eğitimi alma durumları gibi sosyodemografik özelliklerine göre ÖOŞAÖ, TEÖ ve DİÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren değişkenler incelendiğinde, genel akademik not ortalaması (GANO) 3,00 ve üzerinde olan öğrencilerin ÖOŞAÖ puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,003$). TEÖ toplam puanlarının, anne öğrenim düzeyi ilkokul ve lise olanlarda ($p=0,034$), ekonomik durumunu gelir giderden az olarak algılayanlarda ($p=0,048$) ve doğum yapmaktan korkanlarda ($p=0,001$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Doğum yapacak olsa vajinal yolu tercih edeceklerin ($p=0,007$) ve obstetrik şiddet kavramını daha önce duyanların ($p=0,017$) ise DİÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir. Ölçekler arası ilişkilerde, öğrencilerin ÖOŞAÖ toplam puanları ile doğal süreç inancı arasında ($r=0,176$; $p=0,006$) ve TEÖ toplam puanları ile tıbbi süreç inancı arasında ($r=0,265$; $p=0,000$) düşük düzeyde pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Ayrıca, ÖOŞAÖ intrapartum kötü muamele alt boyutu ile TEÖ toplam puanları arasında da düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,259$; $p=0,000$). Sonuç olarak, akademik not ortalaması yüksek olan ve doğumu fizyolojik bir süreç olarak gören hemşirelik öğrencilerinin, klinik ortamlardaki maternal kötü muamele eylemlerini fark etme ve bir hak ihlali olarak algılama potansiyellerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, klinik eğitim süreçlerinde öğrencilerin kötü muameleyi normalleştirmelerini önlemek adına eleştirel düşünme yetenekleri desteklenmeli ve eğitim müfredatlarında maternal kötü muamele terminolojisine ve saygılı annelik bakımı ilkelerine daha kapsamlı yer verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Doğum inancı, empati, hemşirelik öğrencileri, maternal kötü muamele, obstetrik şiddet

SUMMARY

Nursing Students' Perception of Maternal Mistreatment, Empathy Levels, Birth Beliefs and Affecting Factors

This research was conducted in a descriptive and correlational design to determine the relationships between nursing students' perceptions of maternal mistreatment, empathy scores, and beliefs towards birth, and to examine the factors affecting these variables. The study included 244 fourth-year female students who were studying at Ankara University Faculty of Nursing, Gazi University Faculty of Nursing, and Sağlık Bilimleri University Gülhane Faculty of Nursing in Ankara between September 2025 and October 2025, and who volunteered to participate in the research. To conduct the study, "Ethics Committee" approval and relevant institutional permissions were obtained. Data were collected using the "Introductory Information Form", "Perception of Obstetric Violence in Students (PercOV-S)", "Basic Empathy Scale (BES)", and "Birth Beliefs Scale (BBS)". As a result of the data analysis, the students' mean PercOV-S score was found to be 91.94±11.79, the mean BES score was 77.65±11.18, and the mean BBS score was 4.09±0.48. When the BBS sub-dimensions were examined, it was observed that the students' Medical Process Belief scores (4.14±0.54) were higher than their Natural Process Belief scores (4.05±0.62). No statistically significant difference was found in the total scores of PercOV-S, BES, and BBS according to the students' sociodemographic characteristics such as age, place of residence and region, family type, father's education level, clinical experiences (participating in a pregnancy examination or childbirth), and history of receiving training on violence against women, obstetric violence, or empathy ($p>0.05$). When the variables showing statistically significant differences were examined; it was determined that the PercOV-S scores of students with a Cumulative Grade Point Average (CGPA) of 3.00 and above were significantly higher ($p=0.003$). It was found that total BES scores were higher in those whose mothers had primary and high school education levels ($p=0.034$), those who perceived their economic status as "income less than expenses" ($p=0.048$), and those who were afraid of giving birth ($p=0.001$). The total BBS scores of those who would prefer the vaginal route if they were to give birth ($p=0.007$) and those who had heard of the concept of obstetric violence before ($p=0.017$) were found to be statistically significantly higher. Regarding the relationships between the scales; a low-level, positive, and significant relationship was found between the students' total PercOV-S scores and natural process belief ($r=0.176$; $p=0.006$), and between total BES scores and medical process belief ($r=0.265$; $p=0.000$). Furthermore, a low-level, positive, and significant correlation was detected between the PercOV-S intrapartum mistreatment sub-dimension and total BES scores ($r=0.259$; $p=0.000$). In conclusion, it is observed that nursing students with a high academic grade point average who view childbirth as a physiological process have a higher potential to recognize acts of maternal mistreatment in clinical settings and perceive them as a rights violation. In this context, to prevent students from normalizing mistreatment during clinical education processes, their critical thinking skills should be supported, and maternal mistreatment terminology along with the principles of respectful maternity care should be incorporated more comprehensively into educational curricula.

Key Words: Birth belief, empathy, maternal mistreatment, nursing students, obstetric violence

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Kabul ve Onay iii
Özet iv
Summary v
İçindekiler vi
Önsöz viii
Simgeler ve Kısaltmalar ix
Çizelgeler x

1. GİRİŞ 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.1.1. Araştırma Soruları 3
1.2. Genel Bilgiler 4
1.2.1. Maternal Kötü Muamele 4
1.2.1.1. Maternal Kötü Muamele Tanımı ve İlgili Kavramlar 4
1.2.1.2. Maternal Kötü Muamelenin Tarihsel Gelişimi 5
1.2.1.3. Maternal Kötü Muamelenin Prevalansı 6
1.2.1.4. Maternal Kötü Muamelenin Türleri 8
1.2.1.5. Maternal Kötü Muamelenin Nedenleri 9
1.2.1.6. Maternal Kötü Muameleye Maruziyette Risk Faktörleri 10
1.2.1.7. Maternal Kötü Muamelenin Maternal ve Fetal Sonuçları 12
1.2.1.8. Maternal Kötü Muamelenin Önlenmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları 13
1.2.2. Empati 14
1.2.2.1. Empatinin Tanımı ve Kavramsal Gelişimi 15
1.2.2.2. Empatiyi Etkileyen Faktörler 15
1.2.2.3. Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerinde Empatinin Yeri ve Önemi 17
1.2.2.4. Empatiyi Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Faktörler 18
1.2.3. Doğum İnancı 19
1.2.3.1. Doğum İnancının Önemi 20
1.2.3.2. Doğum İnancını Etkileyen Faktörler 20
1.2.3.3. Sağlık Profesyonellerinin Doğum İnancının Doğum Eylemine Yansıması 23
1.2.4. Maternal Kötü Muamele, Empati ve Doğum İnancı İlişkisi 24

2. GEREÇ VE YÖNTEM 26
2.1. Araştırmanın Tipi 26
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 26
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 27
2.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler 28

2.5. Veri Toplama Araçları 28
2.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu 28
2.5.2. Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği 29
2.5.3. Temel Empati Ölçeği 29
2.5.4. Doğum İnançları Ölçeği 30
2.6. Verilerin Toplanması 31
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi 31
2.8. Araştırmanın Etik İlkeleri 31

3. BULGULAR 33
3.1. Tanıtıcı Bilgi Formuna İlişkin Dağılımlar 33
3.2. Ölçek ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler 35
3.3. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçekler Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi 36
3.4. Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının İlişkilerinin İncelenmesi 48

4. TARTIŞMA 51
5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 57
KAYNAKLAR 60
EKLER 71
Ek-1. Onam Formu 71
Ek-2. Tanıtıcı Bilgi Formu 72
Ek-3. Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği 73
Ek-4. Temel Empati Ölçeği 74
Ek-5. Doğum İnançları Ölçeği 75
Ek-6. Etik Kurul Onayı 76
Ek-7. Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kurum İzni Yazısı 80
Ek-8. Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kurum İzni Yazısı 81
Ek-9. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kurum İzniYazısı 82
Ek-10. Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği İzni 83
Ek-11. Temel Empati Ölçeği İzni 84
Ek-12. Doğum İnançları Ölçeği İzni 85
ÖZGEÇMİŞ 86

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve bu tezin hazırlık süreci boyunca bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, ilham veren, desteğini her adımda üzerimde hissettiğim ve zorlandığım anlarda motivasyonumu yükselten kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ'e en içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Eğitim sürecim boyunca manevi desteğini, sabrını ve bana olan inancını bir an olsun esirgemeyen; her koşulda arkamda durarak bu uzun yolu benimle birlikte yürüyen sevgili eşim Murat Gökhan KABAL'a sonsuz minnettarım.

Varlığıyla bana her zaman güç veren, sonsuz sevgi ve fedakârlığıyla beni bugünlere taşıyan kıymetli annem Arife AVCI'ya ve bu stresli süreçte güzel enerjisiyle bana her daim moral olan sevgili yeğenim Kardelen ARSLAN'a yürekten teşekkür ederim.

SİMGELER ve KISALTMALAR

Simgeler

%	Yüzde
F	Tek Yönlü Varyans Analizi
N	Evrendeki birey sayısı
n	Örneklem Sayısı
p	Anlamlılık Düzeyi
ss	Standart Sapma
t	Bağımsız Örneklem T Testi

Kısaltmalar

DİÖ	Doğum İnançları Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GANO	Genel Akademik Not Ortalaması
ÖOŞAÖ	Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği
TEÖ	Temel Empati Ölçeği

ÇİZELGELER

Çizelge 2.1. Büyüklüğe Orantılı Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi ile Belirlenen Katılımcı Sayıları 27

Çizelge 3.1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımlar 33

Çizelge 3.2. Ölçekler ve alt boyut puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler 35

Çizelge 3.3. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre öğrencilerde obstetrik şiddet algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi 38

Çizelge 3.4. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre temel empati ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi 42

Çizelge 3.5. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre doğum inançları ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi 45

Çizelge 3.6. Ölçekler ve alt boyut puanlarının ilişkilerinin incelenmesi 49

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her kadının gebelik ve doğum sırasında onurlu ve saygılı bir bakım alma, şiddet ile ayrımcılığa maruz kalmama ve ulaşılabilecek en yüksek sağlık standardına erişme hakkı olduğunu belirtmektedir (World Health Organization [WHO], 2015; WHO, 2018). Bu bağlamda "evrensel bir insan hakkı temeline dayanılarak kadınların onurunun, özerkliğinin, mahremiyetinin ve gizliliğinin titizlikle korunduğu temel bir sağlık hizmeti standardı" olarak tanımlanan "Saygılı Annelik Bakımı", gebelik ve doğum eylemi boyunca anne adaylarının her türlü fiziksel veya psikolojik zarar ile kötü muameleden uzak tutulduğu, kendi bedenleri ve doğum süreçleri üzerindeki kararlara bilinçli seçimler yoluyla katılabildikleri ve ihtiyaç duydukları profesyonel desteğin kesintisiz olarak sağlandığı kapsamlı bir yaklaşımı ifade etmektedir (WHO, 2018).

Doğumda ideal bakım standartları tanımlanmış olsa da küresel ölçekte sağlık kurumlarında doğum eylemini gerçekleştiren çok sayıda kadının saygısız, istismar edici ve ihmalkar muamelelere maruz bırakıldığını kanıtlayan araştırmaların giderek artması, bilimsel alanda endişe verici bir tablo sergilemektedir (WHO, 2015). Literatürde "obstetrik şiddet" terimi; sağlık çalışanlarının kadınların bedeni ve üreme süreçleri üzerinde otorite kurması, tıbbileştirmenin kötüye kullanılması, doğal süreçlerin patolojik bir durum gibi gösterilmesi ve kadının özerkliğinin elinden alınması olarak ifade edilmektedir (Pérez D'gregorio, 2010; Scandurra vd., 2022). DSÖ, "obstetrik şiddet" terimi yerine sağlık profesyonelleri ile hastalar arasındaki ilişkinin kalitesini odak noktasına alan "kötü muamele", "saygısızlık" veya "istismar" kavramlarını kullanmayı tercih etmektedir (Savage ve Castro, 2017). Benzer şekilde, Bohren vd,. (2015) obstetrik şiddet kavramı yerine "kötü muamele" teriminin kullanılmasının daha uygun olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca bu kötü muamele uygulamalarını "fiziksel, cinsel veya sözel istismar, damgalama ve ayrımcılık, profesyonel bakım standartlarına uyulmaması, kadınlar ve hizmet sağlayıcılar arasında zayıf uyum, sağlık sistemi koşulları ve kısıtlamaları" olmak üzere yedi farklı alt başlık olarak sınıflandırmışlardır (Bohren vd., 2015). Maternal kötü muamele yaygınlığını inceleyen araştırmalarda bu oranların ülkelerin kültürel yapılarına ve kullanılan ölçüm araçlarına bağlı olarak değişiklik gösterdiği vurgulanmış ve yapılan iki güncel çalışmada küresel ortalama prevalans oranları %54,5 ve %59 olarak saptanmıştır (Hakimi vd., 2025; Mirzania vd., 2025). Türkiye'de gerçekleştirilen güncel bir araştırma ise kadınların yaklaşık %76,4'ünün doğum sırasında en az bir tür kötü muameleye maruz kaldığını rapor etmektedir (Aşcı ve Bal, 2023).

Hemşirelerin sahip olduğu doğum inançları, kadına sunulan bakımın niteliğini doğrudan şekillendirmektedir (Ünal Toprak ve Turan, 2023). Doğumu tıbbi bir süreç olarak gören profesyoneller, bu süreci doktorlar tarafından kontrol edilmesi gereken, "yönetilmesi gereken bir kriz durumu" veya "hastalık" olarak algılama eğilimindedir (Prosen ve Tavcar Krajnc, 2013; Stoll vd., 2016; Ünal Toprak ve Turan, 2023). Bu inanç yapısı, tıbbi gereklilik olmaksızın epizyotomi, rutin oksitosin kullanımı veya sezaryen gibi müdahaleci uygulamaların artmasına neden olarak kadının doğuştan gelen doğum yeteneğini ve özerkliğini zedelemektedir (WHO, 2018; Topçu, 2019). Öte yandan, doğumu doğal ve fizyolojik bir süreç olarak gören inanç modeli, müdahalelerden kaçınılmasını ve kadının doğum sürecindeki kontrolünün desteklenmesini önceliklendirmektedir (Haines vd., 2012; Preis ve Benyamini, 2017).

Sağlık çalışanlarının kadınlara yönelik kötü muamelede bulunmasının altında yatan en temel içsel faktörlerden biri empati becerisinin yetersizliğidir (Erbil vd., 2025). Hemşirelik mesleğinde empati, bakımın en temel bileşeni olup hastanın önemsendiğini ve anlaşıldığını hissetmesine yardımcı olan kritik bir profesyonel yetidir (Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017). Hemşirelerin empati seviyeleri azaldığında, hastaların gereksinimlerini doğru saptayamadıkları ve bu durumun klinik karar verme becerilerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Nunes vd., 2011; Ward vd., 2012). Sağlık bilimleri literatüründe ikincil travmatik stres veya merhamet yorgunluğu, sağlık bakım profesyonellerinin, hastaların maruz kaldığı travmatik doğumlara, kötü muamelelere veya hak ihlallerine bizzat tanık olmaları sonucunda geliştirdikleri duygusal ve bilişsel bir tükenmişlik tepkisi olarak tanımlanmaktadır (Llagostera-Reverter vd., 2025). Doğumhane gibi yüksek stresli klinik ortamlarda bu tür şiddet eylemlerine ve travmalara sürekli olarak maruz kalmak, personelin psikolojik iyi oluş halini olumsuz yönde etkileyerek mesleki motivasyonun ve etik değerlere olan bağlılığın ciddi şekilde zayıflamasına yol açabilmektedir. Yaşanan bu tükenmişlik tablosu ise zamanla sağlık çalışanlarının profesyonel performansın düşmesine ve hastanın bir birey olarak görülmekten çıkıp nesneleştirilmesine zemin hazırlayabilmektedir (Mena-Tudela, González-Chordá vd., 2020; Sadler vd., 2016). Sağlık profesyonelinin empati kurmaktan kaçınması, zamanla klinik alandaki ihmal ve kötü muamele pratiklerinin içselleştirilmesine ve şiddet döngüsünün olağan bir klinik kültürmüş gibi sistemik hale gelmesine neden olmaktadır (Llagostera-Reverter vd., 2025; Mena-Tudela, González-Chordá vd., 2020).

Doğumda şiddet ve kötü muamele döngüsünü kırmak için hemşirelik öğrencilerinin eğitim sürecine odaklanılması stratejik bir önem taşımaktadır (Küçük vd., 2025). Sağlık profesyonellerinin doğuma ilişkin tutum ve davranışları eğitimin erken aşamalarında

şekillenmeye başladığından, lisans düzeyinde bu konuda farkındalık yaratılması kritik bir adımdır (Küçük vd., 2025). Literatür, öğrencilerin klinik uygulamalar sırasında tanık oldukları olumsuz pratiklerin zamanla normalleşebileceğini ve bu durumun profesyonel kimlik gelişimlerini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (Llagostera-Reverter vd., 2025; Mena-Tudela, González-Chordá vd., 2020). Bu nedenle, geleceğin sağlık bakım profesyonelleri olan öğrencilerin maternal kötü muamele algılarının, empati puanlarının ve doğum inançlarının şimdiden tespit edilmesi, saygılı ve kanıta dayalı bir bakım kültürünün inşa edilmesi açısından gereklidir (Erbil vd., 2025; Küçük vd., 2025).

Mevcut literatür taraması, hemşirelik öğrencilerinin maternal kötü muamele algılarının (Küçük vd., 2025), empati düzeylerinin (Buldan ve Arslan, 2021) ve doğum eylemine ilişkin temel inançlarının (Ünal Toprak ve Turan, 2023) farklı araştırmalarda bağımsız değişkenler olarak ele alındığını göstermektedir. Ancak bu üç temel kavramın birbiriyle olan ilişkisel boyutu ve birbirlerini hangi düzeyde etkilediğine dair bütüncül veriler henüz yeterli düzeyde değildir. Özellikle lisans eğitimi sürecinde şekillenen empati yetisi ile doğuma ilişkin inanç yapısının, klinik ortamlardaki kötü muamele uygulamalarını fark etme veya normalleştirme üzerindeki etkisi literatürde önemli bir boşluk olarak durmaktadır (Llagostera-Reverter vd., 2025; Küçük vd., 2025). Söz konusu değişkenlerin etkileşimini aydınlatmak, öğrencilerin profesyonel kimlik gelişimlerini desteklemek ve gelecekte sunacakları bakımın kalitesini artırmak açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin maternal kötü muamele algıları, empati puanları ve doğum inançları arasındaki ilişkiyi ve bu unsurları etkileyen faktörleri inceleyerek literatürdeki bu boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır.

1.1.1. Araştırma Soruları

1- Öğrencilerin obstetrik şiddet algısı nasıldır?
2- Öğrencilerin empati puanları nedir?
3- Öğrencilerin doğum hakkındaki temel inançları nasıldır?
4- Öğrencilerin obstetrik şiddet algısını etkileyen faktörler nelerdir?
5- Öğrencilerin empati puanlarını etkileyen faktörler nelerdir?
6- Öğrencilerin doğum hakkındaki temel inançlarını etkileyen faktörler nelerdir?
7- Öğrencilerin obstetrik şiddet algıları ve empati puanları arasında ilişki var mıdır?
8- Öğrencilerin obstetrik şiddet algıları ve doğum hakkındaki temel inançları arasında ilişki var mıdır?

9- Öğrencilerin empati puanları ve doğum hakkındaki temel inançları arasında ilişki var mıdır?

1.2. Genel Bilgiler

1.2.1. Maternal Kötü Muamele

Maternal kötü muamele, Dünya genelinde sağlık kurumlarında doğum yapan kadınların maruz kaldığı, temel insan haklarını ihlal eden ve küresel bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen karmaşık bir olgudur (WHO, 2015). Bu kavram, kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde sağlık profesyoneli tarafından saygısız, onur kırıcı, ihmalkâr veya istismarcı davranışlara maruz bırakılmasını ifade etmektedir ve sağlık hizmeti sunumunda kalite eksikliğinin bir göstergesidir (Bohren vd., 2015).

1.2.1.1. Maternal Kötü Muamele Tanımı ve İlgili Kavramlar

Maternal kötü muamele literatürde farklı terminolojilerle ifade edilmektedir. Temelde kadınların doğum hizmetlerinin çeşitli aşamalarında maruz kaldıkları kasıtlı veya kasıtsız zarar verici eylemleri, olumsuz deneyimleri ve hak ihlallerini içermektedir. Maternal kötü muamele, tanımlanması karmaşık bir kavramdır ve bu nedenle yapılacak herhangi bir tanım, sorunun sağlık, insan hakları, yasal ve sosyokültürel boyutlarını mutlaka içermelidir (Vogel vd., 2016). Literatürde bu olguyu tanımlamak için en sık "saygısızlık ve istismar", "tesis temelli doğum sırasında kötü muamele" ve "obstetrik şiddet" gibi kavramlar birbirinin yerine kullanılmaktadır (Savage ve Castro, 2017). Bu kavramsal çeşitlilik, sorunun tanımlanması ve ölçülmesinde küresel bir görüş birliği eksikliğine işaret etmektedir (Acar ve Şahin, 2021).

Bowser ve Hill (2010) tarafından geliştirilen saygısızlık ve istismar çerçevesi bu alandaki temel sınıflandırmalardan biridir. Bowser ve Hill (2010), doğum bakımındaki olumsuz davranışları yedi kategoride toplamıştır. Bunlar; fiziksel istismar, onamsız bakım, mahremiyetin ihlali, onur kırıcı bakım, ayrımcılık, bakımın terk edilmesi ve sağlık kuruluşunda alıkonulmadır. Bu kategorizasyon, daha sonra Bohren vd. (2015) tarafından genişletilerek doğum sırasında kadınlara yönelik kötü muamele sınıflandırmasına dönüştürülmüştür. Bohren vd. (2015) sınıflandırması, kötü muameleyi sadece bireysel sağlık profesyonelleri davranışları olarak değil, aynı zamanda sağlık sistemindeki yapısal eksiklikleri de kapsayacak şekilde ele almıştır. Bu kapsamda kötü muameleyi fiziksel, cinsel ve sözel istismar, damgalama ve ayrımcılık, profesyonel bakım standartlarının karşılanamaması, sağlık

profesyoneli ile kadınlar arasındaki zayıf iletişim ve sağlık sistemi koşulları ve kısıtlamaları olmak üzere yedi alanda ele almaktadır.

Latin Amerika kökenli bir kavram olan obstetrik şiddet ise sağlık profesyonelleri tarafından kadın bedeni ve üreme süreçlerine el konulması, doğal süreçlerin patolojik hale getirilmesi, özerklik kaybı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen insanlık dışı muameleler olarak tanımlanmıştır (Pérez D'gregorio, 2010). Obstetrik şiddet terimi, tıbbileştirme eleştirisini ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğini merkeze alarak, doğum sırasında yaşanan olumsuzlukları yapısal bir şiddet biçimi olarak değerlendirmektedir (Sadler vd., 2016). Bazı araştırmacılar, bu terimin şiddet vurgusuyla sorunun yapısal ve cinsiyetçi köklerine dikkat çektiğini savunurken (Cohen Shabot ve Sadler, 2023), diğerleri kötü muamele teriminin sağlık profesyonellerini suçlamaktan kaçınarak sorunla ilişkili damgalama ve suçlamayı azaltmaya yardımcı olabileceğini ileri sürmektedir (Chervenak vd., 2024). Freedman vd. (2014) ise tanımlama sorununa, saygısızlık ve istismarın sadece evrensel insan hakları standartlarından sapma olarak değil, aynı zamanda yerel görüş birliğinin aşağılayıcı kabul ettiği veya kadınların bireysel olarak aşağılayıcı deneyimlediği etkileşimler ve tesis koşulları olarak ele alınması gerektiğini belirtmiştir (Freedman vd., 2014). Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), terminolojik farklılıklara rağmen bu eylemleri kadınların temel insan haklarının, sağlık hakkının ve bedensel bütünlüğün ihlali olarak kabul etmekte ve saygılı bakımın teşvik edilmesini önermektedir (WHO, 2015).

1.2.1.2. Maternal Kötü Muamelenin Tarihsel Gelişimi

"Obstetrik şiddet" terimi literatürde ilk kez 1827 yılında James Blundell tarafından kullanılmıştır (Karabulut ve Unutkan, 2024; Chervenak vd., 2024). Blundell bu kavramı, günümüzde kullanılan anlamından farklı olarak, plasentanın elle veya fiziksel güç uygulanarak zorla çıkarılması gibi müdahaleleri tanımlamak amacıyla kullanmıştır (Chervenak vd., 2024). Kavramın tarihsel kökenleri incelendiğinde, 15. ve 18. yüzyıllar arasında Avrupa'da yaşanan cadı avlarının, kadın şifacıların ve ebelerin süreçten dışlanarak doğum eyleminin erkek hekimlerin kontrolündeki tıbbi bir sürece dönüştürüldüğü görülmektedir (Karabulut ve Unutkan, 2024). Ayrıca 18. yüzyılda Amerika kıtasında, fetal hayatı kurtarma önceliğiyle İspanyol kadınlara zorunlu sezaryen uygulanması ile köleleştirilmiş siyah kadınların gebeliklerinde dahi iş gücü olarak kullanılması ve bedenleri üzerinde deneyler yapılması, obstetrik şiddetin tarihsel örnekleri arasında yer almaktadır (Karabulut ve Unutkan, 2024).

20. yüzyıla gelindiğinde, Doğumun İnsancıllaştırılması Hareketi'nin kökleri 1930'lara kadar uzanmakta olup, bu dönemde doğum ağrısının ilahi bir ceza olduğu yönündeki

geleneksel görüşler sorgulanmaya başlanmış, ancak bu durum aynı zamanda doğumun ilaçlarla ve müdahalelerle yönetilmesine yol açmıştır (Tilden vd., 2025). Tıbbi uygulamalar bağlamında rıza dışı müdahaleler dikkat çekmektedir. Bu kapsamda 1944 ve 1987 yılları arasında İrlanda'da yaklaşık 1500 kadının, bilgilendirilmiş onamları alınmaksızın simfizyotomi işlemine maruz bırakıldığı rapor edilmiştir. Bunu takiben Latin Amerika'da kadın hakları savunucularının, 1980 ve 1990'lı yıllarda doğumun kanıta dayalı olmayan şekilde aşırı tıbbileştirilmesine karşı çıkarak sürecin insancıllaştırılmasını savunmasıyla başlayan aktivizm süreci, 2000 yılında Brezilya'da düzenlenen 1. Uluslararası Doğumun İnsancıllaştırılması Konferansı ile konunun uluslararası platformda görünürlük kazanmasını sağlamıştır (Yaylacı, 2022).

Obstetrik şiddet kavramının yasal bir zemine oturtulması ve suç olarak tanımlanması ilk kez 2007 yılında Venezuela'da kabul edilen "Kadınların Şiddetsiz Bir Yaşam Hakkına İlişkin Organik Kanun" ile gerçekleşmiştir (Karabulut ve Unutkan, 2024; Pérez D'gregorio, 2010). Venezuela'daki bu yasal düzenlemeyi takiben, kavram 2009 yılında Arjantin'de, 2013 yılında Bolivya ve Panama'da, 2014 yılında ise Meksika'da yasal mevzuata dahil edilmiştir (Yaylacı, 2022).

Bilimsel literatürde sistematik hale getirilmesi ise 2010 yılında Bowser ve Hill tarafından yayınlanan ve doğumda saygısızlık ve istismarı yedi kategoride sınıflandıran durum analizi raporu ile sağlanmıştır (Bowser ve Hill, 2010; Ishola vd., 2017). Bu gelişmelerin ardından DSÖ, 2014 yılında yayınladığı bildiri ile dünya genelinde kadınların doğum sırasında maruz kaldığı kötü muameleyi kabul etmiş ve bu durumun önlenmesi için küresel bir çağrıda bulunmuştur (Bohren vd., 2015; WHO, 2015; Yaylacı, 2022). Son olarak, 2019 yılında Birleşmiş Milletler Kadına Yönelik Şiddet Özel Raportörü'nün sunduğu rapor ve Avrupa Konseyi Parlamenter Meclisi'nin aldığı karar ile obstetrik şiddet, mücadele edilmesi gereken sistematik bir insan hakları sorunu olarak uluslararası gündeme girmiştir (Yaylacı, 2022).

1.2.1.3.Maternal Kötü Muamelenin Prevalansı

Maternal kötü muamelenin küresel yaygınlığını kesin olarak belirlemek, kullanılan tanım, ölçüm araçları, veri toplama yöntemleri ve çalışma ortamlarındaki farklılıklar nedeniyle oldukça güçtür (Acar ve Şahin, 2021). Yapılan sistematik derlemeler ve meta-analizler, bu olgunun dünya genelinde yaygın bir sorun olduğunu, ancak oranların bölgelere ve gelişmişlik düzeylerine göre önemli ölçüde değiştiğini ortaya koymaktadır (Hakimi vd., 2025; Mirzania vd., 2025). 37 ülkeden 209.175 katılımcıyı kapsayan bir sistematik derlemede, doğumda kötü muamele ve saygısızlık prevalansının %1,9 ile %100 arasında değiştiği ve ortalama

prevalansın %54,5 olduğu bildirilmiştirdir. Aynı çalışmada, doğum refakatçisine izin verilmemesi (%51,5) ve kadınlar ve sağlık çalışanları arasında zayıf iletişim (%48,1) en yaygın alt türler, cinsel istismar (%1,2) ise en düşük yaygınlığa sahip alt tür olarak bildirilmiştir (Mirzania vd., 2025). Benzer şekilde, küresel ölçekte yapılan bir başka meta-analiz çalışmasında kötü muamele oranı %59 olarak hesaplanmış olup, onamsız bakımın ise %37 ile en yaygın alt tür olduğu saptanmıştır (Hakimi vd., 2025).

Coğrafi bölgelere göre incelendiğinde, en yüksek prevalansın %71,5 ile Doğu Akdeniz bölgesinde, en düşük prevalansın ise %46,5 ile Amerika bölgesinde olduğu görülmektedir (Mirzania vd., 2025). Sahra Altı Afrika genelinde yapılan çalışmaları inceleyen bir meta-analiz %44,09'luk bir prevalans ortaya koyarken (Kassa vd., 2020), Doğu Afrika özelinde bu oran %46,85 olarak raporlanmıştır (Gebeyehu vd., 2023). Düşük ve orta gelirli dört ülkede (Gana, Gine, Myanmar ve Nijerya) doğumların doğrudan gözlemlenmesi ve anket uygulaması olarak yürütülen geniş çaplı bir çalışmanın sonucunda gözlemlenen kadınların %41,6'sının, anket uygulanan kadınlarınsa %35,4'ünün fiziksel veya sözel istismara, damgalamaya ya da ayrımcılığa maruz kaldığı belirlenmiştir (Bohren vd., 2019). Yüksek gelirli ülkelere odaklanan araştırmalar da sorunun sadece düşük gelirli ülkelerle sınırlı olmadığını göstermektedir.Bu ülkelerde maternal kötü muamele prevalansının %45,3 olduğu ve kadınların yaklaşık %17,3'ünün analjeziye erişim sağlayamadığı, %19,7'sinin ise bağırıp azarlanmaya maruz kaldığı tespit edilmiştir (Fraser vd., 2025).

Türkiye'deki duruma bakıldığında, yürütülen kesitsel bir çalışmada, kadınların %76,4'ünün doğum sırasında kötü muameleye maruz kaldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada kötü muamele türleri olarak %44,4 fiziksel istismar, %44,4 bakımın terk edilmesi, %26,5 rıza alınmadan bakım, %25,1 onur kırıcı bakım, %3,3 gizliliğe aykırı bakım ve %0,4 ayrımcılık belirlenmiştir (Aşcı ve Bal, 2023). Ulaşlı Kaban ve Ay (2025) tarafından yürütülen bir çalışmada katılımcıların %7.08'inin doğum esnasında fiziksel şiddete maruz kaldığını ve bunların %87.7'sinin bunu şiddet olarak algıladığını bildirmiştir. Benzer başka bir çalışmada ise doğum yapan kadınların %95'inin vajinal muayene sıklığının 4 saatten az olduğu, %86,9'unun doğumda pozisyon özgürlüğüne sahip olmadığı, %69,8'inin doğum sürecinde refakatçisi olmadığı, %67,1'inin doğum sürecindeki kararlara dahil edilmediği ve %93,9'unun doğum sürecindeki müdahaleler için izin ve bilgi talep ettiği tespit edilmiştir (Okyay vd., 2022). Veriler, doğumda kötü muamelenin evrensel olarak yaygın ve endişe verici bir sorun olduğunu ve kadınların önemli bir kısmının doğum deneyimlerini olumsuz etkilediğini göstermektedir (Mirzania vd., 2025).

1.2.1.4.Maternal Kötü Muamelenin Türleri

Maternal kötü muamele, farklı araştırmacılar ve kuruluşlar tarafından çeşitli sınıflandırmalar altında ele alınmış olsa da bu alandaki en yaygın kabul gören sınıflandırmalar Bowser ve Hill (2010) ile Bohren vd. (2015) tarafından geliştirilmiştir (Ishola vd., 2017). Bowser ve Hill (2010), doğum sırasında kadınlara yönelik saygısızlık ve istismarı; fiziksel istismar, onamsız bakım, mahremiyetin ihlali, onur kırıcı bakım, ayrımcılık, bakımın terk edilmesi ve sağlık kuruluşunda alıkonulma olmak üzere yedi temel kategoride sınıflandırmıştır (Bowser ve Hill, 2010). Bowser ve Hill (2010) tarafından yapılan bu sınıflandırma yakın zamana kadar saygısızlık ve istismarı için mevcut olan tek sistematik teorik çerçeve olarak ele alınmıştır (Sando vd., 2017).

Bohren vd. (2015) bu çerçeveyi genişleterek, sistematik bir derleme sonucunda kanıta dayalı yeni bir sınıflandırma önermiştir. Bu yeni sınıflandırma, kötü muameleyi yedi ana alanda toplamaktadır; fiziksel istismar, cinsel istismar, sözel istismar, damgalama ve ayrımcılık, profesyonel bakım standartlarının karşılanamaması, kadınlar ve sağlık profesyoneli arasındaki zayıf iletişim ve sağlık sistemi koşulları ve kısıtlamaları. Bu sınıflandırma, kötü muamelenin sadece bireysel davranışlarla sınırlı kalmayıp, sağlık sistemindeki yapısal eksikliklerden de kaynaklanabileceğini vurgulaması açısından önemlidir (Savage ve Castro, 2017). Ayrıca bazı güncel çalışmalarda maternal kötü muamele, fiziksel, sözel ve psiko-duygusal şiddet olmak üzere üç ana başlık altında da incelenmektedir (Martínez-Galiano vd., 2021). Bohren vd. (2015) tarafından önerilen sistematik sınıflandırma çerçevesinde, doğum sırasında kadınlara yönelik kötü muameleler yedi ana kategori altında şu şekilde yapılandırılabilir:

Fiziksel İstismar; kadınların bedensel bütünlüğüne yönelik doğrudan müdahaleleri içerir. Kadınlara vurma, tokat atma, çimdikleme, tekmeleme veya kaba kuvvet kullanımı fiziksel istismarın en belirgin örnekleridir (Acar ve Şahin, 2021; Bohren vd., 2015). Ayrıca, tıbbi bir gereklilik olmaksızın veya onam alınmadan uygulanan fundal bası, epizyotomi ve kadının hareketlerinin kısıtlanarak yatağa bağlanması veya zorla tutulması da bu kapsamda değerlendirilmektedir (Bohren vd., 2015; Karabulut ve Unutkan, 2024).

Cinsel İstismar; doğum ortamında daha az rapor edilen ancak ciddi bir ihlaldir. Kadınlara yönelik her türlü cinsel taciz veya tecavüz eylemlerini kapsamaktadır (Bohren vd., 2015; Ishola vd., 2017).

Sözel İstismar; sağlık personelinin kadınlara karşı bağırması, azarlaması, alay etmesi veya hakaret içerikli ifadeler kullanmasını içerir. Ayrıca, "bebeğine zarar verirsin" gibi ifadelerle kadını korkutmak, yargılamak, suçlamak veya tedaviyi reddetmekle tehdit etmek de bu sınıfa girmektedir (Bohren vd., 2015; Bohren vd., 2019).

Damgalama ve Ayrımcılık; kadınların sahip oldukları özellikler nedeniyle farklı ve kötü muameleye maruz kalmasını ifade eder. Irk, etnik köken, din, yaş, sosyoekonomik durum veya HIV gibi nedenlerle kadınlara ayrımcılık yapılması, bakımın kalitesini doğrudan etkileyen bir kötü muamele türüdür (Bohren vd., 2015).

Profesyonel Bakım Standartlarının Karşılanamaması; bilgilendirilmiş onam alınmadan yapılan vajinal muayeneler, epizyotomi, sezaryen, indüksiyon ve amniyotomi gibi müdahaleleri kapsar (Aşcı ve Bal, 2023; Bohren vd., 2015). Bunun yanı sıra, ağrı yönetiminin sağlanmaması veya reddedilmesi ile kadının bedeninin gereksiz yere ifşa edilmesi ve gizliliğin korunmaması gibi mahremiyet ihlalleri de profesyonel standartların karşılanamaması olarak kabul edilir (Bohren vd., 2015).

Kadınlar ve Sağlık Personeli Arasındaki Zayıf İletişim; kadınların doğum sırasında sağlık çalışanlarından saygı ve destek görememeleri, ağrı ifadelerine veya sorularına kaba yanıtlar verilmesi, personelin sessiz kalması ve bakımın terk edilmesi durumlarını içerir (Acar ve Şahin, 2021; Bohren vd., 2015; Khosla vd., 2016).

Sağlık Sistemi Koşulları ve Kısıtlamaları; bireysel davranışlardan ziyade yapısal sorunlara odaklanır. Personel yetersizliği, ilaç ve ekipman eksikliği, aşırı kalabalık ve kötü fiziksel koşullar bu kapsamdadır (Bohren vd., 2015).

1.2.1.5.Maternal Kötü Muamelenin Nedenleri

Maternal kötü muamelenin etiyolojisi bireysel, kurumsal ve yapısal faktörlerin etkileşimi gibi birden çok ve karmaşık durumlar sonucunda ortaya çıkmaktadır (Bohren vd., 2015). Literatürdeki çalışmalar, bu sorunun kökeninde sağlık sistemindeki kaynak yetersizliklerinden sağlık çalışanlarının eğitim eksikliklerine, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden şiddetin normalleştirilmesine kadar uzanan çok boyutlu dinamiklerin yer aldığını göstermektedir (Sen vd., 2018). Freedman vd. (2014), bu nedenleri sadece bireysel davranışlar olarak değil, sağlık sistemindeki yapısal eksikliklerin yarattığı ve kötü muameleye zemin hazırlayan koşullar olarak ele almaktadır.

Kötü muamelenin en belirgin nedenlerinden biri olarak sağlık sistemindeki yetersizlikler ve kaynak kısıtlılıkları gösterilmektedir (Sando vd., 2017). Personel yetersizliği, aşırı iş yükü, düşük maaşlar, uzun çalışma saatleri, ilaç ve ekipman eksikliği gibi faktörler hizmet kalitesini düşürmekte ve istismarcı davranışlara zemin hazırlamaktadır (Alzyoud vd., 2023; Işık ve Nazik, 2023a). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, aşırı kalabalık doğumhaneler ve yetersiz altyapı, kadınların mahremiyetinin sağlanmasını ve birebir bakım almasını fiziksel olarak imkânsız hale getirmektedir (Kasaye vd., 2024). Bu tür yapısal şiddet ortamları, sağlık çalışanlarının kadınlara yönelik ihmalkâr veya sert davranışlarını, sistemin bir sonucu olarak meşrulaştırmalarına neden olabilmektedir (Savage ve Castro, 2017).

Sistemsel sorunların yanı sıra, sağlık çalışanlarının tutumları, mesleki eğitim süreçleri ve medikalize edilmiş doğum algısı da önemli bir etkendir (Garcia, 2023). Yalley (2023) tarafından Gana'da yapılan nitel bir çalışmada, bazı sağlık profesyonellerinin maternal kötü muameleyi bir istismar olarak değil, doğumun başarılı bir şekilde gerçekleşmesini ve bebeğin sağlıklı doğmasını sağlamak için gerekli bir strateji veya tıbbi gereklilik olarak gördüğü belirlenmiştir. Aynı çalışmada ebelerin kadınlara vurma veya bağırma gibi eylemleri, kadının ıkınmasını sağlamak ve bebeği kurtarmak amacıyla yardım etme girişimi olarak rasyonalize ettikleri saptanmıştır. Ayrıca, tıp ve sağlık bilimleri eğitimi sırasında öğrencilerin, klinik ortamda kötü muamele içeren uygulamalara tanık olmalarının ve hiyerarşik yapı nedeniyle buna sessiz kalmalarının, kötü muamelenin gizli müfredat yoluyla öğrenilmesine ve normalleştirilmesine yol açtığı bildirilmiştir (Llagostera-Reverter vd., 2025).

Maternal kötü muamelenin temelinde yatan en derin nedenlerden biri ise toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ataerkil güç dinamikleridir (Taghizadeh vd., 2021). Kadın bedeninin ve üreme süreçlerinin, tıbbi otorite tarafından kontrol altına alınması ve patolojik bir süreç olarak yönetilmesi, kadınların özerkliğini zedeleyen temel faktörlerdendir (Cohen Shabot, 2016; Karabulut ve Unutkan, 2024). Sağlık kurumlarındaki hiyerarşik yapı, hastayı bilgisiz ve pasif, sağlık profesyonelini ise otorite sahibi konumuna yerleştirerek, kadınların karar alma süreçlerine katılımını engellemekte ve dayatmacı yaklaşımları güçlendirmektedir. Bununla birlikte, birçok ülkede maternal kötü muamelenin yasal bir tanımının bulunmaması, şikâyet mekanizmalarının yetersizliği ve denetim eksikliği, bir cezasızlık kültürü oluşturarak sorunun devam etmesine neden olmaktadır (Bohren vd., 2015).

1.2.1.6.Maternal Kötü Muameleye Maruziyette Risk Faktörleri

Maternal kötü muameleye maruz kalma riski, kadının sosyo-demografik özellikleri, obstetrik öyküsü ve sağlık sistemine ilişkin faktörlerin karmaşık bir etkileşimi sonucunda

şekillenmektedir (Mirzania vd., 2025). Literatür incelendiğinde, genç yaşta olmak, düşük eğitim düzeyine sahip olmak ve düşük sosyo-ekonomik statü, kötü muameleye maruz kalma riskini artıran en belirgin sosyo-demografik faktörler arasında yer almaktadır (Bohren vd., 2019; Işık ve Nazik, 2023b). Özellikle 15-19 yaş aralığındaki genç kadınların ve eğitim almamış olanların, yaşça daha büyük ve eğitimli kadınlara kıyasla sözel veya fiziksel istismara uğrama olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bohren vd., 2019). Benzer şekilde, düşük gelir düzeyine sahip kadınların, bekar annelerin ve adolesanların sağlık kurumlarında daha savunmasız oldukları ve kötü muamele görme risklerinin arttığı bildirilmektedir (Jardim ve Modena, 2018; Işık ve Nazik, 2023b; WHO, 2015).

Toplumsal eşitsizlikler ve ayrımcılık temelli risk faktörleri de maruziyet üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Jardim ve Modena, 2018; Mirzania vd., 2025). Etnik azınlıklar, göçmenler ve dezavantajlı gruplara mensup kadınların, avantajlı sosyal gruplara kıyasla daha yüksek oranda kötü muamele ve saygısızlık yaşadıkları görülmektedir (Gurung vd., 2022; Jardim ve Modena, 2018; Vedam vd., 2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, beyaz olmayan kadınların düşük sosyo-ekonomik statüye sahip olmaları durumunda kötü muamele görme oranlarının, aynı statüdeki beyaz kadınlara göre daha yüksek olduğu ve ırk ile sosyo-ekonomik durumun kesişimsel bir risk oluşturduğu ortaya konmuştur (Vedam vd., 2019). Ayrıca, istenmeyen gebeliklerin de doğum sırasında saygısızlık ve istismar riskini artırdığı rapor edilmiştir (Dolatabadi vd., 2025).

Obstetrik özellikler ve doğumun gerçekleşme şekli de kötü muamele riskini etkileyen önemli unsurlardır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların sezaryen ile doğum yapan kadınlara göre, doktor tarafından doğum yaptırılanların ise ebe tarafından yaptırılanlara göre daha yüksek oranda obstetrik şiddet bildirdiği saptanmıştır (Aşcı ve Bal, 2023). Buna karşın, başka çalışmalarda doğumda vakum/forseps kullanımı, devlet hastanesinde doğum yapma ve doğum sırasında komplikasyon varlığının, kötü muamele riskini önemli ölçüde artırdığı, buna karşılık doktor tarafından bakım almanın riski azalttığı yönünde farklı bulgular elde edilmiştir (Dolatabadi vd., 2025; Gebeyehu vd., 2023). İtalya'da yürütülen bir çalışmada ise, vajinal doğum yapmanın sezaryene kıyasla, istismar ve şiddet olasılığını artırdığı belirlenmiştir (Scandurra vd., 2022).

Sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin süreçler, özellikle doğum öncesi bakım ve refakatçi desteği, maruziyet riskini değiştirebilmektedir (Aşcı ve Bal, 2023; Işık ve Nazik, 2023a). Doğum öncesi eğitim almamış olmak ve antenatal bakım sürecine yeterince dahil olmamak kadınların kötü muameleye karşı daha savunmasız kalmalarına neden olabilmektedir

(Işık ve Nazik, 2023b). Ayrıca Türkiye'de yapılan bir çalışmada doğum sırasında refakatçinin bulunmaması, kadınların kötü muamele görme ihtimalini artıran önemli bir risk faktörü olarak tanımlanmışken (Aşcı ve Bal, 2023), başka bir çalışmada durum tam tersi olarak bildirilmiş ve refakatçisi olmayanların, yanında refakatçisi olanlara kıyasla saygısızlıkla karşılaşma olasılığı daha düşük bulunmuştur (Dolatabadi vd., 2025). Coğrafi yerleşim açısından bakıldığında ise, kentsel alanlarda yaşayan kadınların kırsal alanlarda yaşayan kadınlara göre daha yüksek oranda kötü muamele ve saygısızlığa maruz kaldığı ve bunun kırsal kesimde yaşayan kadınların hakları konusunda farkındalık eksikliğinden kaynaklandığı bildirilmiştir (Mihret, 2019).

1.2.1.7.Maternal Kötü Muamelenin Maternal ve Fetal Sonuçları

Doğum eylemi sırasında karşılaşılan saygısızlık ve istismar, yalnızca kadınların bedensel bütünlük, sağlık ve ayrımcılıktan korunma gibi temel insan haklarını ihlal etmekle kalmayan, aynı zamanda yaşam boyu sürebilecek fiziksel ve psikososyal travmalara yol açarak anne sağlığını tehlikeye atan küresel bir halk sağlığı sorunudur (Alzyoud vd., 2023). Araştırmalar, bu tür davranışların doğrudan ve dolaylı olarak olumsuz maternal ve yenidoğan çıktılarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Miller ve Lalonde, 2015). Fiziksel sağlık açısından bakıldığında, kötü muamele içeren ihmalkâr davranışlar veya gereksiz müdahaleler, uzamış doğum eylemi, postpartum kanama ve vajinal hematom gibi ciddi komplikasyon risklerini artırmaktadır (Taghizadeh vd., 2021). Ayrıca, tıbbi bir gereklilik olmaksızın uygulanan sezaryen, epizyotomi veya Kristeller manevrası gibi işlemler, kadınlarda fiziksel yaralanmalara, perineal travmalara ve iyileşme sürecinin uzamasına neden olabilmektedir (Karabulut ve Unutkan, 2024; Martínez-Galiano vd., 2021).

Maternal kötü muamelenin en derin etkileri psikolojik sağlık üzerinde görülmektedir. Doğum sırasında yaşanan istismar, ihmal veya saygısızlık, kadınlarda doğum sonrası depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Silveira vd., 2019; Silva-Fernandez vd., 2023). Yapılan çalışmalar, maternal kötü muameleye maruz kalan kadınların, maruz kalmayanlara göre doğum sonrası depresyon belirtileri gösterme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Leite vd., 2020; Paiz vd., 2022). Benzer çalışmalarda da, sözlü veya fiziksel şiddete uğrayan, mahremiyeti ihlal edilen veya onam alınmadan müdahale edilen kadınlarda doğumla ilişkili travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının, anksiyetenin ve doğum korkusunun daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Martinez-Vazquez vd., 2021; Dolatabadi vd., 2025). Kadınlar bu deneyimleri genellikle aşağılanma, değersiz hissetme ve güçsüzlük duygularıyla tanımlamakta, bu durum onların

benlik saygısını zedelemekte ve uzun vadeli duygusal travmalara yol açmaktadır (Taghizadeh vd., 2021).

Fetal ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkiler incelendiğinde, kötü muamelenin anne-bebek bağlanmasını ve emzirme süreçlerini olumsuz etkilediği görülmektedir (Taghizadeh vd., 2021). Doğum sırasında yaşanan stres ve travma, oksitosin salınımını baskılayarak süt üretimini geciktirebilmekte ve emzirmenin erken dönemde başarısız olmasına neden olabilmektedir (Leite vd., 2023). Araştırmalar, obstetrik şiddet algısı yüksek olan kadınların, doğumdan sonraki ilk saatte emzirmeye başlama olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir (Ballesta-Castillejos ve Rodríguez-Almagro, 2025). Ayrıca, annenin yaşadığı travma ve sağlık profesyoneline duyulan güvensizlik, anne ile bebek arasındaki duygusal bağın kurulmasını zorlaştırabilmekte ve annenin bebeğine karşı yabancılaşmasına yol açabilmektedir (Taghizadeh vd., 2021; Karabulut ve Unutkan, 2024).

Kötü muamelenin sistemsel bir sonucu olarak, kadınların sağlık sistemine olan güveni sarsılmakta ve gelecekteki sağlık arama davranışları olumsuz etkilenmektedir (Bohren vd., 2015). Doğum sırasında saygısız ve istismarcı davranışlara maruz kalan kadınlar, sonraki gebeliklerinde doğum öncesi bakım almaktan kaçınabilmekte veya hastane yerine evde doğumu tercih edebilmektedir (Bohren vd., 2015; Ishola vd., 2017). Kadınların sağlık hizmetlerine erişimden kaçınmasına yol açan bu durum, profesyonel maternal bakımdan yoksun kalınmasına neden olarak, anne ve bebek açısından önlenebilir mortalite ve morbidite risklerini artıran, olumsuz gebelik sonuçlarına zemin hazırlamaktadır (Ferrão vd., 2022; Gebeyehu vd., 2023).

1.2.1.8. Maternal Kötü Muamelenin Önlenmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde kadınlar ve yenidoğanlarla en yakın ve sürekli etkileşim içerisinde olan sağlık profesyonelleri olarak hemşireler, maternal kötü muamelenin önlenmesinde ve saygılı annelik bakımının sunulmasında kilit bir role sahiptir (Işık ve Nazik, 2023b; Vatansever ve Baltacı, 2024). Bu bağlamda hemşirelerin temel sorumluluğu, kadınların mahremiyetini ve onurunu koruyan, zarar görmelerini engelleyen, bilinçli seçim yapmalarını destekleyen ve bütüncül bir yaklaşımı benimseyen güvenli bir bakım ortamı sağlamaktır (Özcan ve Akdemir, 2023).

Kadınların kendi sağlık süreçleri ve bedenleri üzerinde karar verme özerkliğinin sağlanması, bakım sağlayıcılar ile kadınlar arasındaki aktif iş birliğine ve ortak karar alma

dinamiklerine dayanmaktadır (Begley vd., 2019). Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin temel sorumluluğu, tedavi seçenekleri hakkında eksiksiz bilgilendirmek ve epizyotomi veya indüksiyon gibi müdahalelerin rutinleşmesini önleyerek, bu uygulamaları yalnızca tıbbi zorunluluk hallerinde ve bilgilendirilmiş onam doğrultusunda gerçekleştirmektir (Begley vd., 2019; Castro ve Rocha, 2020).

Eğitim ve farkındalık, kötü muamelenin önlenmesinde bir diğer kritik bileşendir (Dağlar ve Acar, 2024). Doğum sürecinde ve sonrasında insancıl ve uygun sağlık hizmeti sunulabilmesi için, özellikle hastaya en yakın olan hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanlarına yönelik farkındalık ve rehberlik programları geliştirilmesi, eğitim programları ve önleme kampanyaları son derece önemlidir (Castro ve Rocha, 2020). Ebeler üzerinde yapılan bir çalışma, saygılı annelik bakımı konusunda bilgisi ve farkındalığı yüksek olan bakım verenlerin, kadınlara daha saygılı ve nitelikli hizmet sunduğunu göstermektedir (Chukwudozie vd., 2022). Bu nedenle, hemşirelerin mesleki gelişimlerinin sürekliliğinin sağlanması ve insan haklarına dayalı bakım kültürünü içselleştirmeleri gerekmektedir (Vatansever ve Baltacı, 2024).

Sağlık profesyonelleri, kadınlarla empatik, yargılamadan uzak ve açık bir iletişim kurarak, onların korku ve endişelerini gidermeli ve güvene dayalı bir ilişki inşa etmelidir (WHO, 2018). Kadınların duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması, onlara kendilerini değerli ve önemli hissettirerek olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarına katkı sağlamaktadır (Vatansever ve Baltacı, 2024). Sonuç olarak hemşireler, bakım sundukları ortamda saygı ve haysiyet kültürünü teşvik ederek, etik ilkelere bağlı kalarak ve kadınların sesini duyurarak maternal kötü muameleyle mücadelede aktif rol oynamalıdır (Vatansever ve Baltacı, 2024).

1.2.2. Empati

Empati, tek boyutlu bir kavram olmaktan ziyade, bilişsel, duyuşsal, davranışsal ve ahlaki boyutları içeren çok katmanlı bir yapıdır (Ferri vd., 2017; Moudatsou vd., 2020). Bilişsel empati, karşımızdaki kişinin duygu ve düşüncelerini zihinsel bir çabayla kavrayıp onun bakış açısını benimsemek olarak tanımlanırken, duygusal empati, bu hisleri içselleştirerek duruma uygun ve duyarlı bir tepki geliştirebilme kapasitesidir (Bağ, 2024; Sedaghati Kesbakhi ve Rohani, 2020). Davranışsal boyut, empatinin eyleme dönüştüğü aşamayı ifade etmektedir. Bu boyutta sağlık profesyoneli, kurduğu terapötik ilişki ve sergilediği özverili davranışlarla hastanın acılarını ve sıkıntılarını hafifletmek için eyleme geçer (Moudatsou vd., 2020).

1.2.2.1.Empatinin Tanımı ve Kavramsal Gelişimi

Empati kavramının kökeni incelendiğinde, Eski Yunanca'da içine, içine koymak anlamına gelen "em" ve "acı, duygu, tutku" anlamlarını taşıyan "pathos" kelimelerinin birleşiminden türetildiği görülmektedir (Charitou vd., 2019). Kavramsal olarak ilk izlerine Aristo'nun "Rhetoric" adlı eserinde rastlanmakla birlikte, terimin modern bilimsel literatüre girişi 19. yüzyılın sonlarında estetik ve sanat felsefesi üzerinden olmuştur (Deniz ve Güven, 2023). İlk olarak bir sanat eserini gözlemlerken hissedilen duygusal katılımı tanımlamak amacıyla "içine hissetme" anlamına gelen Almanca "Einfühlung" kavramı kullanılmıştır ve daha sonra Alman psikolog Theodor Lipps bu kavramı estetik alandan psikoloji alanına taşıyarak, bir başkasının zihinsel durumunu anlama süreci olarak yeniden çerçevelemiştir (van Dijke vd., 2020). Tichener ise Lipps'in terimini iki Yunanca kökten 'empathy' kelimesini türeterek İngilizce'ye çevirmiştir (Charitou vd., 2019).

1950'lerin sonuna kadar ağırlıklı olarak bilişsel bir kavram olarak ele alınan empati, 1960'lardan itibaren duygusal boyutun da vurgulanmasıyla genişlemiştir. 1970'lerden günümüze ise davranışsal boyutun da literatüre dahil olmasıyla empati çok boyutlu yapısına kavuşmuş ve sağlık profesyonellerinin günlük uygulamalarının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanmıştır (Moudatsou vd., 2020). Rogers (1959), empatiyi "Bir başkasının içsel referans çerçevesini ve duygusal bileşenlerini, sanki o kişiymiş gibi ancak kendi benliğini kaybetmeden doğru bir şekilde algılama yeteneği" (s.210) olarak tanımlamıştır. Hojat vd. (2003) ise hasta bakımı bağlamında empatiyi şu şekilde tanımlamıştır: "Empati, hastanın deneyimlerini, endişelerini ve bakış açılarını anlamayı ve bu anlayışı iletebilmeyi içeren, ağırlıklı olarak bilişsel bir özelliktir" (s.28). Biliş, anlama ve iletişim, yaygın olarak kullanılan bu empati tanımının temel bileşenleridir (Charitou vd., 2019). Dolayısıyla empati, başkasının duygularını birebir yaşamaktan ziyade, bu duyguları ve durumu anlamlandırmaya odaklanan bilinçli bir süreçtir (Bağ, 2024).

1.2.2.2.Empatiyi Etkileyen Faktörler

Empati düzeyleri, bireysel özelliklerden mesleki ve çevresel koşullara kadar uzanan geniş bir yelpazede çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Elayyan vd., 2018). Literatürde en sık incelenen değişkenlerden biri cinsiyettir ve yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz çalışması, kadın sağlık çalışanlarının erkek meslektaşlarına göre istatistiksel olarak daha yüksek empati düzeylerine sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Gohri vd., 2025). Hemşirelik öğrencileri ve çalışan hemşireler üzerinde yürütülen çalışmalarda da kadınların empati puanlarının erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Doğan ve Ünsar, 2025;

Ferri vd., 2017; Free vd., 2025; Sedaghati Kesbakhi ve Rohani, 2020; Tiryaki Şen vd., 2012). Bu durum, kadınların duygusal ipuçlarına karşı daha duyarlı olmaları ve toplumsal cinsiyet rolleri gereği bakım verme davranışlarına daha yatkın olmaları ile ilişkilendirilmektedir (Ferri vd., 2017).

Yaş ve medeni durum gibi diğer sosyodemografik özelliklerin empati üzerindeki etkisi konusunda ise literatürde farklı bulgular yer almaktadır. Bazı çalışmalarda yaşın ilerlemesiyle birlikte empati puanlarının arttığı ve 36-45 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının daha genç meslektaşlarına göre daha yüksek puanlar aldığı belirtilmektedir (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015; Tiryaki Şen vd., 2012). Buna karşın, sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan güncel bir meta-analizde yaşın empati puanlarını anlamlı ölçüde etkilemediği sonucuna varılmıştır (Gohri vd., 2025). Medeni durum açısından incelendiğinde, evli olanların bekar olanlara göre daha yüksek empati gösterdiğini belirten çalışmalar olduğu gibi (Gohri vd., 2025), bekar sağlık çalışanlarının evli olanlara kıyasla daha yüksek empati puanlarına sahip olduğunu ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur (Sedaghati Kesbakhi ve Rohani, 2020; Tiryaki Şen vd., 2012). Ayrıca çocuk sahibi olmanın empati puanını düşürebileceğine dair bulgulara da rastlanmıştır (Tiryaki Şen vd., 2012).

Eğitim düzeyi ve mesleki deneyim süreci, empatik becerilerin şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Tiryaki Şen vd., 2012). Lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin, sağlık meslek lisesi veya ön lisans mezunlarına göre daha yüksek empati becerisine sahip oldukları saptanmıştır (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015; Tiryaki Şen vd., 2012). Ancak eğitim süreci boyunca empatinin gelişimi incelendiğinde, öğrencilerin eğitim yılları ilerledikçe empati düzeylerinde bir düşüş yaşandığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Ferri vd., 2017). Özellikle hemşirelik öğrencilerinin dördüncü sınıftaki empati seviyelerinin, birinci sınıfa kıyasla anlamlı derecede azaldığı gözlemlenmiştir (Sedaghati Kesbakhi ve Rohani, 2020). Bu durum, öğrencilerin klinik eğitim sürecinde hastaların sıkıntılarına yoğun bir biçimde maruz kalmaları ve bu süreçte deneyimledikleri empatik katılımın getirdiği duygusal yük ile ilişkilendirilmektedir (Ferri vd., 2017).

Çalışma ortamı, iş yükü ve tükenmişlik sendromu, empatiyi doğrudan etkileyen kritik faktörler arasında gösterilmektedir (Elayyan vd., 2018). Haftalık çalışma süresi uzadıkça hemşirelerin iletişim ve empati becerilerinin azaldığı tespit edilmiştir (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015). Benzer şekilde hemşire yardımcıları ile yapılan bir çalışmaya göre, ağır iş yükü, zaman kısıtlamaları ve yetersiz personel sayısı, empatik bakım sunulmasını zorlaştıran ve duygusal duyarsızlaşmaya yol açan engeller olarak tanımlanmıştır (Hu vd., 2024).

Literatürde tükenmişlik ile empati arasında tutarlı bir negatif ilişki olduğu, tükenmişlik düzeyi arttıkça empati seviyesinin düştüğü vurgulanmaktadır (Wilkinson vd., 2017; Zhou, 2025). Ayrıca ruh sağlığı hemşireleri ile yapılan çalışmada, acil ve yoğun bakım gibi yüksek stresli birimlerde çalışanlara kıyasla, daha az yoğun birimlerde çalışanların duygu ve düşünceleri anlamlandırma çabalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Free vd., 2025).

Bireysel yetkinlikler ve sosyoekonomik faktörler de empatiyi etkileyen diğer değişkenlerdendir (Gohri vd., 2025). İletişim becerileri ile empati arasında pozitif bir ilişki olduğu ve iletişim becerisi yüksek olan hemşirelerin empati puanlarının da yüksek olduğu saptanmıştır (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015). Ayrıca kültürlerarası duyarlılık düzeyinin artması, empati düzeyini olumlu yönde etkilemektedir (Yurttaş ve Aras, 2020). Ekonomik durum açısından ise, öğrenciler üzerinde yapılan bazı çalışmalar gelirinin giderine denk veya fazla olduğunu belirten öğrencilerin empatilerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Doğan ve Ünsar, 2025; Yurttaş ve Aras, 2020).

1.2.2.3.Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerinde Empatinin Yeri ve Önemi

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve özellikle hemşirelik mesleğinde empati, kaliteli bakımın ve terapötik ilişkinin en temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir, 2015; Mirzaei Maghsud vd., 2020). Hemşireler, hastaların fiziksel, sosyal ve duygusal gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla ele alırken, empatiyi etkili bir iletişim aracı ve profesyonel bir yetkinlik olarak kullanmaktadır (Tiryaki Şen vd., 2012). Sağlık bakımında empati, hastanın deneyimlerini, endişelerini ve bakış açısını doğru bir şekilde anlamayı, bu anlayışı hastaya iletmeyi ve bu doğrultuda harekete geçmeyi içeren çok boyutlu bir süreçtir (Gohri vd., 2025; Moudatsou vd., 2020).

Klinik uygulamalarda empatik bir yaklaşım sergilemek, hasta ve sağlık profesyoneli arasında güvene dayalı, sağlam bir ilişkinin kurulmasını sağlamaktadır (Sedaghati Kesbakhi ve Rohani, 2020). Hastalar, kendileriyle empati kurulduğunda anlaşıldıklarını, önemsendiklerini ve birey olarak değer gördüklerini hissetmektedirler (Tiryaki Şen vd., 2012). Bu güven ortamı, hastaların tedavi süreçlerine daha aktif katılımlarını sağlamakta, tedaviye uyumlarını artırmakta ve sonuç olarak hasta memnuniyetini yükseltmektedir (Gohri vd., 2025; Ward vd., 2012). Ayrıca, empatik iletişimin hastaların anksiyete ve stres düzeylerini azalttığı, psikososyal uyumlarını kolaylaştırdığı ve iyileşme sürecini hızlandırdığı belirtilmektedir (Bağ, 2024; Charitou vd., 2019).

Empatinin sağlık hizmetlerindeki önemi, yalnızca hasta memnuniyeti ile sınırlı kalmayıp, klinik sonuçlar ve hasta güvenliği üzerinde de doğrudan etkilere sahiptir (Gohri vd., 2025). Sağlık profesyonellerinin yüksek empati düzeylerine sahip olması, daha doğru teşhislerin konulmasına, tıbbi hataların azalmasına ve komplikasyon oranlarının düşmesine katkı sağlamaktadır (Ferri vd., 2017; Gohri vd., 2025). Buna karşın, empati eksikliği veya yoksunluğu teşhis, tedavi ve bakım süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilir ve hemşirelik bakımına ilişkin şikayetlerin artmasına neden olabilir (Ferri vd., 2017).

Kurumsal ve profesyonel açıdan değerlendirildiğinde ise empati, sağlık çalışanlarının mesleki doyumunu ve iyi oluşunu etkileyen kritik bir faktördür (Ferri vd., 2017; Moudatsou vd., 2020). Ayrıca, empatik bakımın sağlandığı durumlarda hastaların hastanede kalış sürelerinin kısaldığı ve bu durumun sağlık sistemi üzerindeki ekonomik yükü hafifleterek kaynakların daha verimli kullanılmasına olanak tanıdığı ifade edilmektedir (Ferri vd., 2017).

1.2.2.4.Empatiyi Kolaylaştıran ve Zorlaştıran Faktörler

Sağlık profesyonellerinin empatik becerilerini etkin bir şekilde kullanabilmeleri hem bireysel özelliklerden hem de çevresel ve kurumsal dinamiklerden etkilenen karmaşık bir süreçtir (Elayyan vd., 2018). Empatiyi kolaylaştıran bireysel faktörler incelendiğinde, yüksek benlik saygısı, kişilerarası ilişki yetkinliği ve öz yeterlilik düzeyinin empatik eğilimleri pozitif yönde etkilediği görülmektedir (Kim, 2018). Ayrıca, kadınların erkeklere göre daha yüksek empati düzeyleri sergiledikleri, dolayısıyla cinsiyetin empatiyi kolaylaştıran bir demografik değişken olduğu belirtilmektedir (Gohri vd., 2025). Bireyin kendi duygularının farkında olması, geçmiş deneyimlerini bir referans noktası olarak kullanabilmesi ve yansıtıcı düşünme yeteneğine sahip olması, empatinin profesyonel bir zeminde sürdürülebilmesi için kolaylaştırıcı unsurlar olarak öne çıkmaktadır (Bağ, 2024; Yu vd., 2022).

Eğitim ve mesleki gelişim süreçleri, empatinin kazanılması ve sürdürülmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Yu vd., 2022). Empati eğitim programlarının, hemşirelerin empatik becerilerini anlamlı düzeyde artırdığı ve bu becerinin öğrenilebilir bir nitelik taşıdığı kanıtlanmıştır (Mirzaei Maghsud vd., 2020). Ayrıca, sağlık çalışanlarının hastaların duygu ve tepkilerini daha iyi anlamasını sağlayan faktörler incelendiğinde, mesleki kimlik gelişimi, rol modellerin dönüştürücü etkisi ve iletişim becerileri eğitimlerinin empatik yanıt oluşturmada kritik bir rol oynadığı görülmektedir (Yu vd., 2022). Kültürlerarası duyarlılık düzeyinin yüksek olması da empati sürecine olumlu katkı sağlamaktadır (Yurttaş ve Aras, 2020). Öte yandan, sağlık hizmetlerinin sunumunda empatiyi zorlaştıran ve engelleyen çeşitli faktörler bulunmaktadır (Yu vd., 2022). Özellikle yoğun iş yükü, zaman kısıtlamaları ve personel

yetersizliği, sağlık çalışanlarının hastalarına yeterli zamanı ayıramamasına ve empatik bir yaklaşım sergileyememesine neden olan temel engellerdir (Hu vd., 2024). Acil durumlar gibi durumsal stres faktörleri ve hastaların veya hasta yakınlarının olumsuz davranışları da empati sürecini kesintiye uğratan faktörler arasında yer almaktadır (Yu vd., 2022).

Psikolojik ve duygusal faktörler açısından değerlendirildiğinde, tükenmişlik sendromu, duyarsızlaşma ve duygusal yorgunluk, empatiyi engelleyen en güçlü faktörlerdendir (Zhou, 2025). Tükenmişlik düzeyi arttıkça sağlık profesyonellerinin empati düzeylerinde belirgin bir düşüş gözlemlenmekte ve bu iki kavram arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (Wilkinson vd., 2017; Zhou, 2025). Ayrıca, sürekli olarak hastaların acılarına ve taleplerine maruz kalmak, zamanla sağlık çalışanlarında duygusal bir duyarsızlaşmaya yol açabilmekte, bu durum da hastaların duygusal ihtiyaçlarının göz ardı edilmesine ve empatik yanıtın körelmesine neden olabilmektedir (Hu vd., 2024).

1.2.3. Doğum İnancı

Doğum inancı kavramı, bireylerin doğum eyleminin fiziksel doğasına ve sürece dair sahip oldukları temel görüşler ve kabuller olarak tanımlanmaktadır (Çuvadar ve Yücetürk, 2025). Kadınların doğum sürecine yönelik beklentilerini, doğum şekli tercihlerini ve doğum deneyimlerini şekillendiren en temel unsurlardan biri olan bu inançlar, genellikle gebelik süreci başlamadan çok önce oluşmaktadır (Barut ve Güney, 2022; Preis, Chen vd., 2018).

Literatürde bu kavram, "doğal bir süreç olarak doğum" ve "tıbbi bir süreç olarak doğum" olmak üzere iki ana boyutta ele alınmaktadır (Paker ve Ertem, 2022; Vogels-Broeke vd., 2023). Doğal doğum inancı, doğumun normal, güvenli ve fizyolojik bir olay olduğunu, kadın bedeninin bu eylemi gerçekleştirebilecek yeterlilikte tasarlandığını ve zorunlu haller dışında müdahale edilmemesi gerektiğini savunmaktadır (Ünal Toprak ve Turan, 2023). Buna karşılık tıbbi doğum inancı, doğumun doğası gereği riskli ve tehlikeli bir süreç olduğunu, eylemin tıbbi uzmanlık denetiminde gerçekleşmesi gerektiğini ve doğum ağrısının tıbbi yöntemlerle yönetilmesi gerektiğini öngörmektedir (Barut ve Güney, 2022; Dinç ve Karataş Okyay, 2021).

Bu iki inanç boyutu birbirini dışlayan uç noktalar olmayıp, aynı bireyde farklı düzeylerde bulunabilen ve birlikte var olabilen görüşler olarak değerlendirilmektedir (Preis, Pardo vd., 2018; Ünal Toprak ve Turan, 2023). Kadınlar her iki inanç türünden de aynı anda etkilenebilmekte, güvenli bir doğum için tıbbi bakımı tercih ederken aynı zamanda doğal doğumu arzulayabilmektedir (Ünal Toprak ve Turan, 2023).

1.2.3.1.Doğum İnancının Önemi

Doğum inançlarının önemi, bu inançların kadınların doğum algılarını şekillendiren ve doğum tercihlerine yön veren temel yapı taşları olmasından kaynaklanmaktadır (Dinç ve Karataş Okyay, 2021). Kadınların doğumun nerede, kiminle ve ne şekilde gerçekleşeceğine dair verdikleri kararlar üzerinde, sahip oldukları doğum inançları belirleyici bir role sahiptir (Alp Yılmaz ve Durgun Ozan, 2020).

Yanlış veya işlevsel olmayan doğum inançları, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilecek deneyimlere, doğum korkusunun artmasına ve isteğe bağlı sezaryen gibi tıbbi müdahalelere yönelime neden olabilmektedir (Alp Yılmaz ve Durgun Ozan, 2020; Barut ve Güney, 2022). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin kadınların inançlarını, tutumlarını ve korkularını anlaması, doğum eylemi sırasında kurulacak etkileşimin kalitesini artırmakta ve uygun bakım stratejilerinin geliştirilmesine olanak sağlamaktadır (Alp Yılmaz ve Durgun Ozan, 2020; Dinç ve Karataş Okyay, 2021).

1.2.3.2.Doğum İnancını Etkileyen Faktörler

Kadınların doğum inançlarının oluşumunda ve şekillenmesinde, sosyodemografik özellikler, obstetrik öykü, medya ve sosyal çevre, sosyal normlar ve sağlık profesyonellerinin tutumları gibi çok sayıda faktör etkili olmaktadır (Paker ve Ertem, 2022; Barut ve Güney, 2022). Bireylerin doğumu tıbbi veya doğal bir süreç olarak algılamaları, biyopsikososyal faktörler ve kişilik özellikleriyle yakından ilişkilidir (Dinç ve Karataş Okyay, 2021; Durgun Ozan ve Alp Yılmaz, 2020). Literatürde yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, doğum hakkında yeterli bilgiye sahip olma ve kronik hastalık gibi sosyodemografik değişkenlerin doğum inançları üzerinde belirleyici olduğu bildirilmektedir (Dinç ve Karataş Okyay, 2021; Erdoğan Acar vd., 2025). Sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, obstetrik ve jinekolojik geçmiş de doğum inançlarını şekillendiren temel unsurlar arasında yer almaktadır (Barut ve Güney, 2022).

1.2.3.2.1. Doğal Doğum İnancını Etkileyen Faktörler

Doğumun fizyolojik, güvenli ve doğal bir süreç olduğuna dair inancın şekillenmesinde bireysel, obstetrik, psikolojik ve eğitimsel faktörler belirleyici rol oynamaktadır (Alp Yılmaz ve Durgun Ozan, 2020; Çuvadar ve Yücetürk, 2025; Preis, Chen vd., 2018). Yapılan bir çalışmada, ileri yaş grubundaki veya orta yaş aralığındaki kadınların, 25 yaş altı kadınlara kıyasla doğal doğum inancı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi

açısından incelendiğinde ise düşük gelir düzeyine sahip kadınların doğal süreç inancı puanlarının, orta ve yüksek gelir grubuna göre daha düşük olduğu görülmektedir (Alp Yılmaz ve Durgun Ozan, 2020). Ayrıca Hollanda'da yapılan başka bir çalışmada, yüksek eğitim düzeyinin ve daha önceki olumlu doğum deneyimlerinin, kadınların doğumun doğal bir olay olduğuna dair inançlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmektedir (Vogels-Broeke vd., 2023).

Obstetrik öykü ve gebelik sürecindeki deneyimler, doğal doğum inancını etkileyen en güçlü faktörler arasında yer almaktadır. Gebeliğin planlı olması, spontan yolla gebe kalınması ve gebelik sırasında herhangi bir sağlık sorunu yaşanmaması, kadınların doğumu doğal bir süreç olarak görme eğilimini artırmaktadır (Alp Yılmaz ve Durgun Ozan, 2020; Preis, Chen vd., 2018). Bununla birlikte yapılan bir çalışmada, daha önce düşük veya kürtaj gibi olumsuz deneyimler yaşamış kadınların da doğal süreç inançlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Barut ve Güney, 2022). Gebelik haftası da inançlar üzerinde etkili olup, 28-36. gebelik haftaları arasındaki kadınların, doğumu 37. hafta ve üzerindekilere göre daha doğal bir süreç olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir (Barut ve Güney, 2022). Ayrıca, vajinal doğumu tercih etmeyi planlayan kadınların doğal süreç inancı puanlarının, sezaryen planlayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir (Alp Yılmaz ve Durgun Ozan, 2020; Preis vd., 2019).

Psikolojik faktörler ve kişilik özellikleri de doğal doğum inancının oluşumunda önemli bir yere sahiptir (Dinç ve Karataş Okyay, 2021; Preis, Chen vd., 2018). İyimserlik düzeyi yüksek olan kadınların, doğumu doğal bir süreç olarak algılama eğilimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Preis, Chen vd., 2018). Benzer şekilde, öz şefkat düzeyi yüksek olan kadınların doğal doğum inançlarının daha güçlü olduğu ve doğum korkusunun da az olduğu belirtilmektedir (Ebrahimi vd., 2025; Samios vd., 2020). Ayrıca, yumuşak başlılık ve öz denetimlilik gibi kişilik özelliklerinin de doğal süreç inancı ile pozitif yönde ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Dinç ve Karataş Okyay, 2021).

Eğitim ve bilgilendirme süreçleri, yanlış inanışların düzeltilmesi ve doğal doğum algısının güçlendirilmesinde kritik bir faktördür. Doğum öncesi eğitim sınıflarına katılan kadınların, eğitim sonrasında tıbbi müdahale odaklı inançlarının azaldığı ve doğumun doğal bir süreç olduğu fikrinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir (Sucu vd., 2025). Sağlık profesyoneli adayları (ebelik ve hemşirelik öğrencileri) üzerinde yapılan çalışmalarda ise sınıf düzeyinin artması, doğum ve kadın sağlığı derslerinin alınması ve klinik uygulamalara çıkılması ile doğal doğum inancının yükseldiği gözlemlenmiştir (Ünal Toprak

ve Turan, 2023; Çuvadar ve Yücetürk, 2025). Ayrıca, geniş aile yapısına sahip olan öğrencilerin doğal süreç inancı puanlarının, çekirdek aileye sahip olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çuvadar ve Yücetürk, 2025).

1.2.3.2.2. Tıbbi Doğum İnancını Etkileyen Faktörler

Doğumu tıbbi bir süreç olarak algılama eğilimi, doğumun doğası gereği riskli ve tehlikeli olduğu, sürecin mutlaka tıbbi uzmanlık ve teknoloji ile yönetilmesi gerektiği ve doğum ağrısının gereksiz bir ıstırap olup tıbbi yöntemlerle giderilmesi gerektiği inancına dayanmaktadır (Barut ve Güney, 2022; Dinç ve Karataş Okyay, 2021). Doğumun tıbbi bir süreç olduğu inancının şekillenmesinde psikolojik faktörler, obstetrik öykü, bilgi düzeyi ve sosyodemografik özellikler gibi çeşitli değişkenler rol oynamaktadır. Özellikle eğitim düzeyi düşük, herhangi bir işte çalışmayan ve kırsal kesimde yaşayan kadınların, doğumu tıbbi bir süreç olarak görme eğilimlerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Dinç ve Karataş Okyay, 2021).

Psikolojik faktörler, özellikle doğum korkusu ve travmatik doğum algısı, tıbbi doğum inancının en güçlü belirleyicileri arasında yer almaktadır. Travmatik doğum algısı yüksek olan kadınların, doğumu yönetilmesi gereken tıbbi bir kriz olarak görme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir (Dinç ve Karataş Okyay, 2021; Preis, Chen vd., 2018). Benzer şekilde, gebelikle ilgili kaygı düzeyi yüksek olan, doğum korkusu yaşayan ve engelli bir çocuğa sahip olma endişesi taşıyan kadınlarda tıbbi doğum inancının daha baskın olduğu belirtilmektedir (Alp Yılmaz ve Durgun Ozan, 2020; Durgun Ozan ve Alp Yılmaz, 2020). Kişilik özellikleri bağlamında ise kötümserlik ve sağlıkla ilgili anksiyete düzeyleri yüksek olan bireylerin, doğumu tıbbi bir süreç olarak algılamaya daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Preis, Chen vd., 2018).

Obstetrik öykü ve gebelik sürecine ilişkin deneyimler de tıbbi doğum inancını doğrudan etkilemektedir. Gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayan veya riskli gebelik kategorisinde bulunan kadınların, doğumu tıbbi müdahale gerektiren bir süreç olarak algılama olasılıkları daha yüksektir (Alp Yılmaz ve Durgun Ozan, 2020). Ayrıca, daha önce olumsuz doğum deneyimleri yaşamış veya tıbbi müdahalelere maruz kalmış kadınların, sonraki süreçlerde tıbbi doğum inançlarının pekiştiği görülmektedir (Vogels-Broeke vd., 2023). Gelecekte sezaryen doğum yapmayı planlayan kadınların tıbbi süreç inancı puanlarının, vajinal doğum planlayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Dinç ve Karataş Okyay, 2021; Alp Yılmaz ve Durgun Ozan, 2020).

Bilgi düzeyi ve alınan eğitimler, tıbbi doğum inancının şekillenmesinde kritik bir diğer faktördür. Doğum eylemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan kadınların, bilgisi olanlara göre tıbbi süreç inancı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Dinç ve Karataş Okyay, 2021). Sağlık profesyoneli adayları (ebe ve hemşirelik öğrencileri) üzerinde yapılan çalışmalarda, 1. ve 2. sınıf öğrencilerin, tıbbi süreç inancı puanlarının üst sınıflara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, mesleki bilgi ve deneyim eksikliğinin, doğumun riskli ve müdahale gerektiren bir olay olarak algılanmasına neden olabildiği şeklinde yorumlanmaktadır (Çuvadar ve Yücetürk, 2025). Ayrıca, "Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği" dersini almamış öğrencilerin tıbbi doğum inançlarının, bu dersi alanlara göre daha güçlü olduğu saptanmıştır (Ünal Toprak ve Turan, 2023).

1.2.3.3.Sağlık Profesyonellerinin Doğum İnancının Doğum Eylemine Yansıması

Doğum eyleminin yönetiminde ve karar verme süreçlerinde aktif rol oynayan sağlık profesyonellerinin, doğuma ilişkin sahip oldukları inanç ve tutumlar, klinik uygulamaları ve doğum sonuçlarını doğrudan etkilemektedir (Ünal Toprak ve Turan, 2023). Doğumun nerede, nasıl ve kiminle gerçekleşeceğine dair kararlar, geçmişte daha çok profesyonellere aitken, günümüzde kadınların tercihleri de etkili olsa da sağlık profesyonellerinin görüşleri ve yönlendirmeleri gebelerin kararları üzerinde belirleyici olmaya devam etmektedir. Sağlık profesyonelinin doğuma bakış açısı ve gebeye yaklaşımı, kadının doğum algısını şekillendirmekte ve profesyoneller kendi doğum tercihlerini veya korkularını gebelere yansıtabilmektedir (Çuvadar ve Yücetürk, 2025; Doğaner vd., 2013).

Sağlık profesyonellerinin doğumu doğal bir süreçten ziyade yönetilmesi gereken tıbbi bir kriz ve mekanik bir işlem olarak algılamaları, müdahaleci bir bakım modelinin yerleşmesine neden olmaktadır. Türkiye'deki klinik pratikleri inceleyen araştırmalar, bu bakış açısının vajinal doğumların dahi cerrahi bir mantıkla yönetilmesine yol açtığını göstermektedir. Üstelik hekimlerin zaman yönetimi baskısı, malpraktis korkusu ve cerrahi yetkinliklerine duydukları güven gibi etkenler, sezaryen doğumun "sıfır riskli" ve "modern" bir seçenek olarak sunulup normalleştirilmesine zemin hazırlamaktadır (Topçu, 2019).

Hemşirelik mesleğinde eğitim ve deneyim sürecinin, doğum inançlarını ve dolayısıyla eyleme yansımalarını değiştirdiği düşünülmektedir. Bu durum, mesleki bilgi ve doğum eylemine tanıklık etme deneyiminin, doğumun fizyolojik doğasına olan güveni artırdığını göstermektedir (Ünal Toprak ve Turan, 2023). Bununla birlikte, ebeler üzerinde yapılan bir çalışma, "normal doğumu destekleme" isteklerine rağmen, tıbbileştirilmiş sağlık sistemi

içerisinde yetki ve güçlerinin sınırlı olduğunu, inançlarını eyleme dönüştürmelerinin zorlaştığını göstermektedir (Deliktas vd., 2021).

Sağlık profesyonellerinin "saygılı annelik bakımı" çerçevesinde sundukları hizmetin niteliği de inançlarıyla ilişkilidir. Sağlık profesyonellerinin etik davranışları, mesleki yetkinlikleri ve kişilerarası iletişim becerileri, kadınların doğum deneyimlerini doğrudan etkilemektedir (Lunda vd., 2024). Profesyonellerin etik ilkelere dayalı, kültürel açıdan duyarlı ve kadın merkezli bir yaklaşım benimsemeleri, kadınların seçimlerine saygı duyulmasını ve ayrımcılığa uğramadan itibarlarının korunmasını sağlarken, aynı zamanda mahremiyetin gözetildiği, kadının etkin şekilde dinlendiği ve haklarının savunulduğu onurlu bir doğum ortamının oluşturulmasına olanak tanımaktadır (Lunda vd., 2024). Buna karşın, doğum eylemine rutin olarak uygulanan litotomi pozisyonu, lavman, perine tıraşı ve sürekli elektronik fetal monitörizasyon, epizyotomi, amniyotomi, oksitosin indüksiyonu gibi müdahaleler, tıbbi bir zorunluluk olmadıkça doğumu doğallığından uzaklaştırmakta ve süreci mekanikleştirmektedir (Şentürk Erenel ve Çiçek, 2018). Sonuç olarak, sağlık profesyonellerinin doğumun doğasına dair inançları, sadece kendi klinik kararlarını değil, aynı zamanda kadınların doğum şekli tercihlerini, doğum korkularını ve doğum memnuniyetlerini de şekillendiren güçlü bir faktördür (Ünal Toprak ve Turan, 2023; Çuvadar ve Yücetürk, 2025).

1.2.4. Maternal Kötü Muamele, Empati ve Doğum İnancı İlişkisi

Maternal kötü muamele, sağlık hizmetleri sunumu sırasında kadınların onurlarına saygı gösterilmemesi, rızalarının alınmaması ve duygusal baskı altında bırakılmaları gibi geniş bir davranışlar bütününü kapsayan, ancak algılanması sağlık profesyonelinin kişisel ve mesleki değerlerinden etkilenen karmaşık bir olgudur (Karabulut ve Unutkan, 2024). Öğrencilerde obstetrik şiddet algısının bazı klinik uygulamaları şiddet olarak görmeyecek düzeyde olabildiği bildirilmekte (Küçük vd., 2025) ve öğrencilerin eğitim düzeyi gibi değişkenlerin doğum inançları ve tutumları üzerinde doğrudan etkili olduğu görülmektedir (Çuvadar ve Yücetürk, 2025).

Kadınların doğum sürecinde sağlık profesyonellerinden temel beklentisi saygı ve empati görmek olup, empati eksikliği onursuz bakım ve maternal kötü muamele kapsamında değerlendirilmektedir (Karabulut ve Unutkan, 2024; Karaçay Yıkar vd., 2025). Literatürde maternal kötü muamelenin, empati eksikliği ve tükenmişlik sendromu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Pintado-Cucarella vd., 2015). Profesyonellerin, doğum esnasında sergiledikleri olumsuz davranışları etik bir ihlal olarak değerlendirmek yerine, anne ve bebeğin

yaşamını korumaya yönelik zorunlu tıbbi adımlar şeklinde meşrulaştırmaları, kötü muamelenin görünürlüğünü ve tespit edilmesini zorlaştırmaktadır. (Karabulut ve Unutkan, 2024). Buna karşın, sağlık hizmeti sunucularının hastalara empati göstermesi, net iletişim kurması ve hasta özerkliğini teşvik etmesi, kadınların risk algılarını hafifleten koruyucu bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Adekunle vd., 2025).

Kadınların doğum inançları, obstetrik, sosyodemografik ve kültürel özellikler ile sağlık profesyonellerinin desteği gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Ahsun vd., 2024). Doğumun fizyolojik bir olaydan ziyade tıbbi ve riskli bir hastalık süreci olarak algılanması, anne ve bebeğin hayatını kurtarmak gerekçesiyle yapılan gereksiz müdahalelerin normalleştirilmesine ve artmasına yol açmaktadır (Ahsun vd., 2024; Karabulut ve Unutkan, 2024). Öte yandan, doğumu doğal bir süreç olarak gören sağlık profesyonellerinin, hastane temelli uygulamaları doğrudan obstetrik şiddet olarak tanımladıkları görülmektedir (Karabulut ve Unutkan, 2024).

Sağlık bilimleri öğrencilerinin eğitim süreçleri ilerledikçe ve kişisel obstetrik deneyimleri arttıkça, kötü muamele eylemlerinin normalleştiği gözlemlenmektedir (Mena-Tudela, González-Chordá vd., 2020). Yapılan bir çalışmada, eğitimleri süresince sağlık kurumlarındaki hiyerarşik yapıyı benimseyen öğrencilerin, kadınlara sert davranmayı profesyonel olmanın gereği olarak görebildikleri ve bu nedenle kaba davranışları şiddet olarak algılamadıkları bildirilmektedir (Perera vd., 2018). Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir başka çalışmada, üçüncü sınıf öğrencilerinin obstetrik şiddet farkındalıklarının dördüncü sınıf öğrencilerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Küçük vd., 2025).

Sonuç olarak, maternal kötü muamele, empati ve doğum inançları arasında döngüsel bir ilişki mevcuttur. Tıbbi doğum inancı ve empati yetersizliği, kötü muamelenin görünmez kılınmasına ve kurumsal rutinlerin bir parçası haline gelmesine zemin hazırlarken, doğal doğum inancı ve yüksek empati, şiddetin fark edilmesini ve önlenmesini sağlayan en güçlü içsel denetim mekanizmalarıdır. Bu bağlamda, geleceğin sağlık profesyonelleri olacak dördüncü sınıf hemşirelik öğrencilerinin obstetrik şiddet algılarının, empati puanlarının ve doğum inançlarının saptanması; bu üç kavram arasındaki döngüsel ilişkinin mesleki pratiklere nasıl yansıyacağını öngörebilmek ve eğitim müfredatındaki eksiklikleri belirleyebilmek açısından büyük önem taşımaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin maternal kötü muamele algısını, empati puanını, doğum inançlarını ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara'da bulunan ve bünyesinde Hemşirelik Fakültesi bulunan üç üniversitede yürütülmüştür.

Ankara Üniversitesi Hemşirelik Lisans Programı'nda kadın sağlığı ve hastalıklarına yönelik olarak zorunlu ders kapsamında, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği dersi verilmektedir. Dersin klinik uygulaması birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda yapılmaktadır. Öğrencilerin temel iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik müfredatta zorunlu "Kişilerarası İletişim" ve "Mesleki İletişim" dersleri bulunurken, alana özgü seçmeli olarak "Kendini Tanıma ve İletişim" dersi sunulmaktadır. Empati becerisini geliştirmeye yönelik kazanımlar müfredattaki zorunlu "Psikoloji" dersi kapsamında ele alınmaktadır. Mesleki ahlak ve karar verme süreçlerine yönelik ise seçmeli olarak "Hemşirelikte Etik" dersi verilmektedir (Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 2025).

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Lisans Programı'nda kadın sağlığı ve hastalıklarına yönelik olarak zorunlu ders kapsamında Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi verilmektedir. Dersin teorik eğitimine ek olarak kapsamlı bir klinik uygulaması da bulunmaktadır. Dersin klinik uygulaması birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda yapılmaktadır. Öğrencilerin temel iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik müfredatta zorunlu "Kendini Tanıma ve İletişim Yöntemleri" dersi bulunurken, alana özgü seçmeli olarak "Çocuklarda Yaş Dönemlerine Göre Hemşirelik Bakımı ve İletişim" dersi sunulmaktadır. Empati becerisini geliştirmeye yönelik kazanımlar müfredattaki seçmeli "Hemşirelik ve Psikoloji" dersi kapsamında ele alınmaktadır. Mesleki ahlak ve karar verme süreçlerine yönelik ise zorunlu olarak "Hemşirelikte Etik" dersi verilmektedir (Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 2025).

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Lisans Programı'nda da kadın sağlığı ve hastalıklarına yönelik olarak zorunlu ders kapsamında "Kadın Hastalıkları ve

Doğum Hemşireliği" dersi verilmektedir. Dersin teorik eğitimine ek olarak klinik uygulaması da bulunmaktadır. Dersin klinik uygulaması birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda yapılmaktadır. Öğrencilerin temel iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik müfredatta zorunlu "Sağlık Alanında Kişilerarası İlişkiler ve İletişim" dersi sunulmaktadır. Empati becerisini geliştirmeye yönelik kazanımlar müfredattaki seçmeli "Atılganlık ve Yaşam Doyumu" ile "Psikososyal Bakım" dersleri kapsamında ele alınmaktadır. Mesleki ahlak ve karar verme süreçlerine yönelik ise seçmeli olarak "Hemşirelikte Etik Sorunlar ve İkilemler" dersi verilmektedir (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, 2025).

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi'nin hemşirelik bölümünde öğrenim gören 4. sınıfta okuyan öğrenciler oluşturulmuştur. İlgili üniversitelerin hemşirelik bölümünde öğrenim gören ve 4. Sınıfa kayıtlı olan toplam 607 öğrenci vardır. Örneklem hesaplamasında evreni bilinen örneklem yöntemi formülü kullanılmıştır. Bu formüle göre %5 anlamlılık düzeyinde, %5 örneklem hatası ile yapılan hesaplama sonucunda araştırmaya dahil edilmesi gereken minimum katılımcı sayısı 235 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örneklem seçiminde "Büyüklüğe Orantılı Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi" kullanılmıştır. Tabakalardan örnekleme alınacak öğrenci sayılarını bulmak için "ni: (Ni/N)x n" formülü kullanılmıştır. Formülde; i: Tabaka numarası; Ni: i nolu tabakadaki birey sayısı; N: Evrendeki birey sayısı; n: Tabakadaki birey sayısı; ni: i nolu tabakadan alınacak birey sayısı'nı göstermektedir. Buna göre örneklem grubuna dahil edilecek öğrencilerin sayısı Çizelge 2.1'de verilmiştir.

Çizelge 2.1. Büyüklüğe Orantılı Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemi ile Belirlenen Katılımcı Sayıları

Üniversite Adı	**4. Sınıf Öğrenci Sayısı**	**Ağırlık Kat Sayısı**	**Örnekleme Dahil Edilecek Kişi Sayısı**
Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	193	0,317957166	74
Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	240	0,39538715	93
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi	174	0,286655684	68
Toplam	607		235

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencisi olma,
- Okula kayıtlı olma ve aktif devam etme,
- Kız öğrenci olma,
- Herhangi bir iletişim problemi (işitme engeli, görme engeli vb.) olmamadır.

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmama,
- Veri toplama sürecinde okulda bulunmama,
- Erkek öğrenci olma,
- Veri toplama formlarını eksik veya hatalı doldurmadır.

Araştırmaya toplam 310 öğrenci davet edilmiştir. Bu öğrencilerden 58'i araştırmaya katılmayı reddederken, araştırma kriterlerine uyan ve gönüllü olan 252 öğrenciye ulaşılmıştır. Veri toplama formlarını eksik doldurduğu tespit edilen 8 öğrenci dışlanma kriterleri kapsamında araştırmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak araştırma; Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden 81, Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden 95 ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi'nden 68 olmak üzere toplam 244 öğrenci ile tamamlanmıştır.

2.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

- Bağımlı Değişkenler: Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği puanları, Temel Empati Ölçeği puanları, Doğum İnançları Ölçeği puanları.

- Bağımsız Değişkenler: Sosyodemografik özellikler (yaş, genel akademik not ortalaması, gelir durumu, medeni hali, vb).

2.5. Veri Toplama Araçları

2.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Akın vd., 2022; Avcıbay vd., 2021; Mena-Tudela, González-Chordá vd., 2020; Biurrun-Garrido vd., 2023). Formda öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni

durum vb.), akademik durumlarını (not ortalamaları, eğitim konuları, deneyim vb.) ve kişisel deneyimlerini (gebelik öyküsü, anne doğum şekli vb.) içeren 21 soru yer almaktadır (Ek-2).

2.5.2. Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği

Öğrencilerin obstetrik şiddete yönelik algılarını değerlendirmek amacıyla Mena-Tudela, Cervera-Gasch vd. (2020) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal formu 33 madde ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ile geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Gönenç vd. (2023) tarafından gerçekleştirilmiştir (Ek-3). Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizi sonucunda ölçek 27 maddeye indirilmiş ve orijinalindeki kronolojik yapıdan farklı olarak beş alt boyutlu bir yapı sergilemiştir. Ölçeğin Türkçe formundaki soruların alt boyutlara göre sınıflandırılması; intrapartum kötü muamele (8,10,12,13,14,17,19,20), kanıt dışı rutin uygulamalar (1,2,3,4,5,6,7), postpartum kötü muamele (23,24,25,26,27), refakat ve onam (15,21,22), endikasyonsuz müdahale (9,11,16,18) şeklindedir. Ölçek, "Kesinlikle Obstetrik Şiddet Değil (1)", "Büyük Ölçüde Obstetrik Şiddet Değil (2)", "Kısmen Obstetrik Şiddet (3)", "Büyük Ölçüde Obstetrik Şiddet (4)" ve "Kesin Obstetrik Şiddet (5)" şeklinde yapılandırılmış 5'li Likert tipinde bir ölçektir. Ölçekte tersten kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 27 ile 135 arasında değişmekte olup puanın artması bireyin obstetrik şiddet algısının ve farkındalığının arttığını göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach Alfa değeri 0,922, Türkçeye uyarlamasında ise 0,93 ve alt boyutlarının 0,69-0,90 arasında bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin geneli için Cronbach Alfa değeri 0,833, alt boyutları için; İntrapartum Kötü Muamele 0,846, Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar 0,773, Postpartum Kötü Muamele 0,495, Refakat ve Onam 0,457, Endikasyonsuz Müdahale 0,616 bulunmuştur (Gönenç vd., 2026).

2.5.3. Temel Empati Ölçeği

Ölçek, bireylerin bilişsel ve duygusal empati puanlarını ölçmek amacıyla Jolliffe ve Farrington (2006) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçeye uyarlaması Topcu vd. (2010) tarafından yapılmıştır (Ek-4). Dört temel duygu (mutluluk, üzüntü, öfke ve korku) esas alınarak hazırlanan ölçek, orijinal çalışmada yapılan analizler sonucunda "Bilişsel Empati" ve "Duygusal Empati" olmak üzere iki alt boyuta ayrılarak 20 madde ile son halini almıştır. Türkçe uyarlama çalışmasında da ölçeğin bu 20 maddelik ve iki faktörlü yapısı Türk kültürü için doğrulanmıştır. Beşli Likert tipinde (1=Kesinlikle katılmıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) derecelendirilen ölçeğin alt boyut dağılımları şöyledir:

Bilişsel Empati: 3, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 19 ve 20. maddeleri kapsayan 9 sorudan oluşmaktadır. Bu boyuttan alınabilecek puan aralığı 9-45'tir.

Duygusal Empati: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17 ve 18. maddeleri içeren 11 sorudan oluşmaktadır. Puan aralığı ise 11-55'tir.

Ölçek değerlendirmesinde belirli bir kesme noktası bulunmamaktadır. Toplamda 20 ile 100 arasında değişen puanlar elde edilmekte olup, skorun yükselmesi bireyin empati yeteneğinin gelişmiş olduğunu göstermektedir. Güvenirlik analizlerine bakıldığında, orijinal çalışmada Duygusal Empati alt boyutun Cronbach Alfa değeri 0.85, Bilişsel Empati alt boyutunki 0.79 iken; Türkçeye uyarlama çalışmasında bu değerler sırasıyla 0.76 ve 0.80 olarak raporlanmıştır. Bu araştırmada yapılan analizlerde ise Cronbach Alfa değerleri; ölçek genelinde 0,885, Duygusal Empati alt boyutunda 0,800 ve Bilişsel Empati alt boyutunda 0,866 olarak bulunmuştur.

2.5.4. Doğum İnançları Ölçeği

Ölçek doğuma ilişkin temel bakış açılarını saptamak amacıyla, Preis ve Benyamini (2017) tarafından geliştirilmiş ve ölçeğin Türkçeye uyarlaması Paker ve Ertem (2022) tarafından yapılmıştır (Ek-5). Toplam 11 maddeden oluşan ölçek, maddelerin karma bir düzende sunulduğu iki ana alt boyuta sahiptir. Bu boyutlardan ilki olan ve 5 maddeden (3, 5, 7, 8 ve 11) oluşan 'Doğal Süreç İnancı', doğumu fizyolojik bir olay olarak ele alırken; 6 maddeden (1, 2, 4, 6, 9 ve 10) oluşan 'Tıbbi Süreç İnancı' doğumu tıbbi müdahale gerektiren bir durum olarak değerlendirmektedir. Beşli Likert tipinde derecelendirilen ölçekte ifadeler '1=Kesinlikle Katılmıyorum' ile '5=Kesinlikle Katılıyorum' arasında puanlanmaktadır. Ters kodlanmış maddenin bulunmadığı ölçekte; Tıbbi Süreç boyutundan alınabilecek puan aralığı 6-30, Doğal Süreç boyutundan alınabilecek puan aralığı ise 5-25'tir. Ölçeğin değerlendirilmesi aşamasında, her bir alt boyutta yer alan maddelerden elde edilen toplam puan, ilgili boyuttaki madde sayısına bölünerek aritmetik ortalamalar hesaplanmaktadır. Elde edilen ortalamalar arasında en yüksek değere sahip olan alt boyut, kadının doğuma yönelik temel inancını yansıtmaktadır. Bu hesaplamada Tıbbi Süreç boyutundan alınabilecek puan aralığı 1-6, Doğal Süreç boyutundan alınabilecek puan aralığı ise 1-5'tir. Her bir alt boyutun ortalama puanı birbirinden bağımsız olarak analiz edilmektedir. Güvenirlik katsayıları incelendiğinde; ölçeğin orijinalinde Cronbach Alfa değerleri Doğal Süreç için 0.890, Tıbbi Süreç için 0.868 olarak raporlanmıştır. Bu araştırmada ise yapılan analizler sonucunda ise Cronbach Alfa katsayıları; ölçeğin tamamı için 0,687, Doğal Süreç alt boyutu için 0,657 ve Tıbbi Süreç alt boyutu için 0,556 olarak hesaplanmıştır.

2.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Eylül 2025 - Ekim 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama sürecinde, her bir öğrenci ders saatleri dışındaki uygun zamanlarında birebir görüşülerek araştırmaya davet edilmiştir. Öğrencilere araştırmanın amacı, önemi ve ayrıntıları hakkında detaylı bilgi verilmiştir ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilerin yazılı onamları alınmıştır. Veriler, mahremiyetin korunduğu, öğrencilerin rahatça oturup formları doldurabileceği sessiz ve sakin bir ortamda yüz yüze toplanmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından öğrencilere elden teslim edilmiş ve aynı şekilde teslim alınmıştır. Ölçekler öz bildirime dayalı olup, öğrencilerin soruları cevaplaması için yeterli süre verilmiştir. Araştırmacı, yalnızca gerekli görülen durumlarda açıklama yapmak amacıyla sürece dâhil olmuştur. Formların doldurulması her bir katılımcı için ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 26 paket programında yapılmıştır. Araştırma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları için çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş ve katsayıların ±2 aralığında olması nedeniyle değişkenlerin normal dağıldığı görülmüştür. Bu nedenle araştırmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem t Testi ile ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile kontrol edilmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık çıktığı durumlarda farklılığın kaynaklandığı grup Tukey çoklu karşılaştırma testi ile tespit edilmiştir. İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Katsayısı ile yorumlanmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 olarak kabul edilmiştir.

2.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için "Ankara Üniversitesi Etik Kurulundan" etik kurul onayı (Ek-6) ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı kurum izinleri (Ek-7, Ek-8, Ek-9) alınmıştır. Araştırmaya davet edilen öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak yazılı aydınlatılmış onamları (Ek-1) alınmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları için, söz konusu ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yürüten

araştırmacılardan elektronik posta yoluyla gerekli kullanım izinleri alınmıştır (Ek-10, Ek-11, Ek-12). Öğrencilere, araştırmaya katılmayı reddetmeleri durumunda eğitim yaşantılarının olumsuz etkilenmeyeceği, araştırmaya katılmaları halinde akademik bir not verilmeyeceği ve katılmaya karar verirken tamamen kendi özgür iradelerine göre hareket edebilecekleri konusunda güvence verilmiş olup, bu bilgiler onam formunda da yer almaktadır.

3. BULGULAR

3.1. Tanıtıcı Bilgi Formuna İlişkin Dağılımlar

Çizelge 3.1. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımlar

(n=244)	**Sayı**	**Yüzde**
Yaş (Ort±SS=22,04±1,17)		
20-21 Yaş	72	29,5
22 Yaş	124	50,8
23 Yaş ve Üzeri	48	19,7
GANO* (Ort±SS=3,19±0,32)		
2,99 ve Altı	51	20,9
3,00-3,49	153	62,7
3,50 ve Üzeri	40	16,4
En Uzun Yaşanılan Yerleşim Birimi		
İl	139	57,0
İlçe	78	32,0
Kasaba/Köy	27	11,0
En Uzun Yaşanılan Bölge		
İç Anadolu	106	43,4
Akdeniz	46	18,9
Karadeniz	34	13,9
Ege	8	3,3
Marmara	15	6,1
Doğu Anadolu	16	6,6
Güney Doğu Anadolu	19	7,8
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	205	84,0
Geniş Aile	34	13,9
Parçalanmış Aile	5	2,1
Anne Öğrenim Düzeyi		
Okur-Yazar Değil	13	5,3
Okur-Yazar	8	3,3
İlkokul Mezunu	95	38,9
Ortaokul Mezunu	47	19,3
Lise Mezunu	62	25,4
Üniversite-Yüksekokul Mezunu	19	7,8
Baba Öğrenim Düzeyi		
Okur-Yazar Değil	1	0,4
Okur-Yazar	10	4,1
İlkokul Mezunu	60	24,6
Ortaokul Mezunu	47	19,3
Lise Mezunu	86	35,2
Üniversite-Yüksekokul Mezunu	40	16,4

Çizelge 3.1. Devam Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımlar

(n=244)	Sayı	Yüzde
Algılanan Ekonomik Durum		
Gelir Gidere Eşit	165	67,6
Gelir Giderden Fazla	32	13,1
Gelir Giderden Az	47	19,3
Medeni Durum		
Evli	1	0,4
Evli Değil	243	99,6
Bir Gebe Muayenesine Katılma Durumu		
Evet	196	80,3
Hayır	48	19,7
Bir Doğuma Katılma Durumu		
Evet	117	48,0
Hayır	127	52,0
Doğum Yapacak Olsa Doğum Tercihi		
Vajinal	199	81,6
Sezaryen	45	18,4
Doğum Yapmaktan Korkma		
Evet	187	76,6
Hayır	57	23,4
Daha Önce Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Eğitim Alma		
Evet	117	48,0
Hayır	127	52,0
Obstetrik Şiddet Kavramını Duyma		
Evet	96	39,3
Hayır	148	60,7
Klinik Uygulamada Bir Obstetrik Şiddet Örneği ile Karşılaşma (n=96)		
Evet	7	7,3
Hayır	89	92,7
Klinik Uygulamada Obstetrik Şiddet Uygulama (n=96)		
Evet	0	0,0
Hayır	96	100,0
Daha Önce Obstetrik Şiddetle İlgili Eğitim Alma (n=96)		
Evet	21	21,9
Hayır	75	78,1
Obstetrik Şiddetle İlgili Eğitim Alma İsteği (n=75)		
Evet	57	76,0
Hayır	18	24,0
Daha Önce Empati ile İlgili Eğitim Alma		
Evet	139	57,0
Hayır	105	43,0

*GANO: Genel Akademik Not Ortalaması

Öğrencilerin tanıtıcı bilgilerine ilişkin dağılımı Çizelge 3.1'da sunuldu. Yaş ortalaması 22,04±1,17 olan katılımcıların %50,8'inin 22 yaşında olduğu; Genel Akademik Not Ortalamalarının (GANO) 3,19±0,32 olduğu ve %62,7'sinin 3,00-3,49 başarı grubunda yer aldığı belirlenmiştir. Sosyodemografik özellikler incelendiğinde, öğrencilerin %67,6'sının ekonomik durumunu "gelir gidere eşit" olarak algıladığı, %99,6'sının evli olmadığı ve %84'ünün çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır. Yaşanılan en uzun yerleşim birimi %57 oranında il ve %43,4 oranında İç Anadolu Bölgesi olan öğrencilerin; annelerinin %38,9 oranında ilkokul, babalarının ise %35,2 oranında lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. Klinik deneyimler değerlendirildiğinde; katılımcıların %80,3'ü daha önce bir gebe muayenesine katıldığını ifade ederken, %52'sinin bir doğuma katılmadığı görülmüştür. Kendi tercihleri bağlamında öğrencilerin %81,6'sı doğum yapacak olsa vajinal doğumu tercih edeceğini ve %76,6'sının doğum yapmaktan korktuğunu belirtmiştir. Ayrıca öğrencilerin %52'sinin kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitim almadığını ve %60,7'sinin obstetrik şiddet kavramını daha önce duymadığını ifade etmiştir. Obstetrik şiddet kavramını duyan (%39,3) öğrencilerin ise %92,7'si klinik uygulama esnasında bir obstetrik şiddet örneğiyle karşılaşmamış, tamamı (%100) klinik uygulamada obstetrik şiddet uygulamamış ve %78,1'i daha önce obstetrik şiddet ile ilgili eğitim almamıştır. Obstetrik şiddet eğitimi almayan bu öğrencilerin %76'sı eğitim almak istemektedir. Öğrencilerin %57'si empati ile ilgili eğitim aldığını ifade etmiştir.

3.2. Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği, Temel Empati Ölçeği, Doğum İnançları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Çizelge 3.2. Öğrencilerde obstetrik şiddet algısı ölçeği, temel empati ölçeği, doğum inançları ölçeği ve alt boyut puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler

	Ort	**SS**	**Min**	**Mak**
Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği	91,94	11,79	60,00	122,00
İntrapartum Kötü Muamele	35,27	5,02	14,00	40,00
Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar	17,25	4,59	7,00	30,00
Postpartum Kötü Muamele	15,84	3,00	6,00	25,00
Refakat ve Onam	10,15	2,32	3,00	15,00
Endikasyonsuz Müdahale	13,43	2,93	4,00	20,00
Temel Empati Ölçeği	77,65	11,18	34,00	100,00
Duygusal Empati	41,28	6,80	19,00	55,00
Bilişsel Empati	36,37	5,62	13,00	45,00
Doğum İnançları Ölçeği	4,09	0,48	2,38	5,00
Doğal Süreç İnancı	4,05	0,62	2,00	5,00
Tıbbi Süreç İnancı	4,14	0,54	2,17	5,00

Min: En küçük, Maks: En büyük değer, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Ölçekler ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Çizelge 3.2.'de sunulmuştur.

Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 91,94±11,79 iken İntrapartum Kötü Muamele puanlarının 35,27±5,02, Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar puanlarının 17,25±4,59, Postpartum Kötü Muamele puanlarının 15,84±3,00, Refakat ve Onam puanlarının 10,15±2,32 ve Endikasyonsuz Müdahale puanlarının ise 13,43±2,99'dur.

Temel Empati Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 77,65±11,18 iken Duygusal Empati alt boyut puanlarının 41,28±6,80 ve Bilişsel Empati alt boyut puanlarının ise 36,37±5,62'dir.

Doğum İnançları Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 4,09±0,48 iken Doğal Süreç İnancı puanlarının 4,05±0,62 ve Tıbbi Süreç İnancı puanlarının ise 4,14±0,54'tür.

3.3. Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği, Temel Empati Ölçeği, Doğum İnançları Ölçeği Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi

Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre öğrencilerde obstetrik şiddet algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıkları Çizelge 3.3.'te sunulmuştur.

Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği toplam puanları GANO'ya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre GANO'su 2,99 ve altında olan öğrencilerin ÖOŞAÖ toplam puan ortalamalarının (87,49±10,38), GANO'su 3,00-3,49 (92,44±12,31) ile 3,50 ve üzeri (95,70±9,82) olan öğrencilere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,003$). Öğrencilerin yaş, yaşanılan yerleşim birimi, bölge, aile tipi, anne-baba öğrenim düzeyi, ekonomik durum, klinik deneyimler ve eğitim alma durumları gibi diğer tanıtıcı özellikleri ile ÖOŞAÖ toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

İntrapartum Kötü Muamele alt boyut puanları GANO'ya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre GANO'su 2,99 ve altında olan öğrencilerin İntrapartum Kötü Muamele puan ortalamalarının (33,24±5,81), GANO'su 3,00-3,49 (35,64±4,76) ve 3,50 ve üzeri (36,43±4,24) olan öğrencilerden anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,003$). Öğrencilerin diğer tanıtıcı özellikleri ile İntrapartum Kötü Muamele alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar alt boyut puanları yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre 23 yaş ve üzeri öğrencilerin Kanıt

Dışı Rutin Uygulamalar puan ortalamalarının (18,81±4,34), 22 yaş grubundaki öğrencilerden (16,61±4,75) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,018). Öğrencilerin diğer tanıtıcı özellikleri ile Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Refakat ve Onam alt boyut puanları öğrencilerin en uzun yaşadıkları yerleşim birimi, bir doğuma katılma durumu ve obstetrik şiddet kavramını duyma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre en uzun süre ilçede yaşayan öğrencilerin Refakat ve Onam puan ortalamalarının (10,79±2,27), il (9,92±2,30) ve kasaba/köyde (9,48±2,26) yaşayan öğrencilerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,008). Bir doğuma katılmayan öğrencilerin Refakat ve Onam puanlarının (10,49±2,31), bir doğuma katılan öğrencilere (9,79±2,30) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,018). Ayrıca obstetrik şiddet kavramını duyan öğrencilerin Refakat ve Onam puanlarının (10,64±2,22), bu kavramı duymayan öğrencilere (9,84±2,34) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,009). Öğrencilerin diğer tanıtıcı özellikleri ile Refakat ve Onam alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Ölçeğin Postpartum Kötü Muamele ve Endikasyonsuz Müdahale alt boyut puanları ile öğrencilerin yaş, GANO, yerleşim birimi, ekonomik durum, klinik deneyimler ve obstetrik şiddet ile ilgili eğitim durumları gibi hiçbir tanıtıcı özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.3. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre öğrencilerde obstetrik şiddet algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

	Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği Ort±SS	**İntrapartum Kötü Muamele Ort±SS**	**Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar Ort±SS**	**Postpartum Kötü Muamele Ort±SS**	**Refakat ve Onam Ort±SS**	**Endikasyonsuz Müdahale Ort±SS**
Yaş						
20-21 Yaş (1)	92,37±10,87	35,99±4,73	17,31±4,28	15,78±2,71	10,04±2,19	13,26±2,83
22 Yaş (2)	90,80±11,36	34,90±4,71	16,61±4,75	15,81±2,86	10,10±2,34	13,38±3,03
23 Yaş ve Üzeri (3)	94,25±13,91	35,15±6,07	18,81±4,34	16,02±3,72	10,46±2,49	13,81±2,83
F;p	1,558;0,213	1,096;0,336	4,082;**0,018***	0,106;0,899	0,531;0,589	0,542;0,583
Fark (Tukey)			3>2			
GANO**						
2,99 ve Altı (1)	87,49±10,38	33,24±5,81	16,25±4,36	15,45±3,35	9,75±2,12	12,80±2,74
3,00-3,49 (2)	92,44±12,31	35,64±4,76	17,37±4,58	15,72±2,94	10,26±2,40	13,45±2,97
3,50 ve Üzeri (3)	95,70±9,82	36,43±4,24	18,05±4,81	16,83±2,56	10,25±2,30	14,15±2,89
F;p	6,046;**0,003***	5,903;**0,003***	1,874;0,156	2,757;0,065	0,986;0,375	2,404;0,093
Fark (Tukey)	1<2,3	1<2,3				
En Uzun Yaşanılan Yerleşim Birimi						
İl (1)	90,99±11,45	35,22±5,04	16,91±4,58	15,73±2,84	9,92±2,30	13,20±2,93
İlçe (2)	94,00±12,15	35,55±4,82	17,67±4,66	16,12±3,26	10,79±2,27	13,87±2,92
Kasaba/Köy (3)	90,93±12,12	34,67±5,56	17,78±4,46	15,67±3,04	9,48±2,26	13,33±2,90
F;p	1,756;0,175	0,322;0,725	0,872;0,419	0,472;0,624	4,948;**0,008***	1,328;0,267
Fark (Tukey)					2>1,3	

t:Bağımsız Örneklem T Testi F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *p<0.05; **GANO: Genel Akademik Not Ortalaması

Çizelge 3.3. Devam Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre öğrencilerde obstetrik şiddet algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

	Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği Ort±SS	İntrapartum Kötü Muamele Ort±SS	Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar Ort±SS	Postpartum Kötü Muamele Ort±SS	Refakat ve Onam Ort±SS	Endikasyonsuz Müdahale Ort±SS
En Uzun Yaşanılan Bölge						
İç Anadolu	91,84±11,71	35,19±5,13	17,07±4,57	16,15±2,84	10,22±2,45	13,22±3,02
Akdeniz	93,91±10,46	36,09±4,61	17,39±4,30	16,00±2,56	10,00±1,98	14,43±2,54
Karadeniz	93,79±10,76	36,50±4,01	17,21±4,80	15,97±3,42	10,65±2,10	13,47±3,31
Ege/Marmara	90,04±12,17	35,26±4,07	17,70±4,57	14,83±3,05	9,26±2,05	13,00±2,80
Doğu/Güneydoğu Anadolu	89,11±14,06	33,23±6,11	17,37±5,04	15,26±3,43	10,26±2,67	13,00±2,67
F;p	1,189;0,316	2,322;0,057	0,113;0,978	1,332;0,259	1,325;0,261	1,831;0,123
Aile Tipi						
Çekirdek Aile	91,90±12,04	35,21±5,23	17,33±4,71	15,87±3,07	10,11±2,36	13,39±3,00
Geniş/Parçalanmış	92,15±10,56	35,56±3,77	16,85±3,93	15,72±2,63	10,38±2,14	13,64±2,56
t;p	-0,122;0,903	-0,404;0,687	0,599;0,550	0,287;0,775	-0,682;0,496	-0,489;0,625
Anne Öğrenim Düzeyi						
Okur Yazar Değil-Okur Yazar	90,05±14,70	32,86±7,18	17,67±4,86	15,62±4,77	10,52±2,80	13,38±2,89
İlkokul Mezunu	92,75±11,38	35,62±4,63	17,74±4,27	15,67±2,92	10,09±2,36	13,62±2,68
Ortaokul Mezunu	88,74±11,02	34,49±4,99	16,21±4,50	15,51±1,92	9,70±2,13	12,83±3,04
Lise Mezunu	93,50±11,46	35,85±4,68	17,27±4,82	16,21±2,88	10,47±2,30	13,69±3,19
Üniversite-Yüksekokul	92,84±12,70	36,16±4,65	16,84±5,29	16,58±3,52	10,11±2,16	13,16±3,10
F;p	1,418;0,229	2,008;0,094	0,948;0,437	0,766;0,548	0,875;0,480	0,759;0,553

t:Bağımsız Örneklem T Testi F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *:p<0,0

Çizelge 3.3. Devam Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre öğrencilerde obstetrik şiddet algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

	Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği Ort±SS	**İntrapartum Kötü Muamele Ort±SS**	**Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar Ort±SS**	**Postpartum Kötü Muamele Ort±SS**	**Refakat ve Onam Ort±SS**	**Endikasyonsuz Müdahale Ort±SS**
Baba Öğrenim Düzeyi						
Okur Yazar Değil-Okur Yazar	90,55±17,49	33,00±7,55	17,45±5,87	15,73±5,88	10,55±3,72	13,82±3,63
İlkokul Mezunu	89,98±11,99	35,38±3,65	16,45±4,87	15,32±3,12	9,80±2,30	13,03±2,95
Ortaokul Mezunu	89,85±10,29	34,19±5,64	16,91±4,18	15,53±2,22	10,04±2,11	13,17±2,86
Lise Mezunu	93,76±10,95	35,92±4,89	17,84±4,18	16,08±2,70	10,20±2,15	13,72±2,80
Üniversite-Yüksekokul Mezunu	93,83±12,71	35,57±5,34	17,52±5,09	16,53±3,08	10,60±2,53	13,60±3,10
F;p	1,601;0,175	1,524;0,196	0,910;0,459	1,254;0,289	0,826;0,510	0,658;0,622
Algılanan Ekonomik Durum						
Gelir Gidere Eşit	92,53±11,77	35,45±5,16	17,52±4,60	15,89±3,01	10,16±2,19	13,50±2,86
Gelir Giderden Fazla	89,56±12,30	34,47±5,62	16,72±4,39	15,75±2,38	10,12±2,39	12,50±3,47
Gelir Giderden Az	91,51±11,54	35,15±4,03	16,66±4,68	15,74±3,34	10,15±2,77	13,81±2,68
F;p	0,885;0,414	0,532;0,588	0,890;0,412	0,061;0,941	0,003;0,997	2,074;0,128
Bir Gebe Muayenesine Katılma Durumu						
Evet	91,73±11,77	35,35±4,99	17,17±4,48	15,76±2,97	10,10±2,33	13,35±2,95
Hayır	92,81±11,96	34,92±5,14	17,56±5,05	16,21±3,09	10,38±2,29	13,75±2,84
t;p	-0,569;0,570	0,538;0,591	-0,525;0,600	-0,939;0,348	-0,742;0,459	-0,843;0,400
Bir Doğuma Katılma Durumu						
Evet	90,56±11,80	35,26±5,15	16,80±4,38	15,47±2,99	9,79±2,30	13,24±3,05
Hayır	93,21±11,69	35,27±4,91	17,66±4,75	16,19±2,97	10,49±2,31	13,61±2,82
t;p	-1,760;0,080	-0,004;0,997	-1,462;0,145	-1,883;0,061	-2,378;**0,018***	-0,977;0,329

t:Bağımsız Örneklem T Testi F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *:p<0,05

Çizelge 3.3. Devam Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre öğrencilerde obstetrik şiddet algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

	Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği Ort±SS	İntrapartum Kötü Muamele Ort±SS	Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar Ort±SS	Postpartum Kötü Muamele Ort±SS	Refakat ve Onam Ort±SS	Endikasyonsuz Müdahale Ort±SS
Doğum Yapacak Olsa Doğum Tercihi						
Vajinal	92,12±12,40	35,24±5,20	17,39±4,62	15,82±3,09	10,2±2,36	13,48±2,96
Sezaryen	91,16±8,69	35,4±4,15	16,64±4,44	15,93±2,55	9,96±2,16	13,22±2,84
t;p	0,495;0,621	-0,197;0,844	0,980;0,328	-0,220;0,826	0,626;0,532	0,527;0,599
Doğum Yapmaktan Korkma						
Evet	92,04±11,59	35,36±4,67	17,27±4,72	15,80±2,83	10,15±2,35	13,47±2,85
Hayır	91,61±12,54	34,96±6,06	17,19±4,17	16,00±3,51	10,16±2,27	13,30±3,21
t;p	0,240;0,811	0,518;0,605	0,107;0,915	-0,448;0,655	-0,023;0,982	0,388;0,698
Daha Önce Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Eğitim Alma						
Evet	91,68±10,87	35,29±5,03	17,24±4,58	15,56±2,90	9,99±2,09	13,59±2,56
Hayır	92,19±12,62	35,24±5,02	17,26±4,61	16,10±3,07	10,30±2,52	13,28±3,24
t;p	-0,339;0,735	0,072;0,943	-0,035;0,972	-1,405;0,161	-1,033;0,303	0,815;0,416
Obstetrik Şiddet Kavramını Duyma						
Evet	93,23±11,77	36,04±4,62	17,00±4,55	15,84±3,04	10,64±2,22	13,71±3,04
Hayır	91,11±11,77	34,76±5,21	17,41±4,62	15,84±2,98	9,84±2,34	13,25±2,85
t;p	1,375;0,170	1,956;0,052	-0,684;0,494	-0,002;0,998	2,65;**0,009***	1,195;0,233
Daha Önce Obstetrik Şiddetle İlgili Eğitim Alma						
Evet	92,76±9,42	36,10±4,90	16,14±4,92	15,81±2,18	10,57±2,27	14,14±2,20
Hayır	93,36±12,40	36,03±4,58	17,24±4,45	15,85±3,25	10,65±2,23	13,59±3,24
t;p	-0,205;0,838	0,060;0,952	-0,976;0,332	-0,058;0,954	-0,148;0,882	0,738;0,462
Obstetrik Şiddetle İlgili Eğitim Alma İsteği						
Evet	93,12±12,07	36,14±3,87	17,23±4,38	15,77±3,18	10,40±2,02	13,58±3,16
Hayır	94,11±13,74	35,67±6,46	17,28±4,78	16,11±3,55	11,44±2,71	13,61±3,58
t;p	-0,293;0,770	0,381;0,705	-0,041;0,967	-0,383;0,703	-1,753;0,084	-0,036;0,971
Daha Önce Empati ile İlgili Eğitim Alma						
Evet	91,35±11,37	35,24±5,01	16,92±4,29	15,93±2,94	10,06±2,29	13,19±2,70
Hayır	92,73±12,34	35,30±5,04	17,69±4,94	15,73±3,08	10,27±2,37	13,75±3,19
t;p	-0,910;0,364	-0,078;0,938	-1,290;0,198	0,502;0,616	-0,671;0,503	-1,496;0,136

t:Bağımsız Örneklem T Testi F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *p<0,05

Çizelge 3.4. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre temel empati ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

	Temel Empati Ölçeği Ort±SS	**Duygusal Empati Ort±SS**	**Bilişsel Empati Ort±SS**
Yaş			
20-21 Yaş	76,69±10,93	40,26±7,00	36,43±5,37
22 Yaş	79,06±10,74	42,27±6,37	36,80±5,54
23 Yaş ve Üzeri	75,42±12,35	40,25±7,32	35,17±6,11
F;p	2,234;0,109	2,696;0,069	1,470;0,232
GANO			
2,99 ve Altı	76,47±12,36	40,49±6,78	35,98±6,71
3,00-3,49	78,10±11,39	41,52±7,12	36,58±5,59
3,50 ve Üzeri	77,43±8,70	41,35±5,52	36,07±4,12
F;p	0,412;0,663	0,442;0,643	0,278;0,758
En Uzun Yaşanılan Yerleşim Birimi			
İl	77,76±10,37	41,32±6,57	36,45±5,03
İlçe	77,76±12,90	41,06±7,69	36,69±6,36
Kasaba/Köy	76,74±10,22	41,70±5,24	35,04±6,25
F;p	0,099;0,906	0,093;0,911	0,900;0,408
En Uzun Yaşanılan Bölge			
İç Anadolu	78,37±11,60	41,60±7,07	36,76±5,62
Akdeniz	76,39±11,53	41,04±6,74	35,35±6,17
Karadeniz	79,65±11,74	42,32±7,18	37,32±5,81
Ege/Marmara	77,39±7,15	40,00±6,09	37,39±3,23
Doğu/Güneydoğu Anadolu	75,34±11,09	40,43±6,18	34,91±5,71
F;p	0,900;0,465	0,611;0,655	1,546;0,190
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	77,29±11,53	41,17±6,85	36,12±5,81
Geniş/Parçalanmış Aile	79,54±9,08	41,85±6,59	37,69±4,28
t;p	-1,153;0,250	-0,568;0,571	-1,610;0,109
Anne Öğrenim Düzeyi			
Okur Yazar Değil-Okur Yazar	70,48±10,36	37,48±5,72	33,00±6,34
İlkokul Mezunu	78,83±9,67	42,12±5,86	36,72±4,86
Ortaokul Mezunu	77,00±12,60	40,81±7,81	36,19±6,05
Lise Mezunu	78,61±11,94	41,68±7,63	36,94±5,55
Üniversite-Yüksekokul Mezunu	78,11±10,99	41,16±5,78	36,95±6,69
F;p	2,658;**0,034***	2,153;0,075	2,242;0,065
Fark (Tukey)	1<2,4		
Baba Öğrenim Düzeyi			
Okur Yazar Değil-Okur Yazar	73,36±8,41	38,73±4,90	34,64±5,08
İlkokul Mezunu	79,47±9,82	42,45±5,69	37,02±5,41
Ortaokul Mezunu	76,81±10,70	40,34±7,41	36,47±4,53
Lise Mezunu	76,83±11,99	41,21±7,34	35,62±5,91
Üniversite-Yüksekokul Mezunu	78,85±12,37	41,48±6,76	37,38±6,47
F;p	1,100;0,357	1,068;0,373	1,174;0,323

Çizelge 3.4. Devam Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre temel empati ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

	Temel Empati Ölçeği Ort±SS	**Duygusal Empati Ort±SS**	**Bilişsel Empati Ort±SS**
Algılanan Ekonomik Durum			
Gelir Gidere Eşit	76,70±11,24	40,76±6,62	35,94±5,84
Gelir Giderden Fazla	77,25±10,21	40,25±6,41	37,00±5,28
Gelir Giderden Az	81,23±11,13	43,79±7,21	37,45±4,95
F;p	3,076;**0,048***	4,143;**0,017***	1,555;0,213
Fark (Tukey)	3>1	3>1	
Bir Gebe Muayenesine Katılma Durumu			
Evet	77,69±10,69	41,26±6,49	36,43±5,52
Hayır	77,46±13,14	41,35±8,01	36,10±6,06
t;p	0,131;0,896	-0,086;0,932	0,363;0,717
Bir Doğuma Katılma Durumu			
Evet	77,97±10,57	41,45±6,68	36,51±5,41
Hayır	77,35±11,75	41,12±6,93	36,24±5,83
t;p	0,426;0,671	0,384;0,702	0,383;0,702
Doğum Yapacak Olsa Doğum Tercihi			
Vajinal	77,63±11,35	41,22±6,87	36,42±5,71
Sezaryen	77,71±10,54	41,56±6,55	36,16±5,26
t;p	-0,042;0,966	-0,302;0,763	0,281;0,779
Doğum Yapmaktan Korkma			
Evet	78,93±10,72	42,13±6,68	36,80±5,30
Hayır	73,46±11,75	38,49±6,48	34,96±6,40
t;p	3,297;**0,001***	3,623;**0,000***	2,171;**0,031***
Daha Önce Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Eğitim Alma			
Evet	77,58±11,34	40,98±6,34	36,60±6,09
Hayır	77,71±11,08	41,55±7,21	36,16±5,16
t;p	-0,089;0,929	-0,651;0,515	0,611;0,542
Obstetrik Şiddet Kavramını Duyma			
Evet	78,84±10,40	41,55±6,66	37,29±5,08
Hayır	76,87±11,63	41,10±6,90	35,77±5,88
t;p	1,348;0,179	0,505;0,614	2,080;**0,039***
Daha Önce Obstetrik Şiddetle İlgili Eğitim Alma			
Evet	80,38±11,11	42,29±6,75	38,10±5,49
Hayır	78,41±10,24	41,35±6,67	37,07±4,98
t;p	0,764;0,447	0,569;0,571	0,818;0,415

Çizelge 3.4. Devam Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre temel empati ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

	Temel Empati Ölçeği Ort±SS	Duygusal Empati Ort±SS	Bilişsel Empati Ort±SS
Obstetrik Şiddetle İlgili Eğitim Alma İsteği			
Evet	79,53±9,50	42,14±6,42	37,39±4,69
Hayır	74,89±11,90	38,83±6,99	36,06±5,83
t;p	1,697;0,094	1,865;0,066	0,989;0,326
Daha Önce Empati ile İlgili Eğitim Alma			
Evet	78,42±10,11	41,74±6,28	36,68±5,18
Hayır	76,63±12,45	40,67±7,42	35,96±6,16
t;p	1,238;0,217	1,223;0,222	0,983;0,327

t:Bağımsız Örneklem T Testi F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) *p<0,05 **GANO: Genel Akademik Not Ortalaması

Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre temel empati ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıkları Çizelge 3.4.'te sunulmuştur.

Temel Empati Ölçeği toplam puanları anne öğrenim düzeyi, algılanan ekonomik durum ve doğum yapmaktan korkma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre annesi okur-yazar değil/okur-yazar olan öğrencilerin TEÖ toplam puan ortalamalarının (70,48±10,36), annesi ilkokul (78,83±9,67) ve lise mezunu (78,61±11,94) olan öğrencilerden anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir (p=0,034). Gelirini giderinden az olarak ifade eden öğrencilerin TEÖ puan ortalamalarının (81,23±11,13), geliri giderine eşit olan öğrencilerden (76,70±11,24) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,048). Ayrıca, doğum yapmaktan korkan öğrencilerin TEÖ puan ortalamalarının (78,93±10,72), korkmayanlara (73,46±11,75) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,001). Öğrencilerin yaş, GANO, yaşanılan yerleşim birimi ve bölge, aile tipi, baba öğrenim düzeyi, klinik deneyimler ve eğitim alma durumları gibi diğer tanıtıcı özellikleri ile TEÖ toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Duygusal Empati alt boyut puanları algılanan ekonomik durum ve doğum yapmaktan korkma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre gelirini giderinden az olarak ifade eden öğrencilerin Duygusal Empati puan ortalamalarının (43,79±7,21), geliri giderine eşit olan öğrencilerden (40,76±6,62) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,017). Doğum yapmaktan korktuğunu belirten öğrencilerin Duygusal Empati puan ortalamalarının (42,13±6,68), korkmayan

öğrencilere (38,49±6,48) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,000). Öğrencilerin diğer tanıtıcı özellikleri ile Duygusal Empati alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Bilişsel Empati alt boyut puanları doğum yapmaktan korkma ve obstetrik şiddet kavramını duyma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre doğum yapmaktan korkan öğrencilerin Bilişsel Empati puan ortalamalarının (36,80±5,30), korkmayan öğrencilere (34,96±6,40) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,031). Obstetrik şiddet kavramını duyan öğrencilerin Bilişsel Empati puan ortalamalarının (37,29±5,08), bu kavramı duymayan öğrencilere (35,77±5,88) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,039). Öğrencilerin diğer tanıtıcı özellikleri ile Bilişsel Empati alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.5. Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre doğum inançları ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

	Doğum İnançları Ölçeği Ort±SS	**Doğal Süreç İnancı Ort±SS**	**Tıbbi Süreç İnancı Ort±SS**
Yaş			
20-21 Yaş	4,11±0,51	4,04±0,64	4,19±0,53
22 Yaş	4,10±0,48	4,05±0,62	4,15±0,52
23 Yaş ve Üzeri	4,06±0,43	4,09±0,60	4,03±0,60
F;p	0,179;0,837	0,101;0,904	1,226;0,295
GANO			
2,99 ve Altı	4,09±0,56	4,06±0,69	4,12±0,57
3,00-3,49	4,06±0,45	4,01±0,61	4,11±0,54
3,50 ve Üzeri	4,25±0,45	4,22±0,55	4,27±0,53
F;p	2,490;0,085	1,912;0,150	1,455;0,235
En Uzun Yaşanılan Yerleşim Birimi			
İl	4,07±0,45	4±0,61	4,15±0,51
İlçe	4,17±0,53	4,18±0,64	4,15±0,58
Kasaba/Köy	3,99±0,46	3,96±0,56	4,03±0,58
F;p	1,709;0,183	2,709;0,069	0,593;0,553
En Uzun Yaşanılan Bölge			
İç Anadolu	4,10±0,51	4,05±0,63	4,14±0,58
Akdeniz	4,08±0,51	4,02±0,67	4,13±0,58
Karadeniz	4,20±0,44	4,07±0,57	4,33±0,48
Ege/Marmara	4,04±0,36	4,10±0,45	3,97±0,40
Doğu/Güneydoğu Anadolu	4,05±0,45	4,04±0,70	4,06±0,47
F;p	0,600;0,663	0,078;0,989	1,876;0,115

Çizelge 3.5. Devam Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre doğum inançları ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

	Doğum İnançları Ölçeği Ort±SS	**Doğal Süreç İnancı Ort±SS**	**Tıbbi Süreç İnancı Ort±SS**
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	4,10±0,50	4,06±0,64	4,15±0,56
Geniş/Parçalanmış Aile	4,05±0,34	4,01±0,51	4,09±0,45
t;p	0,668;0,505	0,453;0,651	0,66;0,510
Anne Öğrenim Düzeyi			
Okur Yazar Değil-Okur Yazar	4,13±0,57	4,17±0,66	4,09±0,60
İlkokul Mezunu	4,10±0,44	4,03±0,62	4,17±0,49
Ortaokul Mezunu	4,11±0,50	4,04±0,62	4,17±0,57
Lise Mezunu	4,06±0,49	4,02±0,60	4,10±0,58
Üniversite-Yüksekokul Mezunu	4,12±0,53	4,16±0,69	4,08±0,56
F;p	0,130;0,971	0,399;0,809	0,324;0,862
Baba Öğrenim Düzeyi			
Okur Yazar Değil-Okur Yazar	4,23±0,45	4,40±0,55	4,06±0,47
İlkokul Mezunu	4,10±0,45	4,00±0,66	4,20±0,46
Ortaokul Mezunu	4,08±0,44	3,97±0,66	4,20±0,54
Lise Mezunu	4,05±0,50	4,04±0,56	4,07±0,58
Üniversite-Yüksekokul Mezunu	4,15±0,53	4,15±0,65	4,14±0,60
F;p	0,496;0,739	1,474;0,211	0,756;0,555
Algılanan Ekonomik Durum			
Gelir Gidere Eşit	4,10±0,47	4,05±0,62	4,14±0,54
Gelir Giderden Fazla	4,11±0,44	4,08±0,57	4,14±0,52
Gelir Giderden Az	4,09±0,53	4,03±0,68	4,15±0,56
F;p	0,017;0,984	0,065;0,937	0,005;0,995
Bir Gebe Muayenesine Katılma Durumu			
Evet	4,11±0,49	4,07±0,63	4,14±0,54
Hayır	4,05±0,44	3,97±0,59	4,13±0,54
t;p	0,894;0,372	0,444;0,657	1,071;0,285
Bir Doğuma Katılma Durumu			
Evet	4,12±0,49	4,07±0,61	4,18±0,54
Hayır	4,07±0,47	4,03±0,63	4,10±0,54
t;p	0,894;0,372	0,444;0,657	1,071;0,285
Doğum Yapacak Olsa Doğum Tercihi			
Vajinal	4,13±0,46	4,11±0,60	4,16±0,52
Sezaryen	3,92±0,53	3,80±0,66	4,04±0,64
t;p	2,744;**0,007***	3,059;**0,002***	1,336;0,183
Doğum Yapmaktan Korkma			
Evet	4,10±0,48	4,05±0,62	4,15±0,55
Hayır	4,09±0,48	4,07±0,64	4,11±0,50
t;p	0,128;0,899	-0,257;0,798	0,520;0,603

Çizelge 3.5. Devam Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre doğum inançları ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıklarının incelenmesi

	Doğum İnançları Ölçeği	**Doğal Süreç İnancı**	**Tıbbi Süreç İnancı**
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Daha Önce Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Eğitim Alma			
Evet	4,09±0,44	4,05±0,60	4,13±0,50
Hayır	4,10±0,51	4,05±0,64	4,15±0,58
t;p	-0,136;0,892	-0,009;0,993	-0,231;0,818
Obstetrik Şiddet Kavramını Duyma			
Evet	4,19±0,42	4,16±0,52	4,21±0,50
Hayır	4,04±0,51	3,98±0,67	4,09±0,57
t;p	2,410;**0,017***	2,306;**0,022***	1,599;0,111
Daha Önce Obstetrik Şiddetle İlgili Eğitim Alma			
Evet	4,16±0,33	4,02±0,40	4,30±0,45
Hayır	4,19±0,44	4,21±0,55	4,18±0,51
t;p	-0,311;0,757	-1,455;0,149	0,993;0,323
Obstetrik Şiddetle İlgili Eğitim Alma İsteği			
Evet	4,18±0,44	4,19±0,52	4,18±0,53
Hayır	4,22±0,47	4,27±0,65	4,18±0,42
t;p	-0,312;0,756	-0,544;0,588	0,039;0,969
Daha Önce Empati ile İlgili Eğitim Alma			
Evet	4,06±0,48	4,01±0,66	4,10±0,52
Hayır	4,15±0,47	4,11±0,57	4,18±0,57
t;p	-1,466;0,144	-1,245;0,214	-1,158;0,248

t:Bağımsız Örneklem T Testi F:Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma
*:p<0,05

Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre doğum inançları ölçeği ve alt boyut puanlarının farklılıkları Çizelge 3.5.'te sunulmuştur.

Doğum İnançları Ölçeği toplam puanları öğrencilerin doğum yapacak olsa tercih edeceği doğum şekli ve obstetrik şiddet kavramını duyma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre doğum yapacak olsa vajinal doğumu tercih edeceklerin DİÖ toplam puan ortalamalarının (4,13±0,46), sezaryen doğumu tercih edeceklere (3,92±0,53) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,007). Obstetrik şiddet kavramını daha önce duyan öğrencilerin DİÖ puan ortalamalarının (4,19±0,42), bu kavramı hiç duymayan öğrencilere (4,04±0,51) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,017). Öğrencilerin yaş, GANO, en uzun yaşanılan yerleşim birimi ve bölge, aile tipi, anne-baba öğrenim düzeyi, algılanan ekonomik durum, klinik

deneyimler ve eğitim alma durumları gibi diğer tanıtıcı özellikleri ile DİÖ toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Doğal Süreç İnancı alt boyut puanları öğrencilerin doğum yapacak olsa doğum şekli tercihi ve obstetrik şiddet kavramını duyma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre doğum yapacak olsa vajinal doğumu tercih edecek öğrencilerin Doğal Süreç İnancı puan ortalamalarının (4,11±0,60), sezaryen tercih edecek öğrencilerden (3,80±0,66) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,002). Obstetrik şiddet kavramını duyan öğrencilerin Doğal Süreç İnancı puan ortalamalarının (4,16±0,52), duymayan öğrencilere (3,98±0,67) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,022). Öğrencilerin diğer tanıtıcı özellikleri ile Doğal Süreç İnancı alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Ölçeğin Tıbbi Süreç İnancı alt boyut ile öğrencilerin yaş, GANO, aile tipi, algılanan ekonomik durum, klinik deneyimleri ve obstetrik şiddet veya empati üzerine eğitim alma durumları gibi hiçbir tanıtıcı özelliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

3.4. Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği, Temel Empati Ölçeği, Doğum İnançları Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının İlişkilerinin İncelenmesi

Ölçekler ve Alt Boyut Puanlarının İlişkileri Çizelge 3.6.'da sunulmuştur.

Çizelge 3.6. Öğrencilerde obstetrik şiddet algısı ölçeği, temel empati ölçeği, doğum inançları ölçeği ve alt boyut puanlarının ilişkilerinin incelenmesi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1)Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği	r	1,000	,677**	,634**	,621**	,613**	,750**	0,013	0,051	-0,036	0,125	**,176****	0,019
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,842	0,430	0,576	0,051	**0,006**	0,773
2)İntrapartum Kötü Muamele	r		1,000	0,082	,266**	,294**	,381**	**,259****	**,233****	**,233****	**,207****	**,144***	**,202****
	p			0,204	0,000	0,000	0,000	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,001**	**0,025**	**0,002**
3)Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar	r			1,000	,230**	,247**	,413**	**-,163***	-0,115	**-,187****	-0,016	0,102	**-,145***
	p				0,000	0,000	0,000	**0,011**	0,074	**0,003**	0,803	0,113	**0,023**
4)Postpartum Kötü Muamele	r				1,000	,355**	,379**	-0,049	-0,003	-0,093	0,051	0,118	-0,044
	p					0,000	0,000	0,447	0,959	0,146	0,425	0,067	0,492
5)Refakat ve Onam	r					1,000	,421**	-0,048	-0,010	-0,083	0,041	0,091	-0,031
	p						0,000	0,457	0,880	0,194	0,522	0,157	0,625
6)Endikasyonsuz Müdahale	r						1,000	-0,048	-0,004	-0,090	0,088	0,112	0,026
	p							0,459	0,951	0,161	0,172	0,081	0,681
7)Temel Empati Ölçeği	r							1,000	,919**	,879**	**,209****	0,091	**,265****
	p								0,000	0,000	**0,001**	0,156	**0,000**
8)Duygusal Empati	r								1,000	,619**	**,172****	0,067	**,226****
	p									0,000	**0,007**	0,298	**0,000**
9)Bilişsel Empati	r									1,000	**,209****	0,100	**,254****
	p										**0,001**	0,118	**0,000**
10)Doğum İnançları Ölçeği	r										1,000	,848**	,794**
	p											0,000	0,000
11)Doğal Süreç İnancı	r											1,000	,351**
	p												0,000
12)Tıbbi Süreç İnancı	r												1,000
	p												

r:Pearson Korelasyon Katsayısı *:p<0,05 **:p<0,01

Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği toplam puanı ile Doğal Süreç İnancı alt boyut puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (r=0,176; p=0,006).

ÖOŞAÖ İntrapartum Kötü Muamele alt boyutu puanları ile TEÖ toplam puanı (r=0,259; p=0,000), Duygusal Empati (r=0,233; p=0,000) ve Bilişsel Empati (r=0,233; p=0,000) alt boyut puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. İntrapartum Kötü Muamele alt boyut puanları ile DİÖ toplam puanı (r=0,207; p=0,001), Doğal Süreç İnancı (r=0,144; p=0,025) ve Tıbbi Süreç İnancı (r=0,202; p=0,002) alt boyut puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır.

ÖOŞAÖ Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar alt boyutu puanları ile TEÖ toplam puanı (r=-0,163; p=0,011) ve Bilişsel Empati alt boyut puanı (r=-0,187; p=0,003) arasında düşük düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar alt boyut puanları ile Tıbbi Süreç İnancı alt boyut puanları arasında düşük düzeyde negatif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=-0,145; p=0,023).

Temel Empati Ölçeği puanları ile Doğum İnançları Ölçeği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0,209; p=0,001). Temel Empati Ölçeği puanları ile Tıbbi Süreç İnancı puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0,265; p=0,000).

Duygusal Empati puanları ile Doğum İnançları Ölçeği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0,172; p=0,007). Duygusal Empati puanları ile Tıbbi Süreç İnancı puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r=0,226; p=0,000).

Bilişsel Empati puanları ile Doğum İnançları Ölçeği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0,209; p=0,001). Bilişsel Empati puanları ile Tıbbi Süreç İnancı puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (r=0,254; p=0,000).

4. TARTIŞMA

Küresel çapta bir halk sağlığı sorunu olan maternal kötü muamele, kadınların doğum sürecinde maruz bırakıldıkları onur kırıcı, saygısız ve istismarcı eylemleri kapsayan, aynı zamanda insan haklarını doğrudan ihlal eden bir olgudur (Bohren vd., 2015; WHO, 2015). Gebelik ve doğum eylemi boyunca kadınlarla en yoğun etkileşim halinde olan hemşireler, kadını merkeze alan saygılı annelik bakımının sürdürülmesinde ve bu yapısal kötü muamelenin önlenmesinde kilit bir role sahiptir (Işık ve Nazik, 2023b; Vatansever ve Baltacı, 2024). Kadınların bu süreçte sağlık profesyonellerinden en büyük beklentisi empati görmek olup, empatiden yoksun klinik yaklaşımlar doğrudan onursuz bakım ve kötü muamele olarak değerlendirilmektedir (Karabulut ve Unutkan, 2024; Karaçay Yıkar vd., 2025). Bununla birlikte, doğumu kadına ait doğal bir süreçten ziyade tıbbi ve riskli bir kriz olarak algılayan inanç sistemi, anne ve bebeğin hayatını kurtarma adı altında hastanelerdeki gereksiz müdahalelerin normalleşmesine zemin hazırlamaktadır (Ahsun vd., 2024; Karabulut ve Unutkan, 2024).

Araştırmamızda katılımcıların Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği (ÖOŞAÖ) toplam puan ortalaması 91,94±11,79 bulunmuştur Türkiye'de hemşirelik öğrencileriyle yürütülen güncel çalışmalar incelendiğinde; Erbil vd. (2025) ÖOŞAÖ puan ortalamasını 89,16±13,24, Küçükkaya (2025) ise 81,05±42,23 olarak saptamıştır. Araştırmamızdan elde edilen algı puanının Erbil vd. (2025) ile oldukça benzer olduğu, Küçükkaya'nın (2025) bulgularından ise kısmen daha yüksek olduğu görülmektedir. Öte yandan, ebelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada (Doğan Yüksekol vd., 2026) bu puanın 99,61±14,11 ile daha yüksek seviyelerde olduğu rapor edilmiştir. Ebelik öğrencilerinin hemşirelik öğrencilerine kıyasla daha yüksek bir obstetrik şiddet farkındalığına sahip olması, ebelik müfredatının doğrudan kadın sağlığı, fizyolojik doğum ve saygılı annelik bakımına odaklanması ve bu alandaki klinik maruziyetlerinin daha yoğun olması ile açıklanabilir. İspanya'daki sağlık bilimleri (hemşirelik, ebelik, tıp ve psikoloji) öğrencileri üzerinde ÖOŞAÖ'nün orijinal versiyonu (PercOV-S) ile yürütülen farklı çalışmalarda obstetrik şiddet algısının 5 üzerinden 3,83±0.63 ile 3,93±0.593 arasında değiştiği ve genel olarak orta-yüksek düzeylerde seyrettiği görülmekte olup, araştırma bulgumuz küresel literatürle benzerlik göstermektedir (Biurrun-Garrido vd., 2023; Llagostera-Reverter vd., 2025; Mena-Tudela vd., 2022).

Araştırmamızda öğrencilerin Temel Empati Ölçeği (TEÖ) toplam puan ortalaması 77,65±11,18 bulunmuş olup alt boyutlar incelendiğinde öğrencilerin Duygusal Empati puanı

41,28±6,80 ve Bilişsel Empati puanı 36,37±5,62 olarak saptanmıştır. Literatürde hemşirelik öğrencileriyle TEÖ kullanılarak yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Türkiye'de kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği uygulamasına çıkan öğrencilerle yapılan bir çalışmada TEÖ toplam puan ortalaması 73,92±1,13 olarak bulunmuştur (Aymelek Çakıl, 2022). Dördüncü sınıf intörn hemşirelerle yürütülen bir diğer güncel çalışmada ise TEÖ toplam puanı 71,06±13,38, Duygusal Empati 37,77±7,46 ve Bilişsel Empati 33,29±7,52 olarak saptanmıştır (Cevheroğlu, 2024). Kuzey Kıbrıs'ta hemşirelik öğrencileriyle yürütülen bir başka araştırmada da Duygusal (30,16±4.42) ve Bilişsel (29,29±2.65) Empati puanlarının araştırmamıza kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir (Sucu Dağ vd., 2022). Buna karşın, Üzen Cura ve Atay (2023) tarafından yürütülen çalışmada hemşirelik öğrencilerinin TEÖ madde ortalamaları 5 puan üzerinden 3,92±0,48 olarak rapor edilerek yüksek bir empati puanına işaret ettiği belirtilmiştir (Üzen Cura ve Atay, 2023). Literatürdeki bu farklılıkların öğrencilerin bulundukları sınıf düzeyleri, müfredat farklılıkları ve klinik uygulama deneyimlerinin çeşitliliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin Doğum İnançları Ölçeği (DİÖ) alt boyutları incelendiğinde, öğrencilerin tıbbi süreç inancı puan ortalamasının (4,14±0,54) doğal süreç inancı puan ortalamasından (4,05±0,62) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, son sınıf hemşirelik öğrencilerinin doğum eylemini kadına ait fizyolojik ve doğal bir süreçten ziyade, yüksek oranda tıbbi müdahale ve teknolojik uzmanlık gerektiren riskli bir kriz durumu olarak algılamaya yatkın olduklarını göstermektedir. Literatür incelendiğinde, hemşirelik öğrencileriyle yürütülen Ahsun vd. (2024) çalışmasında da bulgularımızla paralel olarak doğal süreç alt boyutunun ortalama puanı 19,20±5,45 tıbbi süreç alt boyutunun ortalama puanı ise 20,94±4,82 olarak bulunmuş ve öğrencilerin doğumu tıbbi bir süreç olarak algılama inançlarının doğal süreç inançlarından daha yüksek olduğunu rapor edilmiştir. Buna karşın, ebelik öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada tıbbi süreç inancı alt boyutu toplam puan ortalaması 18,56±3,97 doğal süreç inancı alt boyutu toplam puan ortalaması 20,08±4,35 (Çuvadar ve Yücetürk, 2025) ve klinik sahadaki gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada 5,0 puan üzerinden tıbbi süreç inancı alt boyutu puan ortalaması 3,54±0,64 iken doğal süreç inancı alt boyutu toplam puan ortalaması 4,21±0,69 olarak bildirilmiştir (Dinç ve Karataş Okyay, 2021).

Hemşirelik öğrencilerinde tıbbi inancın doğal inançtan daha baskın çıkması, teorik eğitim süreçleri ve klinik sahadaki gözlemleriyle yakından ilişkilidir. Ünal Toprak ve Turan (2023), hemşirelik öğrencilerinde eğitim yılı ilerledikçe "Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği" dersi almış olmanın ve klinik deneyimlerin etkisiyle doğal süreç

inancının artabileceğini belirtse de bizim araştırmamızdaki dördüncü sınıf öğrencilerinin halen tıbbi inanca daha yakın olması dikkat çekicidir. Bu durum, öğrencilerin klinik uygulamalara çıktıkları kurumlardaki "tıbbileştirilmiş doğum" kültürünün bir yansıması olarak yorumlanabilir. Öğrenciler, doğum salonlarında sıklıkla rutin lavman, perine tıraşı, amniyotomi, sürekli fetal monitörizasyon ve hekim otoritesinin merkezde olduğu müdahaleci bir işleyişe maruz kalmaktadırlar. Mevcut hiyerarşik klinik yapılarda doğumu tıbbileştiren uygulamalara sıklıkla maruz kalan öğrenciler, dolaylı öğrenme yoluyla doğrudan tecrübe etmeseler de otorite figürlerinin davranışlarını kopyalayarak bu durumu olağanlaştırmaktadırlar (Llagostera-Reverter vd., 2025). Ayrıca üniversite öğrencileri doğumu doğası gereği tehlikeli bir süreç olarak algılama eğilimindedir ve olası komplikasyonlara yönelik duydukları korku, onların tıbbi müdahaleleri ve hastane ortamını daha güvenilir bulmalarına yol açmaktadır (Mazurek, 2019). Dolayısıyla, araştırmamızdaki son sınıf öğrencilerin tıbbi inançlarının yüksekliği, klinik sahada gözlemledikleri bu müdahaleci yaklaşımın ve yerleşik risk algısının bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamızda sosyodemografik ve akademik faktörlerin obstetrik şiddet algısı üzerindeki etkisi incelendiğinde, akademik başarı ile şiddet algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bulgularımıza göre, GANO'su 3,00 ve üzerinde olan öğrencilerin hem Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği genel toplam puanları hem de "İntrapartum Kötü Muamele" alt boyut puanları, GANO'su 2,99 ve altında olan öğrencilere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Dağlar ve Acar'a (2024) göre ilk adım, lisans eğitiminde maternal kötü muamele hakkında bilgi ve farkındalık kazanmaya başlamaktır. Her ne kadar öğrencilerin klinik eğitim süreçlerinde hekim otoritesinin ve hiyerarşik yapının baskın olduğu ortamlara maruz kalmaları, sık tekrarlanan rutinleri normalleştirmelerine ve kötü muamele algılarının körelmesine yol açabilse de (Llagostera-Reverter vd., 2025), akademik başarısı yüksek öğrencilerin bu duyarsızlaşma eğilimine karşı daha dirençli oldukları söylenebilir. Teorik bilgi birikimi ve akademik donanım, öğrencinin klinik sahada gözlemlediği müdahalelere eleştirel yaklaşmasını kolaylaştırmaktadır. Literatürde yürütülen benzer çalışmalarda da eğitim müdahalelerinin ve artan teorik donanımın öğrencilerin maternal kötü muamele farkındalığını ve algısını anlamlı düzeyde artırdığı, onları şiddeti tanıma konusunda güçlendirdiği bildirilmiştir (Mena-Tudela, González-Chordá vd., 2020).

Araştırmamızın önemli bulgularından biri, öğrencilerin %60,7'sinin obstetrik şiddet kavramını daha önce hiç duymamış olmasıdır. Araştırmamızdaki bu düşük farkındalık oranı, hemşirelik öğrencileriyle yapılan ve öğrencilerin %61,9'unun kavramı duymadığını belirten Erbil vd. (2025) çalışmasının bulgusuyla birebir örtüşmektedir. Buna karşın, Doğan Yüksekol

vd., (2026) yaptıkları çalışmada %79,0 ve İspanya'daki sağlık bilimleri öğrencileriyle yapılan çalışmalardan Mena-Tudela vd., (2022) çalışmasında %56,5, Biurrun-Garrido vd., (2023) çalışmasında %72,7 ve Llagostera-Reverter vd., (2025) çalışmasında %78,6 oranında bu kavramı duyma durumu rapor edilmiştir. Araştırmamızdaki hemşirelik öğrencilerinin literatürdeki obstetrik şiddet terminolojisine yabancı olmalarına rağmen algı puanlarının yüksek çıkması oldukça önemlidir. Bu durum, öğrencilerin dört yıllık lisans eğitimleri boyunca aldıkları hasta hakları, etik ilkeler ve iletişim becerileri gibi temel hemşirelik eğitimlerinin onlarda güçlü bir saygılı bakım zemini oluşturduğuna işaret etmektedir. Bu sayede doğum salonlarında şahit oldukları onamsız müdahaleleri, mahremiyet ihlallerini veya kaba davranışları maternal kötü muamele/obstetrik şiddet olarak adlandırmasalar dahi, gelişen mesleki etik duyarlılıkları sayesinde bu eylemleri yanlış, saygısızlık veya hak ihlali olarak doğru bir şekilde tanımlayabilmektedirler.

Literatürde, hemşirelik öğrencilerinin gebelik öncesi doğum korkularının yüksek olabildiği ve bu durumun özellikle klinik sahada gözlemlenen zorlu doğum eylemlerine tanıklık etme ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Ahsun vd., 2024; Rüzgar ve Gürlek Kısacık, 2022). Araştırmamızda öğrencilerin %76,6'sı doğum yapmaktan korktuğunu belirtmiş ve bu öğrencilerin TEÖ toplam, Bilişsel ve Duygusal Empati alt boyut puanları doğum yapmaktan korkmayan öğrencilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, doğum eylemine karşı korku hisseden öğrencilerin, klinik ortamda savunmasızlık içinde olan kadınların duygusal ve bilişsel süreçlerini anlamada daha yetkin oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmamızın bulgularına göre, geliri giderinden az olduğunu ifade eden öğrencilerin TEÖ genel toplam puanları ve özellikle Duygusal Empati alt boyut puanları, geliri giderine denk olan öğrencilere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, literatürdeki bazı verilerle farklılık göstermektedir. Öğrenci gruplarıyla yürütülen bazı araştırmalarda, geliri giderine denk veya gelir düzeyi yüksek olan öğrencilerin empati becerilerinin daha gelişmiş olduğu rapor edilmiştir (Doğan ve Ünsar, 2025; Yurttaş ve Aras, 2020). Yalnızoğlu Çaka vd. (2018) tarafından yapılan araştırmada da ekonomik durumu gelir-gider denk olan hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin TEÖ puan ortalamalarının, geliri giderinden az olan öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öte yandan Sarı vd. (2019) tarafından yapılan çalışmada ise ailenin gelir durumu ile Temel Empati Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı hiçbir farklılık bulunmadığı belirtilmektedir.

Araştırmamızda, gelecekte kendi doğum deneyimleri için vajinal doğumu tercih etmeyi planlayan öğrencilerin DİÖ toplam puanı ve Doğal Süreç İnancı puanlarının, sezaryen doğumu tercih edeceklere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde bulgumuzla paralel olarak Dinç ve Karataş Okyay'ın (2021) çalışmasında gelecekte vajinal doğum yapmayı planlayan kadınların doğal süreç inançlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, benzer şekilde Paker ve Ertem'in (2022) çalışmasında ise normal doğum planlayan gebelerin %81,2'sinin doğal doğum inancına sahip olduğunu bildirilmiştir. Öğrencilerin doğumun tıbbi bir müdahale gerektirmediğine ve kadın bedeninin bu süreci yönetebilecek güce sahip olduğuna duydukları inanç arttıkça, vajinal doğumu desteklemeleri beklenen ve literatürle uyumlu bir durumdur.

Araştırmamızın bir diğer bulgusu ise obstetrik şiddet kavramını daha önce duyan öğrencilerin DİÖ toplam puanı ve Doğal Süreç İnancı puanlarının, bu kavramı hiç duymayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek çıkmasıdır. Literatürde benzer bir çalışma ile karşılaşılmasa da bu bulgu, obstetrik şiddeti daha önce duyan öğrencilerin kliniklerde uygulanan gereksiz tıbbi müdahaleleri ve onamsız kötü muameleleri algılayabildikleri ve bunların doğum için bir gereklilik olmadığını kavrayabildikleri şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmamızda, öğrencilerin ÖOŞAÖ genel puanları ile DİÖ "Doğal Süreç İnancı" alt boyut puanları arasında pozitif yönde, zayıf ancak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatürde doğal süreç inancı; doğumun normal bir eylem olduğu ve zorunlu haller dışında sürece müdahale edilmemesi gerektiği felsefesine dayanmaktadır (Çuvadar ve Yücetürk, 2025; Ünal Toprak ve Turan, 2023). Doğumu bu felsefeyle içselleştiren bir sağlık profesyoneli, klinik sahada gözlemlediği onamsız ve rutin müdahaleleri doğrudan kötü muamele olarak ayırt edebilmektedir (Karabulut ve Unutkan, 2024). Araştırmamızda elde edilen pozitif korelasyon da bu durumu desteklemektedir.

Araştırmamızda, öğrencilerin ÖOŞAÖ "İntrapartum Kötü Muamele" alt boyut puanları ile Temel Empati Ölçeği toplam, Duygusal ve Bilişsel Empati puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Literatürde de empatinin, sağlık profesyonelinin kişinin yaşadığı korku ve acıyı anlayarak sürece daha duyarlı yaklaşmasını sağladığı belirtilmektedir (Cevheroğlu, 2024; Sucu Dağ vd., 2022). Nitekim klinik yaklaşımlarda empati eksikliği, doğrudan maternal kötü muamelenin temelini oluşturmaktadır (Karabulut ve Unutkan, 2024; Karaçay Yıkar vd., 2025). Dolayısıyla elde edilen bu korelasyon; klinik sahadaki kötü muamele döngüsünü kırmak için, hemşirelik müfredatlarında empati becerilerini geliştirecek eğitim yöntemlerine ağırlık verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda, öğrencilerin Temel Empati Ölçeği genel puanları ile hem Duygusal hem de Bilişsel Empati alt boyut puanları ve "Tıbbi Süreç İnancı" puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç, empati düzeyi yüksek olan öğrencilerin, kadınların doğum sırasında yaşayabileceği ağrı ve olası risklere karşı daha hassas yaklaşmaları ile açıklanabilir. Öğrencilerin, anne ve bebeğin zarar görmesini engellemek ve doğum ağrısını hafifletmek amacıyla doğumu tıbbi müdahalelerle yönetilmesi gereken bir süreç olarak görmeye daha eğilimli oldukları düşünülmektedir.

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Öğrencilerin yaş ortalaması 22,04±1,17'dir. %80,3'ü gebe muayenesine katılmıştır. %52'si doğuma katılmamıştır. %81,6'sı doğum yapacak olsa vajinal doğumu tercih edeceğini belirtmiştir. %76,6'sı doğum yapmaktan korkmaktadır. %52'si daha önce kadına yönelik şiddetle ilgili eğitim almamıştır. %60,7'si obstetrik şiddet kavramını duymamıştır. %57'si daha önce empati ile ilgili eğitim almıştır.

Öğrencilerin obstetrik şiddet algısı nasıldır?

Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği puanlarının ortalaması 91,94±11,79, İntrapartum Kötü Muamele puanlarının ortalaması 35,27±5,02, Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar puanlarının ortalaması 17,25±4,59, Postpartum Kötü Muamele puanlarının ortalaması 15,84±3,00, Refakat ve Onam puanlarının ortalaması 10,15±2,32 ve Endikasyonsuz Müdahale puanlarının ortalaması ise 13,43±2,99'dur.

Öğrencilerin empati puanları nedir?

Temel Empati Ölçeği puanlarının ortalaması ve standart sapması 77,65±11,18 iken Duygusal Empati alt boyut puanlarının ortalaması 41,28±6,80 ve Bilişsel Empati alt boyut puanlarının ortalaması ise 36,37±5,62'dir.

Öğrencilerin doğum hakkındaki temel inançları nasıldır?

Doğum İnançları Ölçeği puanlarının ortalaması 4,09±0,48 iken Doğal Süreç İnancı puanlarının 4,05±0,62 ve Tıbbi Süreç İnancı puanlarının ise 4,14±0,54'tür.

Öğrencilerin obstetrik şiddet algısını etkileyen faktörler nelerdir?

Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği toplam puanları GANO'ya göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre GANO'su 2,99 ve altında olan öğrencilerin ÖOŞAÖ toplam puan ortalamalarının (87,49±10,38), GANO'su 3,00-3,49 (92,44±12,31) ile 3,50 ve üzeri (95,70±9,82) olan öğrencilere göre anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,003$).

***Öğrencilerin o*bstetrik şiddet algıları ve doğum hakkındaki temel inançları arasında ilişki var mıdır?**

Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği toplam puanı ile Doğal Süreç İnancı alt boyut puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (r=0,176; p=0,006).

Öğrencilerin obstetrik şiddet algıları ve empati puanları arasında ilişki var mıdır?

Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği İntrapartum Kötü Muamele alt boyutu puanları ile TEÖ toplam puanı (r=0,259; p=0,000), Duygusal Empati (r=0,233; p=0,000) ve Bilişsel Empati (r=0,233; p=0,000) alt boyut puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Kanıt Dışı Rutin Uygulamalar alt boyutu puanları ile TEÖ toplam puanı (r=-0,163; p=0,011) ve Bilişsel Empati alt boyut puanı (r=-0,187; p=0,003) arasında düşük düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Öğrencilerin empati puanlarını etkileyen faktörler nelerdir?

Temel Empati Ölçeği toplam puanları anne öğrenim düzeyi, algılanan ekonomik durum ve doğum yapmaktan korkma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Buna göre annesi okur-yazar değil/okur-yazar olan öğrencilerin TEÖ toplam puan ortalamalarının (70,48±10,36), annesi ilkokul (78,83±9,67) ve lise mezunu (78,61±11,94) olan öğrencilerden anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir (p=0,034). Gelirini giderinden az olarak ifade eden öğrencilerin TEÖ puan ortalamalarının (81,23±11,13), geliri giderine eşit olan öğrencilerden (76,70±11,24) anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,048). Ayrıca, doğum yapmaktan korkan öğrencilerin TEÖ puan ortalamalarının (78,93±10,72), korkmayanlara (73,46±11,75) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,001).

Öğrencilerin empati puanları ve doğum hakkındaki temel inançları arasında ilişki var mıdır?

Temel Empati Ölçeği puanları ile Doğum İnançları Ölçeği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0,209; p=0,001). Temel Empati Ölçeği puanları ile Tıbbi Süreç İnancı puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (r=0,265; p=0,000).

Öğrencilerin doğum hakkındaki temel inançlarını etkileyen faktörler nelerdir?

Doğum İnançları Ölçeği toplam puanları öğrencilerin doğum yapacak olsa tercih edeceği doğum şekli ve obstetrik şiddet kavramını duyma değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre doğum yapacak olsa vajinal doğumu tercih edeceklerin DİÖ toplam puan ortalamalarının (4,13±0,46), sezaryen doğumu tercih edeceklere (3,92±0,53) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,007$). Obstetrik şiddet kavramını daha önce duyan öğrencilerin DİÖ puan ortalamalarının (4,19±0,42), bu kavramı hiç duymayan öğrencilere (4,04±0,51) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,017$).

Öneriler;

Hemşirelik öğrencilerinin maternal kötü muamele algısı, temel empati puanları, doğum inançları ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun obstetrik şiddet kavramını daha önce hiç duymadığı göz önüne alınarak, farkındalığı artırmak amacıyla bu terminolojinin ve saygılı annelik bakımı ilkelerinin hemşirelik eğitim müfredatlarına daha kapsamlı bir şekilde dahil edilmesi,
- Öğrencilerin klinik uygulamalardaki hiyerarşik yapılara ve kanıta dayalı olmayan müdahaleci rutin eylemlere karşı eleştirel düşünme becerilerinin desteklenmesi,
- Öğrencilerin doğal süreç inançlarını güçlendirmek için, klinik sahada fizyolojik doğumu destekleyen, müdahalesiz ve kadını merkeze alan uygulamaların daha fazla model alınmasının sağlanması,
- Öğrencilerin obstetrik şiddet algısı, empati ve doğum inançları arasındaki ilişkilerin daha geniş örneklemlerle inceleneceği daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Acar, Z., & Şahin, N. H. (2021). Kadınların obstetrik şiddet deneyimleri: Sistematik derleme. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 14*(3), 509–519.

Adekunle, T. B., Adekunle, T. E., Arreola, A., & Sembian, S. (2025). "It affected me so much that I even had to tie my tubes": The role of patient-provider communication on Black women's perceptions of pregnancy risk. *Health Communication*, 1–10. https://doi.org/10.1080/10410236.2025.2521891

Ağaçdiken, S., & Aydoğan, A. (2017). Hemşirelerde empatik beceri ve etik duyarlılık ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(2), 122–129.

Ahsun, S., Kazankaya, F., Ertem, G., Göl, B., & Sözüer, İ. E. (2024). Investigation of the relationship between dysmenorrhea, birth beliefs and fear of childbirth in nursing faculty students. *Journal of TOGU Health Sciences, 4*(2), 166–178.

Akgün Şahin, Z., & Kardaş Özdemir, F. (2015). Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *JAREN, 1*(1), 1–7.

Akın, B., Aksoy, Y. E., & Türkmen, H. (2022). Ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma düzeylerinin belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9*(2), 262–267.

Alp Yılmaz, F., & Durgun Ozan, Y. (2020). Women's birth beliefs and associated factors in an obstetrics clinic in the Southeastern Anatolian Region of Turkey. *Journal of Health Research, 34*(4), 345–351. https://doi.org/10.1108/JHR-07-2019-0166

Alzyoud, F. A., McCurry, M. K., Hunter Revell, S. M., & Kellogg, M. (2023). Nurse disrespect and abuse toward laboring and child-birthing women. *Nursing Research, 72*(5), 347–354.

Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi. (2025). *Bölüm tanıtımı – Hemşirelik bölümü*. https://nursingdepartment.nursing.ankara.edu.tr/bolum-tanitimi/

Aşcı, Ö., & Bal, M. D. (2023). The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. *Midwifery, 124*, 103766.

Avcıbay, B., Köroğlu, C. O., Yamurluklu, S. B., & Sürücü, Ş. G. (2021). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin gebelik öncesi doğum korkularını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 14*(4), 413–422.

Aymelek Çakıl, N. (2022). Hemşirelik öğrencilerinin kadın sağlığı sorunlarına yaklaşım ve bakımlarında empati düzeylerinin etkisi. *Black Sea Journal of Health Science, 5*(1), 71-77. https://doi.org/10.19127/bshealthscience.986103

Bağ, B. (2024). Bakımda anlama sanatı: Empati ve refleksiyon ilişkisi. *Journal of Nursology, 27*(2), 153–162. https://doi.org/10.17049/jnursology.1507498

Ballesta-Castillejos, A., & Rodríguez-Almagro, J. (2025). Influence of abuse and disrespect during childbirth on early initiation of breastfeeding. *International Breastfeeding Journal, 20*(1), 15.

Barut, S., & Güney, E. (2022). The relationship between pregnant women's birth beliefs and traumatic birth perception levels, birth outcomes and postpartum depression. *Artuklu International Journal* of Health Sciences, 2(3), 1–7. https://doi.org/10.58252/artukluder.1202529

Begley, K., Daly, D., Panda, S. ve Begley, C. (2019). Shared decision-making in maternity care: Acknowledging and overcoming epistemic defeaters. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *25*, 1113-1120. https://doi.org/10.1111/jep.13243

Biurrun-Garrido, A., Brigidi, S., & Mena-Tudela, D. (2023). Perception of health sciences and feminist medical students about obstetric violence. *Enfermería Clínica (English Edition), 33*(3), 234–243.

Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., ... & Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: A cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet, 394*(10210), 1750–1763.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Tunçalp, Ö. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine, 12*(6), e1001847. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847

Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis*. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health.

Buldan, Ö., & Arslan, S. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin empati düzeyi ile mahremiyet bilinci arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 13*(2), 318–329.

Castro, A. T. B. ve Rocha, S. P. (2020). Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: Reflexões a partir da literatura. *Enfermagem em Foco*, *11*(1), 176-181.

Cevheroğlu, S. (2024). Determining intern nurses levels in ethical sensitivity and empathy. *Mediterranean Nursing and Midwifery, 4*(3), 198-204. https://doi.org/10.4274/MNM.2024.24219

Charitou, A., Fifli, P., & Vivilaki, V. G. (2019). Is empathy an important attribute of midwives and other health professionals?: A review. *European Journal of Midwifery, 3*(February), 4. https://doi.org/10.18332/ejm/100612

Chervenak, F. A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S. L., De Four Jones, M., Gordon, M. R., Combs, A., ... & Grünebaum, A. (2024). Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 230*(3), S1138–S1145.

Chukwudozie, C. C., Nsemo, A. D. ve Enebeli, E. C. (2022). Midwives' perception and practice of respectful maternity care during pregnancy and childbirth in selected health facilities in Cross River State, Nigeria. *African Journal of Biomedical Research*, *25*(2), 135-141.

Cohen Shabot, S. (2016). Making loud bodies “feminine”: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies, 39*(2), 231–247.

Cohen Shabot, S., & Sadler, M. (2023). “My soul hurt, and I felt as if I was going to die”: Obstetric violence as torture. Hypatia, 38(3), 607–627. https://doi.org/10.1017/hyp.2023.72

Çuvadar, A., & Yücetürk, S. (2025). Ebelik öğrencilerinin doğum inançları ile doğum tutumlarına ilişkin görüşleri. *Sağlık Bilimlerinde Değer, 15*(1), 81–88. https://doi.org/10.33631/sabd.1447431

Dağlar, Ö. Ş., & Acar, Z. (2024). Obstetric violence from the perspectives of midwifery and nursing students. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13*(3), 1099–1111.

Deliktas, A., Kukulu, K., Haugan, G., & Aune, I. (2021). Turkish midwives' experiences and opinions in promoting normal births: A grounded theory study. *Midwifery, 95*, 102927.

Deniz, E. U. ve Güven, T. (2023). Sağlık hizmetleri ve eczacılıkta empati. E. Karaman (Ed.), *Sağlık bilimleri alanında uluslararası araştırmalar-II* içinde (s. 55-64). Özgür Yayınları.

Dinç, B., & Karataş Okyay, E. (2021). Kadınların doğum inançları ve etkileyen faktörler. *Anatolian Journal of Health Research, 2*(2), 57–63. https://doi.org/10.29228/anatoljhr.52200

Doğan, B., & Ünsar, S. (2025). İç hastalıkları hemşireliği dersini alan öğrencilerin empatik eğilimleri. *Trakya University Balkan Health Science Journal, 4*(2), 42–50. https://doi.org/10.61830/balkansbd.1749802

Doğaner, G., Doğaner, A., Duran, Ö., Tuna, M., Tezcan, Ş. ve Turan, G. (2013). Sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin doğum şekli tercihlerine yönelik düşüncelerinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, *10*(1), 31-36. https://doi.org/10.5505/tjod.2013.57625

Doğan Yüksekol, Ö., Baltacı, N., & Koç, Ö. (2026). Midwifery students’ perceptions of obstetric violence: A cross-sectional study in Türkiye. *Turkish Journal of Science and Health, 7*(1), 40-46. https://doi.org/10.51972/tfsd.1803279

Dolatabadi, Z., Amiri-Farahani, L., Zargar, Z., Haghani, S., & Mousavi, S. S. (2025). Disrespect and abuse during childbirth and associated factors among women: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*(1), 229.

Durgun Ozan, Y., & Alp Yılmaz, F. (2020). Is there a relationship between basic birth beliefs and pregnancy-related anxiety in Turkey. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 46*(10), 2036–2042. https://doi.org/10.1111/jog.14375

Ebrahimi, S., Borghei, N. S., Ozouni-Davaji, R. B., & Rajabi, A. (2025). *The effect of mindfulness self-compassion training on the fear of childbirth among first time pregnant women: A randomized controlled trial*. Research Square. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6320037/v1

Elayyan, M., Rankin, J. ve Chaarani, M. W. (2018). Factors affecting empathetic patient care behaviour among medical doctors and nurses: An integrative literature review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *24*(3), 311-318.

Erbil, N., Akın Yamak, Ö., & Boyraz Yanık, H. G. (2025). The relationship between nursing students' perception of obstetric violence, pre-pregnancy fear of childbirth, and moral sensitivity: A cross-sectional study. *Depression and Anxiety, 2025*, 1–10. https://doi.org/10.1155/da/4843962

Erdoğan Acar, M., Akdağ, M. R., Özgüngör, Y., & Aydın, Y. (2025). Gebelerin doğum şekline karar vermede sosyodemografik özelliklerinin ve doğum inançlarının etkisinin incelenmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 11*(1), 1–7.

Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Almeida, V. S. ve Zangão, M. O. (2022). Analysis of the concept of obstetric violence: Scoping review protocol. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(7), 1090. https://doi.org/10.3390/jpm12071090

Ferri, P., Rovesti, S., Panzera, N., Marcheselli, L., Bari, A., & Di Lorenzo, R. (2017). Empathic attitudes among nursing students: A preliminary study. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis, 88*(3-S), 22–30. https://doi.org/10.23750/abm.v88i3-S.6610

Fraser, L. K., Cano-Ibáñez, N., Amezcua-Prieto, C., Khan, K. S., Lamont, R. F., & Jørgensen, J. S. (2025). Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 104*, 13–28.

Free, G., Swildens, W., Hoogendoorn, A., Beekman, A., & van Meijel, B. (2025). Empathy and mentalizing of mental health nurses: A cross-sectional correlational study. *International Journal of Mental Health Nursing, 34*(1), e70002. https://doi.org/10.1111/inm.70002

Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., ... & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization, 92*, 915–917.

Garcia, L. M., Al-Rousan, T., & Knudson, A. (2023). Obstetric violence in the United States and other high-income countries: An integrative review. *Sexual and Reproductive Health Matters, 31*(1), 2267657. https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2267657

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi. (2025). *Tarihçe*. https://hemsirelik.gazi.edu.tr/view/page/289629/tarihce

Gebeyehu, N. A., Adella, G. A., & Tegegne, K. D. (2023). Disrespect and abuse of women during childbirth at health facilities in Eastern Africa: Systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine, 10*, 1117116.

Gohri, J., Kalra, S., & Hegde, S. (2025). Factors influencing empathy level among healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Education and Health Promotion, 14*, 389. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1647_24

Gönenç, İ. M., Yılmaz Sezer, N., & Topuz, Ş. (2023, Eylül). *Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması*. 6. Uluslararası 7. Ulusal Ebelik Kongresi, Ankara, Türkiye. https://www.ebko2023.org/

Gönenç, İ. M., Yılmaz Sezer, N., & Topuz, Ş. (2026). The perception of obstetric violence in students: Validity and reliability study (Percov-S-Turkish). *Sağlık Bilimleri Dergisi*, *35*(1), 64–78. https://doi.org/10.34108/eujhs.1715700

Gurung, R., Moinuddin, M., Sunny, A. K., Bhandari, A., Axelin, A., & Kc, A. (2022). Mistreatment during childbirth and postnatal period reported by women in Nepal—a multicentric prevalence study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1), 319.

Haines, H., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). Womens' attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: A comparison of a Swedish and an Australian sample in midpregnancy. *Midwifery, 28*(6), e850–e856.

Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Turfan, E. C., ... & Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 169*(3), 1012–1024.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., & Magee, M. (2003). Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine, 1*(1), 25-41. https://doi.org/10.1016/S1543-1150(03)00002-4

Hu, H.-L., Kuo, C.-L., Wang, S.-Y., & Chuang, Y.-H. (2024). Perceptions of empathy among nursing assistants in long-term care facilities: A qualitative study. *Health & Social Care in the Community, 2024*, 3072064. https://doi.org/10.1155/2024/3072064

Ishola, F., Owolabi, O., & Filippi, V. (2017). Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PLoS One, 12*(3), e0174084.

Işık, B., & Nazik, E. (2023a). Determination of obstetric violence and affecting factors: A cross-sectional research. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 49*(2), 589–597. https://doi.org/10.1111/jog.15494

Işık, B., & Nazik, E. (2023b). Obstetrik şiddet ve ebe/hemşirelerin sorumlulukları. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(2), 1–13.

Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26*, e3069.

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence, 29*, 589–611. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010

Karabulut, K., & Unutkan, A. (2024). Obstetrik şiddet ve ebelik. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 14*(3), 459–469. https://doi.org/10.31020/mutftd.1476975

Karaçay Yıkar, S., Işık, B., Akçayüzlü, Ö. ve Nazik, E. (2025). Experiences of obstetric violence in women in the Mediterranean region: A qualitative study. *BAUN Health Sci J*, *14*(2), 264-271. https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1489223

Kasaye, H., Scarf, V., Sheehy, A., & Baird, K. (2024). The mistreatment of women during maternity care and its association with the maternal continuum of care in health facilities. *BMC Pregnancy and Childbirth, 24*(1), 129.

Kassa, Z. Y., Tsegaye, B., & Abeje, A. (2020). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth at health facilities in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *BMC International Health and Human Rights, 20*(1), 1–9.

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.

Kim, J. (2018). Factors influencing nursing students' empathy. *Korean Journal of Medical Education, 30*(3), 229–236. https://doi.org/10.3946/kjme.2018.97

Küçük, E., Yeşilçiçek Çalık, K., & Çınar, S. (2025). Assessing nursing students' perceptions of obstetric violence: A cross-sectional study. *Nurse Education Today, 152*, 106757. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106757

Küçükkaya, B. (2025). Hemşirelik öğrencilerinin obstetrik şiddet algıları ile şiddete yönelik tutumları arasındaki ilişki: Kesitsel bir çalışma. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 7*(1), 209–221. https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1525879

Leite, T. H., Marques, E. S., Mesenburg, M. A., da Silveira, M. F., & Leal, M. C. (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: Findings from a perinatal cohort "Birth in Brazil". *The Lancet Regional Health-Americas, 19*, 100438.

Leite, T. H., Pereira, A. P. E., Leal, M. C., & 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.

Llagostera-Reverter, I., Ortíz-Mallasén, V., Mejuto-Prego, M., & Mena-Tudela, D. (2025). Factors associated with the perception of obstetric violence and its emotional impact on healthcare training: A cross-sectional study. *Nursing Reports, 15*, 425.

Lunda, P., Minnie, C. S., & Lubbe, W. (2024). Perspectives of midwives on respectful maternity care. BMC Pregnancy and Childbirth, 24(1), 721. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06894-1

Martínez-Galiano, J. M., Martinez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martinez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth, 34*(5), e526–e536. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002

Martinez-Vazquez, 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 cross-sectional study. *Journal of Personalized Medicine, 11*(5), 338.

Mazurek, S. (2019). *Perceptions of childbirth among undergraduates* [Yayımlanmamış bitirme projesi]. University of Minnesota Duluth.

Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M. J., Andreu-Pejó, L., & González-Chordá, V. M. (2020). Design and validation of the PercOV-S questionnaire for measuring perceived obstetric violence in nursing, midwifery and medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21), 8022. https://doi.org/10.3390/ijerph17218022

Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., Alemany-Anchel, M. J., Valero-Chillerón, M. J., Peris-Ferrando, E., ... & González-Chordá, V. M. (2022). Perception of obstetric violence in

a sample of Spanish health sciences students: A cross-sectional study. *Nurse Education Today, 110*, 105266. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105266

Mena-Tudela, D., González-Chordá, V. M., Soriano-Vidal, F. J., Bonanad-Carrasco, T., Centeno-Rico, L., Vila-Candel, R., ... & Cervera Gasch, Á. (2020). Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Education Today, 88*, 104364. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104364

Mihret, M. S. (2019). Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Research Notes*, *12*(1), 600. https://doi.org/10.1186/s13104-019-4614-4

Miller, S., & Lalonde, A. (2015). The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother−baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 131*, S49–S52.

Mirzaei Maghsud, A., Abazari, F., Miri, S., & Nematollahi, M. S. (2020). The effectiveness of empathy training on the empathy skills of nurses working in intensive care units. *Journal of Research in Nursing, 25*(8), 722–731. https://doi.org/10.1177/1744987120902827

Mirzania, M., Shakibazadeh, E., Maleki, A., Noorafrooz, M., Karimi, N., Mayra, K., ... & Hantoushzadeh, S. (2025). Prevalence of mistreatment and disrespect of women during childbirth in the world: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health, 22*(1), 193.

Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare, 8*(1), 26. https://doi.org/10.3390/healthcare8010026

Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education, 2*, 12–17.

Okyay, E. K., Bal, Z., Barut, S., & Güney, E. (2022). Components of obstetric violence: A descriptive study on physical abuse, non-consented care and non-confidential care. *Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan, 19*(4), 32–39. https://doi.org/10.23950/jcmk/12286

Özcan, E. ve Akdemir, A. (2023). Bakımda gelişen bir paradigma: Saygılı annelik bakımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, *9*(Özel Sayı-1), 56-61.

Paiz, J. C., de Jezus Castro, S. M., Giugliani, E. R. J., dos Santos Ahne, S. M., Aqua, C. B. D., & Giugliani, C. (2022). Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1), 664.

Paker, S., & Ertem, G. (2022). Validity and reliability study of the Turkish form of the Birth Beliefs Scale. *The Journal of Tepecik Education and Research Hospital, 32*(1), 1–8. https://doi.org/10.4274/terh.galenos.2020.89814

Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., Infanti, J. J. ve ADVANCE Study Team. (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), 211.

Pérez D'gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 111*(3), 201–202.

Pintado-Cucarella, S., Penagos-Corzo, J. C., & Casas-Arellano, M. A. (2015). Burnout syndrome in medical and obstetric perception of violence. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico, 83*(3), 173–178.

Preis, H., & Benyamini, Y. (2017). The birth beliefs scale – a new measure to assess basic beliefs about birth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 38*(1), 73–80. https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1244180

Preis, H., Chen, R., Eisner, M., Pardo, J., Peled, Y., Wiznitzer, A., & Benyamini, Y. (2018). Testing a biopsychosocial model of the basic birth beliefs. *Birth, 45*(1), 79–87. https://doi.org/10.1111/birt.12313

Preis, H., Eisner, M., Chen, R., & Benyamini, Y. (2019). First-time mothers' birth beliefs, preferences, and actual birth: A longitudinal observational study. *Women and Birth, 32*(1), e110–e117. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.019

Preis, H., Pardo, J., Peled, Y., & Benyamini, Y. (2018). Changes in the basic birth beliefs following the first birth experience: Self-fulfilling prophecies? PLOS ONE, 13(11), e0208090. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208090

Prosen, M., & Tavcar Krajnc, M. (2013). Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: The implications in Slovenia. *Revija za Sociologiju, 43*(3), 251–272.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Study 1, Volume 3: Formulations of the person and the social context* içinde (s. 184-256). McGraw-Hill.

Rüzgar, E., & Gürlek Kısacık, Ö. (2022). Pre-pregnancy fear of childbirth in Turkish nursing students: How does the obstetrics and gynecology nursing lesson affect this fear? *International Journal of Caring Sciences*, *15*(1), 406-416.

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.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi. (2025). *Tarihçe*. https://ghf.sbu.edu.tr/genel-bilgiler/hakkimizda/tarihce/

Samios, C., Townsend, M., & Newton, T. (2020). Self-compassion predicts less fear of childbirth in childless women: The mediating role of birth beliefs. *Psychology & Health, 36*(11), 1336–1351. https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1846737

Sando, D., Abuya, T., Asefa, A., Banks, K. P., Freedman, L. P., Kujawski, S., ... & Jolivet, R. R. (2017). Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: Lessons learned. *Reproductive Health, 14*, 1–18.

Sarı, D., Baysal, E., Taşkıran, N., Acar, E., & Çevik Akyıl, R. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bireylere yönelik tutumları ve empatik yaklaşım becerileri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *10*(2). https://doi.org/10.22312/sdusbed.490498

Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health, 14*, 1–27.

Scandurra, C., Zapparella, R., Policastro, M., Continisio, G. I., Ammendola, A., Bochicchio, V., ... & Locci, M. (2022). Obstetric violence in a group of Italian women: Socio-demographic predictors and effects on mental health. *Culture, Health & Sexuality, 24*(11), 1466–1480.

Sedaghati Kesbakhi, M., & Rohani, C. (2020). Changes in the level of nursing students' empathy during four years education. *Journal of Medical Education, 19*(2), e107179. https://doi.org/10.5812/jme.107179

Sen, G., Reddy, B., & Iyer, A. (2018). Beyond measurement: The drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reproductive Health Matters, 26*(53), 6–18.

Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors associated with obstetric violence implicated in the development of postpartum depression and post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Nursing Reports, 13*(4), 1553–1576.

Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., ... & Coll, C. V. N. (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.

Stoll, K., Edmonds, J. K., & Hall, W. A. (2016). Home or hospital? Midwife or physician? Preferences for maternity care provider and place of birth among Western Australian students. *Women and Birth, 29*(1), e33–e38.

Sucu, S., Topkara Sucu, S., & Soysal, Ç. (2025). Investigating the influence of antenatal education on birth beliefs and delivery methods: A prospective cohort study from Turkey. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*(491). https://doi.org/10.1186/s12884-025-07578-0

Sucu Dağ, G., Caglayan Payas, S., Dürüst Sakallı, G. & Yıldız, K. (2022). Evaluating the relationship between empathy, pain knowledge and attitudes among nursing students. *Nurse Education Today, 111*, 105314. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105314

Şentürk Erenel, A., & Çiçek, S. (2018). Doğum eylemine yapılan müdahalelerin anne ve çocuk sağlığına etkileri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9*(2), 123–129. https://doi.org/10.22312/sdusbed.406819

Taghizadeh, Z., Ebadi, A., & Jaafarpour, M. (2021). Childbirth violence-based negative health consequences: A qualitative study in Iranian women. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*(1), 572.

Tilden, E. L., Jungbauer, R., Hart, E. L., & Cantor, A. G. (2025). One hundred years of seeking respectful maternity care: History and evolution. *Birth, 52*(1), 129–137.

Tiryaki Şen, H., Taşkın Yılmaz, F., Pekşen Ünüvar, Ö., & Demirkaya, F. (2012). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının empatik beceri düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3*(1), 6–12.

Topcu, Ç., Erdur-Baker, Ö., & Çapa-Aydın, Y. (2010). Temel Empati Ölçeği Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Turkish Psychological Counseling & Guidance Journal, 4*(34).

Topçu, S. (2019). Caesarean or vaginarean epidemics? Techno-birth, risk and obstetric practice in Turkey. *Health, Risk & Society, 21*(3-4), 141–163. https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1641588

Ulaşlı Kaban, H., & Ay, F. (2025). Şiddet mi, müdahale mi? Türkiye'de kadınların doğum sırasında algıladıkları obstetrik şiddet göstergeleri. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi, 7*(3), 175–183.

Ünal Toprak, F., & Turan, Z. (2023). Hemşirelik öğrencilerinin doğum inançları ile doğum tercihlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 6*(2), 427–436. https://doi.org/10.38108/ouhcd.1108757

Üzen Cura, Ş. & Atay, S. (2023). Correlation between mindfulness, empathy and compassion levels of nursing students: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatric Nursing, 42*, 92-96. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.017

van Dijke, J., van Nistelrooij, I., Bos, P., & Duyndam, J. (2020). Towards a relational conceptualization of empathy. *Nursing Philosophy, 21*(3), e12297. https://doi.org/10.1111/nup.12297

Vatansever, S., & Baltacı, N. (2024). Saygılı annelik bakımının etkileri, bileşenleri ve hemşirenin rolü. İçinde F. Eti Aslan (Ed.), *Güncel Hemşirelik Çalışmaları VIII* (s. 39–50). Akademisyen Kitabevi.

Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., ... & Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health, 16*(1), 77.

Vogel, J. P., Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., & Gülmezoglu, A. M. (2016). Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 123*(5), 671–674. https://doi.org/10.1111/1471-0528.13750

Vogels-Broeke, M., Daemers, D., Budé, L., de Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2023). Women's birth beliefs during pregnancy and postpartum in the Netherlands: A quantitative cross-sectional study. *Journal of Midwifery & Women's Health, 68*(2), 210–220. https://doi.org/10.1111/jmwh.13473

Ward, J., Cody, J., Schaal, M., & Hojat, M. (2012). The empathy enigma: An empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing, 28*(1), 34–40. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.10.007

Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research, 6*, 18–29. https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003

World Health Organization. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. WHO/RHR/14.23.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

Yalley, A. A. (2023). “We beat them to help them push”: Midwives’ perceptions on obstetric violence in the Ashante and Western Regions of Ghana. *Women, 3*(1), 22–40.

Yalnızoğlu Çaka, S., Topal, S., Nemut, T., & Çınar, N. (2018). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde aleksitimi ile empati arasındaki ilişki. *Journal of Human Sciences*, *15*(2), 996–1005. https://doi.org/10.14687/jhs.v15i2.5285

Yaylacı, N. (2022). İnsan hakları perspektifinden “doğum şiddeti”. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi* (159), 123–153.

Yu, C. C., Tan, L., Le, M. K., Tang, B., Liaw, S. Y., Tierney, T., ... & Low, J. A. (2022). The development of empathy in the healthcare setting: A qualitative approach. *BMC Medical Education, 22*, 245. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03312-y

Yurttaş, A., & Aras, G. N. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ile empati düzeyleri arasındaki ilişki. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 2*(3), 117–125.

Zhou, H. (2025). Relationship between empathy and burnout as well as potential affecting and mediating factors from the perspective of clinical nurses: A systematic review. *BMC Nursing, 24*, 38. https://doi.org/10.1186/s12912-025-02701-0

EKLER

Ek-1. Onam Formu

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN MATERNAL KÖTÜ MUAMELE ALGISI, EMPATİ DÜZEYİ, DOĞUM İNANÇLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER ÇALIŞMASI

Katılımcı Bilgilendirilmiş Onam Formu

Giriş Bölümü: Sayın gönüllü, yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bilgilendirme Bölümü: Katıldığınız bu çalışma bir yüksek lisans tezi kapsamında yürütülecek olup, araştırmanın adı "Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler"dır. Bu araştırmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin maternal kötü muamele algısı, temel empati düzeyleri, doğum inançları ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bunlar arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır. Araştırmanın verilerinin Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde, Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesinde toplanması planlanmaktadır. Çalışma kapsamına 607 hemşirelik öğrencisinin dahil edilmesi planlanmaktadır. Çalışma kapsamında sizden maternal kötü muamele algınızı, empati düzeyinizi ve doğum inançlarınızı değerlendirmeye yönelik soruları içeren veri toplama formlarını doldurmanız istenecektir. Veri toplama formlarına isminizi yazmanıza gerek yoktur. Veri toplama formalarının yaklaşık 10-15 dakika sürmesi beklenmektedir. Bu araştırmaya katılmanız durumunda herhangi bir riskle karşılaşmanız beklenmemektedir. Araştırmaya katılmaya karar verme konusunda tamamen kendi özgül iradenize göre karar verebilirsiniz. Araştırmaya katılmanız sonucunda akademik bir not verilmeyecektir. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz ya da araştırmadan ayrılmanız durumunda eğitim hayatınızla ilgili herhangi bir olumsuz sonuçla karşılaşmayacaksınız. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmayı reddettiniz ya da sonradan çekildiğinizde hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu çalışmaya katılma ya da katılmama eğitim sürecinin bir parçası olmayıp, şimdi ya da gelecekte eğitim almanızı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz, sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir, ayrıca size hiçbir ücret verilmeyecektir Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi belirtmenizi rica ederiz. Katılımınız için teşekkür ederim.

Güvence Bölümü: Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Onay Bölümü: Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımın araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza Bölümü:

İmza/Tarih	İmza/Tarih
Katılımcının adı/soyadı	Araştırmacı Adı Soyadı: Kevser Avcı Adres: Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Aktaş, Plevne Cd., 06230 Altındağ/Ankara

Ek-2. Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız:…….
2. Genel Akademik Not Ortalaması:……..
3. En uzun yaşadığınız yerleşim birimi aşağıdakilerden hangisidir?
a. İl b. İlçe c. Kasaba/Köy
4. En uzun yaşadığınız bölge aşağıdakilerden hangisidir?
1.İç Anadolu 5.Marmara
2.Akdeniz 6. Doğu Anadolu
3. Karadeniz 7.Güneydoğu Anadolu
4. Ege
5. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisiyle uyumludur?
1. Çekirdek aile (anne, baba ve/veya kardeşlerin birlikte yaşadığı aile)
2. Geniş aile (Anne, baba, kardeşler, büyükanne, büyükbaba ve diğer birinci derece akrabaların birlikte yaşadığı aile)
3.Parçalanmış aile
4. Diğer (açıklayınız.....)
6. Anne ve babanızın öğrenim durumunu belirtiniz. İlgili kutucuğa (x) işareti koyunuz.

Öğrenim durumu	**Anne**	**Baba**
Okur-yazar değil		
Okur-yazar		
İlkokul mezunu		
Ortaokul mezunu		
Lise mezunu		
Üniversite-yüksekokul mezunu		

7. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
a. Gelir giderle eşit b. Gelir giderden fazla c. Gelir giderden az
8. Medeni durumunuz nedir?
a. Evli
b. Evli değil (bekar, dul, boşanmış, eşinden ayrı.)
9. Çocuk sahibi misiniz?
a. Evet ise en son doğum şekliniz (……)
b. Hayır
10. Bir gebenin muayenesine katıldınız mı?
a. Evet b. Hayır
11. Bir doğuma katıldınız mı?
a. Evet b. Hayır
12. Doğum yaptırdınız mı?
a. Evet b. Hayır
13. Doğum yapacak olsanız doğum tercihiniz nedir?
a. Vajinal (normal) doğum
b. Sezaryen
14. Doğum yapmaktan korkuyor musunuz?
a. Evet b. Hayır
15. Daha önce kadına yönelik şiddetle ilgili eğitim aldınız mı?
a. Evet b. Hayır
16. Obstetrik şiddeti kavramını daha önce duydunuz mu?
a. Evet
b. Hayır (ise 21. soruya geçiniz)
17. Klinik uygulamada bir obstetrik şiddet örneği ile karşılaştınız mı?
a. Evet b. Hayır
18. Klinik uygulamada obstetrik şiddet uyguladınız mı?
a. Evet b. Hayır
19.Daha önce obstetrik şiddetle ilgili eğitim aldınız mı?
a. Evet (ise 21. soruya geçiniz)
b. Hayır
20. Obstetrik şiddetle ilgili eğitim almak ister misiniz?
a. Evet
b. Hayır
21. Daha önce empati ilgili eğitim aldınız mı?
a. Evet b. Hayır

Ek-3. Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği

Aşağıda "*Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği*" yer almaktadır. Bu ölçek sizin obstetrik şiddet ile ilgili algınızı belirlemek için hazırlanmıştır. Sonuçlar yalnızca araştırma amacıyla kullanılacaktır. Ölçekteki ifadelerin obstetrik şiddet olma durumuna göre görüşünüzü "*Kesinlikle Obstetrik Şiddet Değil*", "*Büyük Ölçüde Obstetrik Şiddet Değil*", "*Kısmen Obstetrik Şiddet*", "*Büyük Ölçüde Obstetrik Şiddet*", "*Kesin Obstetrik Şiddet*" seçeneklerinden size en uygun olanı (x) koyarak işaretleyiniz.

	Kesinlikle Obstetrik Şiddet Değil	**Büyük Ölçüde Obstetrik Şiddet Değil**	**Kısmen Obstetrik Şiddet**	**Büyük Ölçüde Obstetrik Şiddet**	**Kesin Obstetrik Şiddet**
1. Rutin olarak intravenöz kateter (intaraket) takılması.					
2. Kadının pozisyonuna yön verilmesi					
3. Doğum sürecinin yapay olarak hızlandırılması.					
4. Rutin lavman uygulanması					
5. Rutin olarak amniotomi uygulanması					
6. Rutin olarak genital tıraş yapılması					
7. Kadının hareketsiz hale getirilmesi, hareketinin kısıtlanması.					
8. Kadının rızası olmadan pelvik muayene yapılması					
9. Epidural kullanımının teşvik edilmesi.					
10. Kadının gizliliğinin/mahremiyetinin korunmaması.					
11. Doğumu ağrısız ve hızlı bir şekilde sonlandırmak için kadının sezaryene ikna edilmesi.					
12. Kadının kararının dikkate alınmaması					
13. İzinsiz fotoğraf çekilmesi					
14. Kadının litotomi pozisyonuna zorlanması					
15. Doğum anında (doğumun ikinci evresinde) refakatçiye/refakat etmeye izin verilmesi					
16. Rutin epizyotomi uygulanması					
17. Kadına "Nasıl ıkınacağını bilmiyorsun" denilmesi					
18. Kristeller manevrasının uygulanması.					
19. Doğum sırasında örtü / ısıtma sağlanmaması.					
20. Kadına "Şikayet etmeyi bırak, o kadar da kötü değil" denilmesi.					
21. Onam almadan acil sezaryen yapılması.					
22. Müdahaleli doğumlarda veya sezaryende refakatçiye/ refakat edilmesine izin verilmemesi.					
23. Anestezi uygulanmadan bir yırtığın dikilmesi.					
24. Anne ile yenidoğanın ayrılması.					
25. Pediatrik muayene sonrası ten tene temasa izin verilmesi.					
26. Bebeğin bakım odasına götürülmesi.					
27. Annenin izni olmadan yenidoğana mama verilmesi.					

Ek-4. Temel Empati Ölçeği

Aşağıda size uyan ve uymayan özellikler sıralanmıştır. Lütfen her maddeye NE ÖLÇÜDE KATILIP KATILMADIĞINIZI uygun kutuyu X ile işaretleyerek belirtiniz. Lütfen cevap verirken olabildiğince dürüst olunuz.

1= Kesinlikle katılmıyorum 2= Katılmıyorum 3= Ne katılıyorum ne katılmıyorum 4= Katılıyorum 5= Kesinlikle katılıyorum					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1) Arkadaşımın duyguları beni pek etkilemez.					
2) Üzgün olan bir arkadaşımla vakit geçirdikten sonra genellikle üzgün hissederim.					
3) Arkadaşım başarılı olduğunda onun ne kadar mutlu olduğunu anlayabilirim.					
4) İyi bir korku filmindeki karakterleri izleyince korkarım.					
5) Başkalarının duygularından hemen etkilenirim.					
6) Arkadaşlarımın korktuğunu anlamakta güçlük çekerim.					
7) Başka insanları ağlarken gördüğümde üzülmem.					
8) Başka insanların ne hissettikleri beni çok fazla ilgilendirmez.					
9) Birisi kendini kötü hissettiğinde onun neler hissettiğini genellikle anlayabilirim.					
10) Arkadaşlarımın korktuğunu genellikle anlarım.					
11) Televizyonda ya da filmlerde üzüntülü bir şeyler izlerken çoğunlukla ben de üzülürüm.					
12) İnsanların ne hissettiğini çoğunlukla onlar bana söylemeden anlayabilirim.					
13) Kızgın birini görmek hislerimi etkilemez.					
14) İnsanların neşeli olduğunu genellikle anlarım.					
15) Bir şeylerden korkmuş arkadaşlarımla birlikteyken ben de korkarım.					
16) Arkadaşımın kızgın olduğunu genellikle hemen fark ederim.					
17) Arkadaşlarımın hissettiklerine çoğunlukla kendimi kaptırırım.					
18) Arkadaşımın mutsuzluğu bana hiçbir şey hissettirmez.					
19) Arkadaşımın hissettiklerinin genellikle farkında değilimdir.					
20) Arkadaşlarımın mutlu oldukları anları anlamakta zorlanırım.					

Ek-5. Doğum İnançları Ölçeği

	Kesinlikle katılmıyorum				**Kesinlikle katılıyorum**
1. Doğum tıbbi bir olaydır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2. Günümüzde kadınların doğum sancısı çekmesi için hiçbir neden yoktur.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3. Kadın bedeni nasıl doğum yapacağını bilir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4. Doğum sırasında ters gidebilecek birçok şey vardır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5. Doğumun kendi akışında ilerlemesine izin verilmelidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6. Çoğunlukla, kadının vücut yapısı onun normal doğum yapmasına izin vermez.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7. Doğum doğal bir olaydır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8. Doğum ağrısı doğum deneyiminin önemli bir parçasıdır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9. Doğum dikkatli bir tıbbi bakım ve izlem gerektirir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10. Doğum tehlikeli bir süreçtir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11. Doğum kadını güçlendiren/ruhsal olarak olgunlaştıran bir deneyimdir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Ek-6. Etik Kurul Onayı

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : **56786525-050.04.04** / 1602145 — 25.11.2024
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

Sayın Kevser AVCI

"Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı teziniz ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 11/11/2024 tarihli toplantısında alınan 12/130 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Harun TANRIVERMİŞ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 06100 - Tandoğan/ANKARA
Telefon : 0 (312) 212 60 40 / 2085-2183
Ayrıntılı Bilgi İçin

Ek-6. Devam - Etik Kurul Onayı

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi :11/11/2024
Toplantı Sayısı :12
Karar Sayısı :130

130-Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. İlknur M. GÖNENÇ'in danışmanlığını yaptığı yüksek lisans öğrencisi Kevser AVCI'nın "Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tezi ile ilgili "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda Doç. Dr. İlknur M. GÖNENÇ'in danışmanlığını yaptığı yüksek lisans öğrencisi Kevser AVCI'nın "Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tezi ile ilgili araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
11/11/2024

Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek-6. Devam - Etik Kurul Onayı

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hukuk Müşavirliği
Etik Kurullar Şube Müdürlüğü

2025 AİLE YILI

Sayı : E-79176220-050.04-1830499 30.05.2025
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Kevser AVCI

İlgi : 06.05.2025 tarihli başvurunuz.

"Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez projeniz ile ilgili Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulun'un 26.05.2025 tarihli toplantısında alınan 10/163 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Harun TANRIVERMİŞ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: Karar örneği (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: 4953E63D-AA91-4F64-B851-AB1665E72777 Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/ankara-universitesi-ebys
Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Degol Cad. Tandoğan Yerleşkesi 06100 Beşevler / ANKARA
Telefon No: (312) 213 49 13 - 212 60 40 Belge Geçer No: (312) 221 28 19
İnternet adresi: www.ankara.edu.tr Twitter: @AnkaraUniKep Adresi:
Bilgi için:Mert AYGÜN Hizmetli
Telefon No:(312) 212 60 40-2183
E-Posta: aygunm@ankara.edu.tr

Ek-6. Devam - Etik Kurul Onayı

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu
Karar Örneği

Karar Tarihi : **26.05.2025**
Toplantı Sayısı : **10**
Karar Sayısı : **163**

163- Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. İlknur M. GÖNENÇ'in danışmanlığını yaptığı yüksek lisans öğrencisi Kevser AVCI'nın "Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez projesi Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Alt Etik Kurulu'nun 11.11.2024 tarihli toplantısında alınan 12/130 sayılı karar ile onaylanmıştır.

Tez danışmanı Doç. Dr. İlknur M. GÖNENÇ ve sorumlu yürütücü Kevser AVCI Kurulumuza vermiş olduğu 06.05.2025 tarih ve 456956 sayılı dilekçe ile araştırmanın yapılması planlanan kurumlar arasından, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden araştırmanın yapılabilmesi için izin alınamadığını, bu nedenle, söz konusu üniversitedeki öğrenci sayısı evrenden çıkarılarak yeniden örneklem hesabı yapıldığını ve yeni örneklem hesabına göre tabakalama yapıldığını beyan etmişler ve projenin yeni kapsamıyla yeniden değerlendirilmesini talep etmişlerdir.

Söz konusu dilekçe, Ankara Üniversitesi Senatosunun 25.09.2024 tarihli toplantısında 635/5996 sayılı kararı ile kabul edilen "Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi" ne göre değerlendirilmiş ve araştırmanın yeni protokolle uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

ASLININ AYNIDIR
26/05/2025

Prof. Dr. Yasemin KESKİN
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar
ve Yayın Etiği Kurulu Başkanı

Ek-7. Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kurum İzni Yazısı

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Sekreterliği
Öğrenci İşleri

Sayı : E-84309399-302.14.01-1635125 20.12.2024
Konu : Kevser AVCI'nın Kurum İzni hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 17.12.2024 tarihli ve E-23757613-302.14.01-1628829 sayılı yazısı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Kevser AVCI'nın "Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını Fakültemiz Hemşirelik Bölümü öğrencilerine uygulama isteği incelenmiş olup öğrencilerimizin uygulamaya katılmayı kabul etmeleri koşuluyla uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Ayfer TEZEL
Dekan V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: E616E080-7B76-4D06-B98C-36FF4F3B96E4 Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/ankara-universitesi-ebys
Hacettepe Mahallesi Plevne Caddesi No:7 PK: 06230 Altındağ / ANKARA
Telefon No : 0312 319 14 50
e-posta: hemsirelik@ankara.edu.tr
KEP Adresi : ankuniversitesi@hs01.kep.tr
Bilgi için:Şaziye YILMAZ
Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:(312) 319 14 50-2861
E-Posta: yilmazs@ankara.edu.tr

Ek-8. Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kurum İzni Yazısı

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-98978265-199-1134286
Konu : Kevser AVCI- Kurum İzni

09.01.2025

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Dögol Caddesi 06100 ÇANKAYA/ANKARA

İlgi : 03.01.2025 tarihli ve - sayılı yazı.

Rektörlüğünüz tarafından adi mektup olarak tarafımıza iletilen ilgi yazıda adı geçen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Kevser AVCI'nın "Hemşirelik Öğrencilerinin Matemal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez projesi kapsamında Fakültemizde araştırma yapma talebi ders ve sınav saatleri dışında yapılması kaydıyla Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Sultan AYAZ ALKAYA
Dekan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSUMN41752 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 00 Faks:0 (312) 221 32 02
İnternet Adresi :http://gazi-universitesi.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Onur Alan
Memur
Telefon No:0312 216 26 27

Ek-9. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Kurum İzni Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.01.2025-435431

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-66181794-302.08.01-435431
Konu : Kevser AVCI'nın Kurum İzni

13.01.2025

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 27.12.2024 tarihli ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ (Kevser AVCI'nın Kurum İzni) konulu ve E-14267719-302.14.01-1632632 sayılı yazı.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Kevser AVCI'nın "Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez projesi kapsamında araştırma yapma talebi ilgi yazı ile bildirilmiştir.

Söz konusu akademik çalışmanın Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi öğrencileri ile yapılması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Yunus KARAKOÇ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Belge Doğrulama Kodu: "BSE684FNJK" Pin Kodu: 97372

Belge Takip Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebes?eD=BSE684FNJK&eS=435431

Adres Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618 Etlik/Keçiören/ANKARA
Telefon 0312 304 3967 Faks 0312 304 3960
e-Posta gbf@sbu.edu.tr Web http://sbu.edu.tr
kep Adresi sbu@bs.tr.kep.tr

Bilgi için: Tuğba ÖZDEMİR
Unvanı: Büro Personeli

Ek-10. Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeği İzni

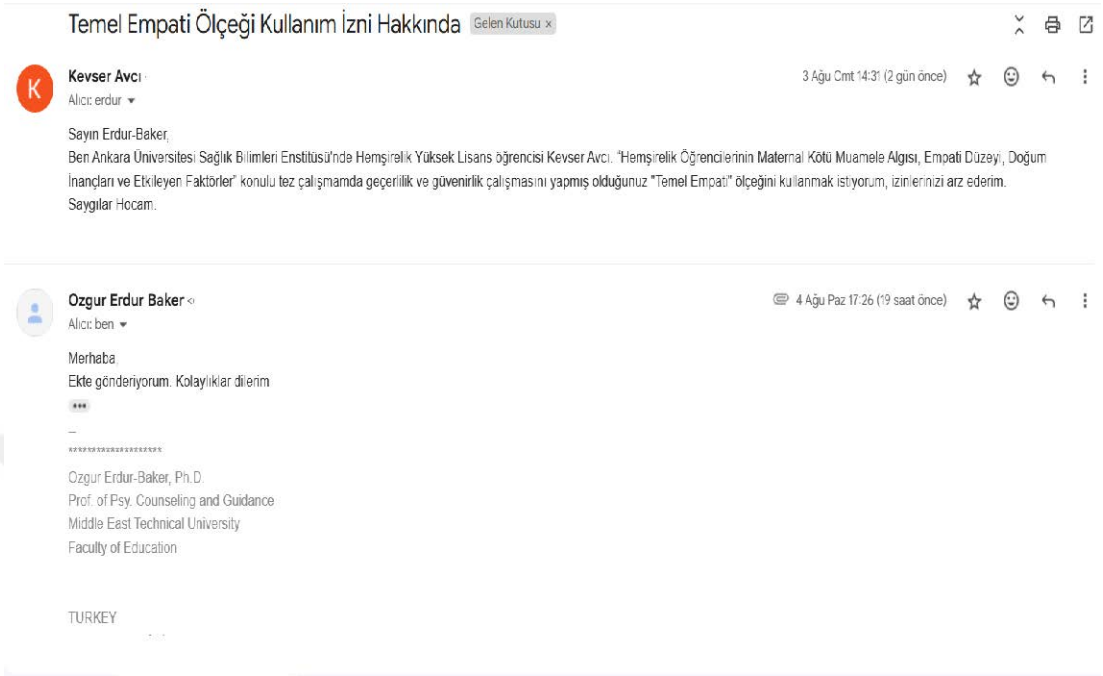
Sayın Kevser Avcı,

"Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler'' konulu tez çalışmanızda Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yaptığım "**Öğrencilerde Obstetrik Şiddet Algısı Ölçeğini**" kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Doç. Dr. İlknur Münevver Gönenç

Ek-11. Temel Empati Ölçeği İzni



Temel Empati Ölçeği Kullanım İzni Hakkında Gelen Kutusu ×

Kevser Avcı
Alıcı: erdur
3 Ağu Cmt 14:31 (2 gün önce)

Sayın Erdur-Baker,
Ben Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Kevser Avcı. "Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmamda geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Temel Empati" ölçeğini kullanmak istiyorum, izinlerinizi arz ederim.
Saygılar Hocam.

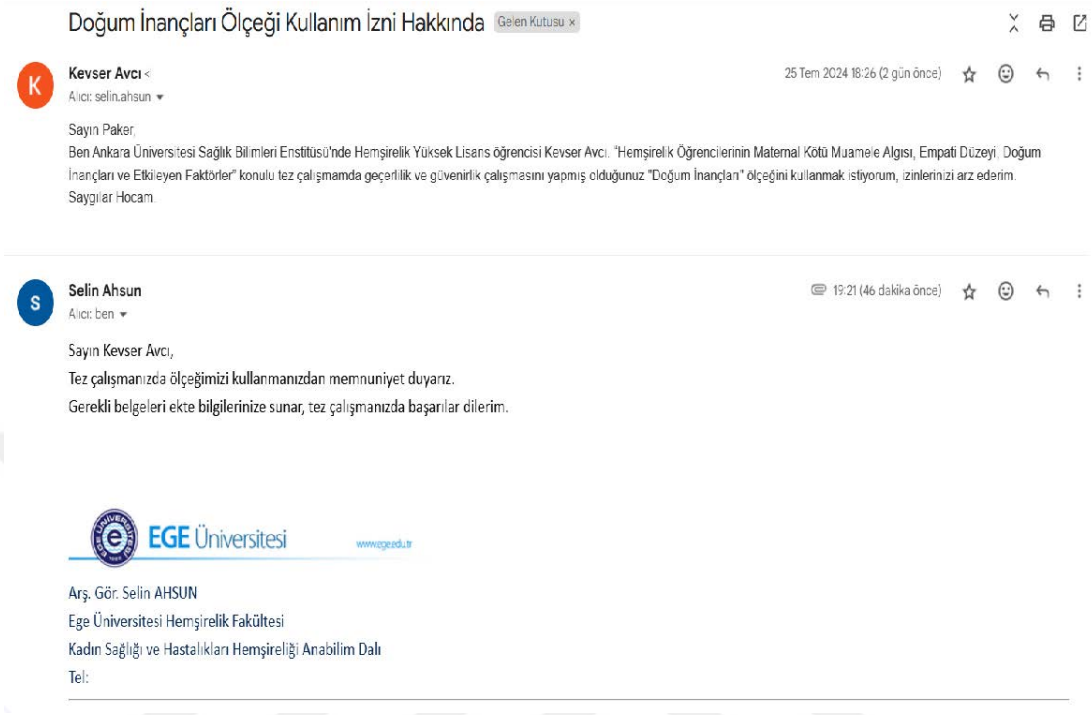
Ozgur Erdur Baker
Alıcı: ben
4 Ağu Paz 17:26 (19 saat önce)

Merhaba
Ekte gönderiyorum. Kolaylıklar dilerim
...
--
****

Ozgur Erdur-Baker, Ph.D.
Prof. of Psy. Counseling and Guidance
Middle East Technical University
Faculty of Education

TURKEY

Ek-12. Doğum İnançları Ölçeği İzni



Doğum İnançları Ölçeği Kullanım İzni Hakkında Gelen Kutusu ×

Kevser Avcı <
Alıcı: selin.ahsun

25 Tem 2024 18:26 (2 gün önce)

Sayın Paker,
Ben Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Kevser Avcı. "Hemşirelik Öğrencilerinin Maternal Kötü Muamele Algısı, Empati Düzeyi, Doğum İnançları ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmamda geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Doğum İnançları" ölçeğini kullanmak istiyorum, izinlerinizi arz ederim.
Saygılar Hocam

Selin Ahsun
Alıcı: ben

19:21 (46 dakika önce)

Sayın Kevser Avcı,
Tez çalışmanızda ölçeğimizi kullanmanızdan memnuniyet duyarız.
Gerekli belgeleri ekte bilgilerinize sunar, tez çalışmanızda başarılar dilerim.

EGE Üniversitesi www.ege.edu.tr

Arş. Gör. Selin AHSUN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tel:

ÖZGEÇMİŞ