

Obstetrik Şiddet ve Ebelik***Obstetric Violence and Midwifery****Kübra Karabulutⁱ, Ayşegül Unutkanⁱⁱ**ⁱUzman Ebe, Kütahya Şehir Hastanesi, <https://orcid.org/0000-0001-7028-086X>ⁱⁱDr. Öğr. Üyesi, Kütahya SB Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, <https://orcid.org/0000-0002-0311-2177>**Öz**

Son yıllarda yapılan çalışmalarda doğumda kadına yönelik saygısız muameleler giderek daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. Doğum sürecinde kadınların %18.3 ile %75'i obstetrik şiddete maruz kalmaktadır. Türkiye'de ise kadınların dörtte üçünün doğumunda obstetrik şiddetin bir türüne maruz kaldığı raporlanmıştır. Bu tür şiddetin, fiziksel şiddet, sözel şiddet, cinsel şiddet, damgalanma ve ayrımcılık, profesyonel bakım standartlarının karşılanmaması gibi farklı biçimleri bulunmaktadır. Makalemizde obstetrik şiddet türleri Bohren ve ark'nın (2015) kategorilerine göre literatürdeki örneklerle açıklanmıştır. Obstetrik şiddet suçu genellikle sağlık profesyonellerine yüklenmektedir. Ancak doğum anında anne ve yenidoğanın hayatından sorumlu oldukları için üzerlerinde baskı hissetmektedir. Obstetrik şiddeti çoğu zaman toplumsal cinsiyet eşitsizliği, sağlık tesislerindeki yetersiz kaynak ve personel eksikliği gibi örgütsel sebepler beslemektedir. Nedeni ne olursa olsun obstetrik şiddetin, kadınlar için birçok olumsuz sonucu bulunmaktadır. Konuya çok boyutlu bir pencereden bakarak sistem iyileştirilmelidir. Bu nedenle, bu derlemede; obstetrik şiddet türlerini, nedenlerini ve sonuçlarını literatür doğrultusunda açıklamak ve obstetrik şiddeti önlemek için yapılabilecekleri ebelik rolleri üzerinden açıklamak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Doğum Deneyimi, Obstetrik şiddet, Saygısızlık, Saygılı Annelik Bakımı, Ebelik

ABSTRACT

In recent years, disrespectful treatment of women during childbirth has attracted more and more attention. Between 18.3% and 75% of women are exposed to obstetric violence during labor. In Turkey, three quarters of women are reported to have experienced some form of obstetric violence during labor. There are different forms of such violence, including physical violence, verbal violence, sexual violence, stigmatization and discrimination, and failure to meet professional standards of care. In our article, the types of obstetric violence are explained according to the categories of Bohren et al. (2015) with examples from the literature. The blame for obstetric violence is usually attributed to health professionals. However, they feel pressure because they are responsible for the lives of the mother and newborn at the time of birth. Obstetric violence is often fueled by organizational reasons such as gender inequality, inadequate resources in health facilities and lack of personnel. Whatever the cause, obstetric violence has many negative consequences for women. The system should be improved by looking at the issue from a multidimensional perspective. Therefore, this review aims to explain the types, causes and consequences of obstetric violence in line with the literature and to explain what can be done to prevent obstetric violence through midwifery roles.

Key words: Birth Experience, Obstetric violence, Disrespect, Respectful Maternity Care, Midwifery

* Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2024;14(3):459-469

DOI: 10.31020/mutfd.1476975

e-ISSN: 1309-8004

Geliş Tarihi – Received: 02 Mayıs 2024; Kabul Tarihi - Accepted: 11 Eylül 2024

İletişim - Correspondence Author: Kübra Karabulut <kubraucdum@gmail.com>

Giriş

“Obstetrik şiddet” tanımı ilk kez 2007 yılında Venezuela’da kabul edilen ‘Kadınların Şiddetsiz Bir Yaşam Hakkına İlişkin Organik Kanun’la yasallaşmıştır. Bu yasaya göre, obstetrik şiddet, kadınların vücudunun ve üreme süreçlerinin sağlık profesyonelleri tarafından sahiplenilerek, insanlık dışı davranış, tıbbileşmenin kötüye kullanılması, doğal doğum sürecinin patolojikleştirilmesi neticesinde özerkliklerinin ve özgürce karar verme haklarının ellerinden alınması olarak tanımlanmaktadır.¹ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 2014 yılında sağlık kurumlarında, fiziksel taciz, sözlü taciz, aşağılama, zorlayıcı veya onamsız uygulama (kısırlaştırma dahil), mahremiyete dikkat edilmemesi, yapılan uygulamalar hakkında bilgilendirmeden onam alma, ağrı kesici vermeyi reddetme, sağlık kuruluşuna kabul etmeme, doğum süresince ihmal etme, yaşamı tehlikeye atma, kadınları ve yenidoğanı tesiste alıkoyma gibi davranış ve uygulamaları saygısız, saldırgan davranış olarak tanımlayarak obstetrik şiddete dikkat çekmiştir.²

Dünya’da kadınlar, doğum sürecinde %18.3 ile %75 arasında değişen oranlarda obstetrik şiddete maruz kalmaktadırlar.³ Ülkemizde yapılan az sayıda çalışma mevcut olup, kadınların dörtte üçünün doğumunda obstetrik şiddetin bir türüne maruz kaldığı görülmüştür.⁴⁻⁶

Obstetrik Şiddetin Tarihsel Gelişimi

Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde kötü muamele, ilk kez 1827 yılında Blundell’in *obstetrik şiddet* terimiyle kullanıldığı görülmektedir.⁷ Tarih boyunca kadınlar sosyal, politik ve dini sebepler gösterilerek obstetrik şiddetin izlerini taşımak zorunda bırakılmıştır. Avrupa’da ise XV. ve XVIII. yüzyıllarda çok yaygın görülen cadı avlarında obstetrik şiddetin farklı bir tezahürü ile karşılaşılacaktır. Erkek egemen toplumda kadınların kendi bedenleriyle ilgili kararlara saygı duyulmadığı gibi, kadın şifacılar cadı ilan edilerek, ataerkil tıbbın temelleri atılmıştır.⁸ Bu süreçte kadınların aile planlaması tercihlerine saygı duyulmamıştır. Buna ek olarak, doğum eylemi ebelerin şefkatli ellerinden alınarak erkek hekimlerin medikalize ettiği bir sürece dönüştürülmüştür. Ayrıca bu dönemde ebelerin tüm gebelikleri, kürtajları, doğumları ve şüpheli bebek ölümlerini kayıt altına alarak kiliseye bildirmesi isteniyordu. Bu sistem ebe ve kadın arasındaki güvene dayalı ilişkiye zarar vermiş ve ebenin özerk rollerini elinden almıştır.⁹

XVIII.yy da Amerika kıtasında doğumda zorlanan İspanyol kadınların, rahipler tarafından zorunlu sezaryen operasyonuna alındığı ifade edilmektedir. Fetal hayatı kurtarmak öncelikleri olduğu görülmektedir. Obstetrik şiddeti besleyen diğer örnek ise Amerika’da siyah kadınların üremesini insan gücü olarak gören üst sınıf, iş gücünü artırmak için köleleştirilmiş kadınları çocuk sahibi olmaya zorlamıştır. Siyah kadınlar gebelik döneminde bile işgücü olarak görülüp, fiziksel olarak yorucu işlerde çalıştırılmış, sağlıklı çocuğu olmayanlar cezalandırılmış ve bedenleri üzerinde birçok deney yapıldığı görülmüştür.¹⁰

Brezilya’da 1990’larda, Brezilya Doğumun İnsanileştirilmesi Ağı’nın (ReHuNa) öncülük ettiği obstetrik şiddeti önlemeye yönelik çalışmalar zamanla evrenselleşmiş ve Latin Amerika ülkelerinde yasal zemin oluşturulmuştur. 2007 yılında Venezuela’da çıkan organik yasa ile obstetrik acillere zamanında ve yeterli müdahale edilmemesi, kadınların istedikleri doğum pozisyonunda doğum yapamaması, doğumdan sonra tıbbi gereklilik olmaksızın anne bebek bağının ve emzirmenin başlatılmaması, düşük riskli gebelerin doğum süreçlerini hızlandırmak için gönüllü onam ve rızası alınmadan tıbbi uygulamaların yapılması, vajinal doğum mümkünken kadının gönüllü onamı olmadan sezaryene alınması obstetrik şiddet olarak kabul edilmiştir.¹¹ Ülkemizde obstetrik şiddetle ilgili bir tanım veya yasal bir yaptırım bulunmamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı, doğumda kanıta dayalı uygulamaları benimseyen, gereksiz müdahalelerden kaçınan, anneleri fiziksel ve duygusal olarak destek olan, doğum sonrası anne ve bebeğin bir arada olmasını sağlayan kurumlara ‘Anne-Bebek Dostu Hastane’ unvanı vererek saygılı annelik bakımını teşvik etmektedir.^{12,13}

Obstetrik Şiddetin Türleri

Obstetrik şiddeti, Bowser- Hill'in 2010 yılında yaptığı çalışma ile Bohren ve arkadaşları 2015 yılında yaptıkları çalışmada benzer başlıklarda yedi kategoride tanımlamıştır.^{14,15} Bu makalede, obstetrik şiddetin türleri Bohren ve ark'nın kategorilerine göre açıklanmıştır.

1. Fiziksel Şiddet

Kadınların doğumda, sağlık profesyonelleri tarafından dayak, bacaklarını kabaca açma, tokat, sıkıştırma, aşırı güç kullanımı, sık ve defalarca vajinal muayene, elle veya aletle vurma/tokatlama, uyluklarının sıkıştırılıp çimdiklenme, tekmelenme, ellerinin ve bacaklarının bağlanması gibi kaba davranışlara maruz bırakılması fiziksel şiddet olarak tanımlanmaktadır.¹⁴ Brezilya'da yapılan 20 kadının katıldığı nitel çalışmada, kadınlar sağlık çalışanlarının kendilerine vurmaması için her şeyi sorgulamadan yaptıklarını bildirmiştir.¹⁶ Hindistan'da 25 kadınla yapılan çalışmada ise katılımcılardan biri yatağa kustuğu için hemşire tarafından fiziksel şiddet uygulandığını ifade etmiştir.¹⁷ Sağlık profesyonelleri doğum anında iki hayata karşı sorumludur ve bu durum üzerlerinde baskı oluşturmaktadır. Bütün meslek gruplarında ne yazık ki iyi ve kötü örnekler mevcuttur. Çalışmalardaki olumsuz davranışları bütün sağlık çalışanlarını adına söylemek doğru olmayacaktır. Doğum sürecinde dilatasyon ve efesman takibi için vajinal muayene yapılması gerekmekte olup ayrıca eğitim araştırma hastanelerinde sağlık personelinin eğitimi nedeniyle bu durumun daha sık tekrarlanabileceği dile getirilmektedir. Kadınların bazılarının eylem süresince uyumlu davranmaması, hatta zaman zaman tekme, ısırma gibi saldırgan davranışlar göstermeleri nedeniyle ellerinin ve kolların bağlanmasını sağlık çalışanları fiziksel şiddet olarak kabul etmemektedir. Anne ya da yenidoğanın hayatını riske sokacak durumları önlemek için yaptıklarını aktarmaktadır.²

2. Sözlü Şiddet

Dünya'nın çeşitli yerlerinde kadınlar doğum süreçlerinde sağlık profesyonelleri tarafından 'sert veya kaba dil, alay etme, aşağılama/ küçümseme, ses yükseltme, bağırma, tehdit etme, korkutma' gibi olumsuz yorum ve davranışlara maruz kalması sözlü şiddet olarak tanımlanmıştır.¹⁴⁻¹⁸ Yaşı küçük olan veya evlenmemiş olan kadınlar, sosyo-ekonomik düzeyi düşük, göçmen veya bulunduğu toplumda etnik kökeni azınlık olan kadınların doğum sırasında daha çok aşağılandığı görülmüştür.¹⁴ Dünyanın farklı yerlerinde kadınlar doğum sırasında, "*Kapa çeneni ve bebeği it*", "*Hadi ama o kadar acımıyor!*" gibi cümleler duymaktadır.¹⁴⁻¹⁹ Meksika'da 20 multipar kadının katıldığı nitel çalışmada, kadınlar doğum ağrısından dolayı sesleri yükseldiğinde sağlık çalışanları tarafından, "*Seks yaparken şikayet etmediniz, şimdi neden şikayet ediyorsunuz?*" cümlesini çok sık işittiklerini belirttiler.¹⁶ Sağlık profesyonelleri doğum anında yönergelere uymayan kadınlara seslerini yükseltebileceklerini ancak bunu kadınların dikkatini toplamak için yaptıklarını tek amaçlarının anne ve yenidoğanın sağlığını korumak olduğunu ifade etmektedir.²⁰

3. Cinsel Şiddet

Obstetrik şiddet türleri arasında en az vaka bildirilen cinsel şiddettir. Üreme Hakları ve Federasyonu cinsel şiddeti, doğumda erkek sağlık profesyoneli tarafından kadınların bacaklarının kabaca ayrılması, özel bölgelerine dokunulması, zorla ve defalarca vajinal muayene yapılması olarak tanımlanmıştır.¹⁵ Sri Lanka'da 38 doğum deneyimi olan kadının katıldığı çalışmada, katılımcılardan biri sezaryen sonrası ameliyathanede anestezi etkisiyle uyuya kaldığı esnada 'olağandışı dokunma' hissiyle uyandığını, erkek hastane personeli tarafından göğsünün ellediğini, yüksek sesle hemşire çağırınca adamın ameliyathaneden kaçtığını, çok utandığı için kimseye anlatamadığını belirtmiştir.²⁰

4. Damgalanma ve Ayrımcılık

Kadınlar doğum süreçlerinde etnik köken ırk/dil/din, yaş, medeni hali, sosyo-ekonomik ve tıbbi durumdan dolayı ayrımcılığa uğradıklarını ifade etmiştir.¹⁴⁻²⁰ Amerika Birleşik Devletleri'nde siyahi ve yoksul kadınların sağlık çalışanları tarafından 'ırkçı' davranışlara maruz kaldıklarını dile getirmiştir.¹⁵ Kadınların HIV/AIDS'li olması durumunda sağlık profesyonelinin tıbbi müdahaleyi geciktirdiği, gebelere temas etmekten kaçındığı, temel sağlık bakımının verilmediği ve bu gebelerin damgalandığı raporlanmıştır.^{14-21,22} Ekvator'da HIV/AIDS'li kadınlardan ayrımcılığa maruz kalmamak için evde doğum yapmayı tercih edenler olduğu gözlenmiştir.²¹ Damgalanma ve ayrımcılık obstetrik şiddetin türü olarak ele alınmış olsa da neredeyse Dünya'nın her yerinde sosyal hayatta kendini göstermektedir. Toplumlarda yaygın olarak görülen bu davranışı sağlık sisteminden soyutlamak pek mümkün değildir. Ayrıca bulaşıcı hastalıklar sağlık sisteminde bildirilmesi zorunlu hastalıklardır bu yüzden sağlık çalışanlarının kendilerini koruması gerekmekte ve önlem almaktadır. Alınan önlemler esnasında sağlık personelinin hasta bilgilerini gizli tutması, kadınların damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmasını önleyebileceği düşünülmektedir.

5. Profesyonel Bakım Standartlarının Karşılanmaması

Doğum sürecinde sağlık profesyonellerinin, izinsiz/onamsız bakım, gizli olmayan bakım, onursuz bakım, tek başına bırakılma/bakımdan vazgeçme ve özerklik kaybı gibi saygılı annelik bakım standartlarına uymayan davranışları bu kategoride ele alınmıştır.¹⁴

5.1. Onamsız/ İzinsiz bakım

Doğum süresince kadınlara bilgi verilmeden ve onamları alınmadan yapılan indüksiyon, amniyotomi, epizyotomi, kan transfüzyonu, tüp ligasyonu, RİA uygulaması, sezaryen, histerektomi gibi uygulamalar ve müdahaleler yapıldığı çalışmalarda görülmektedir.^{14,15-18-23-26} Dixon'ın 2015 yılında Meksika'da ebelerle yaptığı çalışmada ise katılımcıların kadınların rızası olmadan doğum sonrası hemen RİA uygulandığını ve kadınların çoğunluğunun haberi dahi olmadığını aktarmıştır. Ülkemizde ise hastaneye yatış işlemleri sırasında çoğunlukla uygulanan ve uygulanabilecek işlemler hakkında yeterli açıklama yapılmadan gebelerden onam alınmaktadır. Bunun ilk sebebi iş yükünün fazla olması, açıklama yapmaya vakit olmamasıdır. Diğer sebebi ise gebelerin doğum süreçleriyle ilgili sağlık okuryazarlıklarının yeterli olmamasıdır.

5.2. Gizli olmayan bakım

Dünya'nın çeşitli yerindeki hastanelerde sağlık profesyonellerinin kadınların fiziksel mahremiyetine ve hasta gizliliğine dikkat etmediği raporlanmıştır.^{15-27,28} Mahremiyet ihlali kadınların en çok yakındığı obstetrik şiddet türüdür. Wudneh ve arkadaşlarının 2022 yılında Etiyopya'daki çalışmasına katılan kadınlar, doğum yaptıkları sırada forma olmayan birçok kişinin yanlarından geçtiğini ve pencerelerden doğumlarını izleyenlerin olduğunu dile getirmiştir.²⁹ Mahremiyet ihlalinin bir diğer nedeni ise sağlık kurumlarının fiziki yetersizliğinden kaynaklı, koğu düzeninde travay takibi, birden fazla kişinin aynı yatağı paylaşması gibi sağlık profesyonellerinin elinde olmayan sebeplerdir.

5.3. Onursuz bakım

Onursuz bakım, kadınların doğumda maruz kaldıkları aşağılama, suçlama, kaba muamele, azarlanma, bağırma, empati eksikliği, yardımsız bırakma, doğum sırasında talimatlara uymayan kadınlar kötü sonuçlarla korkutma/tehdit etme, özel bilgileri toplumla paylaşma ve kalitesiz bakım gibi davranışları kapsamaktadır.^{14-18-30,31} Rodriguez ve arkadaşlarının 2019 yılında İspanya'daki 32 kadınla yaptıkları nitel çalışmada katılımcılardan biri '*sığır muamelesi gördüğünü ve empatinin olmadığı bir bakım*' aldığını dile getirmiştir.³²

5.4. Tek başına bırakılma/ bakımdan vazgeçme

Doğum sürecinde kadınların neredeyse tamamı kendilerine şefkat gösteren, güven duyacakları sağlık çalışanlarına ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir. Ancak yapılan çalışmalarda çoğunun beklentisinin karşılanmadığı, buna ek olarak beklentilerinin görmezden gelindiği, sorularının acelece geçiştirildiği ve uzun süre yalnız bırakıldıkları bildirilmektedir.¹⁴⁻²¹ Ebe ve hemşirelerle yapılan bir çalışmada, doğumda personel eksikliği, ağır iş yükü, zayıf altyapı ve tikanlıkların hastalara kötü muameleye zemin oluşturabileceği raporlanmıştır.²⁰ Dünyanın bir çok yerinde doğum ünitelerindeki çalışma koşulları, ebenin aynı anda bir kadına yardım etmesine imkân vermemektedir. Az sayıda personel, yetersiz malzeme ve düşük ücretle çalışmak zorunda olan sağlık çalışanları bu şartlar altında sadece anne ve yenidoğanın sağlıklı olmasını sağlayabileceklerini aktarmaktadır.⁶⁰

5.5. Özerklik kaybı

Bireyin kendi hayatıyla ve bedeniyle ilgili kararlarda kontrolünü kaybetmesi özerklik kaybı olarak tanımlanmaktadır. Doğum sürecinde bilgilendirme yapılmadan ve onam alınmadan yapılan, amniyotomi, indüksiyon, epizyotomi, kristaller manevrası, oral alımının kısıtlanması gibi uygulamalar kadınların özerklik kaybı hissetmelerine neden olmaktadır. Sağlık profesyonelleri doğum süreçlerinde bakım verdikleri kadınların kararlarını önemsememesi, doğumlarından pasifize edilmiş hissettirmiş, '*kendi doğumunu dışarıdan izlemek*' olarak betimlemiştir. Lambert ve arkadaşları kadınların doğum sırasında aldıkları bakım hizmetini araştırdıkları nitel çalışmada katılımcılardan bazıları '*doğumumda kraliçe gibi davranılacağını düşünüyordum ama öyle olmadı*' cümlesiyle hayal kırıklıklarını ifade etmiştir.³³ Sağlık profesyonelleri ise anne ve yenidoğan için riskli durumlarda hızlı hareket etmeleri gerektiği için müdahaleleri direkt uyguladıklarını söylemektedir. Bu süreçte kadınlar kendilerini dışlanmış hissedebilmektedir. Doğum ortamlarında bazen kararlar hızlı alınmalıdır ve dikkate alınması gereken en az iki hayat vardır. Bebeğin bir an önce doğması gereken durumlarda anne istekleri ikinci sırada gelebilir. Bu durumda doğum yapan anne ve ebe arasındaki saygılı iletişim kadınların doğumlarına dâhil olduklarını hissetmelerine katkı sağlayabilir.

5.6. Kadınlar ve Sağlayıcılar Arasındaki Zayıf Uyum

Sağlık profesyonelleri ile kadınlar arasında etkili iletişimin kurulamaması temeline dayanan kaba ve empatik olmayan davranışları kapsamaktadır. Kadınların endişelerini görmezden gelip, sorularının cevaplanmaması, alaycı, yargılayıcı olumsuz davranışları kapsamaktadır.^{34,35} Sağlık sistemindeki düzeltilmeyen aksaklıklar, iyileştirilmeyen sosyal haklar zamanla sağlık personelinde tükenmişliğe sebep olmakta ve duyarsızlaştırmaktadır. Obstetrik şiddetin önlenmesi için suçu sadece bakım sağlayıcılara yüklemek yerine konuya çok boyutlu bir pencereden bakılarak sistem iyileştirilmelidir.

5.7. Tesislerde Gözaltı

Bowser ve Hill'in 2010 yılında yayınladığı doğumda tesis temelli saygısızlık raporunda; Kenya, Gana, Zimbabve, Peru, Burundi ve Amerika Birleşik Devletleri'nde doğumdan sonra ödeme yapılmadığında sağlık kurumlarında sadece yenidoğanın ya da anne ile birlikte alıkoyulduğu çalışmalar mevcuttur.^{15-36,37} Ülkemizde bununla ilgili rapor ya da bilimsel çalışmaya rastlanmamış olup, hastanede rehin kalma durumu günümüz koşullarında geçerli değildir.

5.8. Yapısal şiddet

Yapısal şiddet, toplumun içine sinmiş şiddetin görünmez biçimlerini anlatmak için kullanılan bir kavramdır. Obstetrik şiddet yalnızca sağlık profesyonellerinin bireysel davranışlarıyla ilişkili değildir çoğu zaman yapısal şiddetle ilişkilidir.³⁸ Sağlık sistemindeki altyapı, donanım, malzeme ve personel eksikliği gibi tesis temelli standartların karşılanmaması, sağlık profesyonellerinin emeklerinin karşılığını alamaması, sistemin getirdiği

yükler stres yaratmaktadır. Bunun sonucunda, sağlık profesyonelleri bakım verdikleri kadınlara saygısız ve kalitesiz bakım vermektedirler.¹⁶⁻³⁹

Obstetrik Şiddetin Nedenleri

Doğum süreçlerinde kadınların maruz kaldığı kötü muamelenin birçok sebebi vardır. Toplumsal cinsiyet, obstetrik şiddetin bilinmemesi ve önemsenmemesi, örgütsel problemler, güç ilişkileri, ırkçılık ve doğumun medikalleşmesi gibi sebepler obstetrik şiddeti beslemektedir.¹⁻⁴⁰

1. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların politik, ekonomik, sosyal ve kültürel alanlardaki insan hakları ve temel özgürlüklerinin tanınmasını, kullanılmasını engelleyen ve cinsiyete bağlı olarak yapılan ayırım, mahrumiyet, kısıtlama anlamına gelmektedir. Kadınların doğumda maruz kaldıkları kötü davranışlar da çoğu zaman cinsiyet kaynaklıdır. Shabot ve Korem, sağlık profesyonellerinin kadınlara, cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinde utanç ve gaslighting yoluyla saygısız ve kötü davranışlar göstermesinin toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin göstergesi olduğunu savunmuşlardır.⁴¹

2. Kadınların Obstetrik Eylemleri Bilmemesi/Tanınamaması

Toplumda kadına verilen değer, doğum anında gördükleri saygı ve saygısızlık algısı ile ilişkilidir. Doğumdaki kötü davranışlar ve saygısızlık pek çok ülkede sıradanlaşmış ve doğumun bir parçası olarak kabul görmektedir.⁴¹ Kadınların saygılı sağlık hizmeti alma hakkı konusunda bilinçsiz olduğu görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde farklı üç eyalette 59 kadının katıldığı çalışmada kadınların doğumda yaşadıkları kötü ve saygısız davranışlara rağmen hastanede yapılan doğumu '*doğum yapılacak en iyi yer*' olarak tarif etmektedir.³⁶ Obstetrik şiddet hakkında bilgi sahibi olmayan kadınlar yaşadıkları olumsuz deneyimi doğumun ayrılmaz parçası olarak kabul etmişlerdir.

3. Örgütsel Problemler

Kaynak eksikliği, sağlık profesyonellerinin motivasyonun olumsuz etkilemekte bu da kadınlara olumsuz davranış olarak geri dönmektedir.⁴² Sri Lanka'da 28 ebe ile yürütülen bir çalışmada, katılımcılardan bazıları obstetrik şiddetin personel eksikliği, ağır iş yükü, zayıf ve tıkanan altyapı, stresli ekip arkadaşlarından kaynaklandığını belirtmiştir.²⁰ Bohren ve arkadaşlarının 2019 yılında sistematik incelemede düşük ücrete, fazla saat çalışan, deneyimsiz veya yeterli eğitim seviyesine sahip olmayan sağlık profesyonellerinin bakım standartlarına uymayan hizmetler verdiğini belirtmektedir.⁴³ Sağlık tesislerinin birçoğunda klinik bakım ve saygılı bakım standartlarının uygunluğunu denetleyen bir mekanizma olmadığı, sağlık profesyonellerinin hatalarının üstünün kapatıldığı, kadınlar şikâyet etmek istese, şikâyetlerine çözüm bulacak sistemin olmadığı görülmüştür.¹⁵⁻³⁹

Doğumda kadınların yaşadıkları kötü ve saygısız davranışlar sağlık çalışanları tarafından sürecin bir parçası gibi normalleştirilmiştir. Bu davranışların temelinde annenin ve yenidoğanın hayatını kurtarmak amacıyla yapıldığını savunmaktadırlar.³⁷ Meksika'da sağlık çalışanlarının katıldığı bir çalışmada, doğum esnasında yapılan saygısız ve ihmalkâr davranışların olağan kabul edildiği raporlanmıştır.²² Sağlık profesyonelleri doğum sürecinde oluşabilecek olumsuzluklara odaklanarak ne yazık ki fizyolojik süreçten uzaklaşmışlardır. İyatrojenik prosedürler, gereksiz ve rutin işlemler doğumu medikalleştirmiştir.²⁻⁹⁻¹⁶

Obstetrik Şiddetin Sonuçları

Doğum sürecinde kadının birey olarak görülmemesinin, kendi bedeniyle ilgili uygulamalarda ve kararlarda dışlanmasının, bilgi verilmemesinin, fiziksel ve psikolojik kırınlıklara neden olduğu görülmüştür.^{44,45} Obstetrik şiddet sonrasında duygu-durum bozuklukları, kişilik değişiklikleri, doğum travması ve doğum

sonrası stres bozukluğu (TSSB), yenidoğanla bağın bozulması, aile dinamiklerinin olumsuz etkilenmesi, cinsellik ve cinsel işlevde bozulma, başka çocuk istememe gibi olumsuz sonuçlar görülmüştür.^{9-46,47} Doğum sürecinde obstetrik şiddete maruz kalan kadınlar lohusalık ve sonrasında doğum sürecine takılı kalmış, süreci atlatamamış hissettiklerini ifade etmiştir. Kendilerini depresif, öfkeli, zaman zaman intihara meyilli hissettiklerini, bebekleri ve eşleriyle ilişkilerinin sıkıntılı olduğunu, doğum sonrası cinsellikle ilgili ciddi bir travma yaşadıklarını belirtmiştir.⁴¹ Travmatik doğumun en önemli öğesinin kadınlarla sağlık profesyonelleri arasındaki sorunlu ilişki olduğu görülmüştür. Destek eksikliği, zayıf iletişim, terk edilme, özerklik kaybı, onursuz bakım travmatik doğuma sebep olmuştur.⁴⁸ Prenatal dönemdeki kadınlarda, PPD'nin %12 ile %19 oranı ile en sık görülen ruhsal bozukluk olduğu görülmüştür.⁴⁹ Brezilya'da 3065 kadının dahil olduğu araştırmada, doğumdan üç ay sonra depresyon insidansını değerlendirilmiş ve obstetrik şiddete maruz kalan kadınlarda PPD gelişme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur.⁵⁰

Obstetrik şiddetin sadece ona maruz kalan kadınlar için değil, buna şahit olan sağlık profesyonelleri için de olumsuz sonuçlarının olduğu görülmektedir. Sağlık profesyonelleri öğrencilik yıllarında itibaren, doğumlarda birçok olumsuz davranışa şahit olmuştur.⁹ Sağlık profesyonellerinin kadınların yaşadığı travmaya birinci elden tanık olması merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stresle sonuçlanabilmektedir.¹ Sağlık profesyonellerinin bir kısmı aynı şeyleri kendi doğumlarında yaşamamak için elektif sezaryen tercih etmiş ya da "doğum grevine" girmeyi tercih etmiştir. Diğer yandan, çok sık karşılaştığı için obstetrik şiddet sağlık profesyonelleri için olağanlaşmıştır.²²

Obstetrik Şiddet ve Ebelik Uygulamaları

Doğum deneyimi kadınların hayatında her zaman önemli bir an olarak görülmüş ve XIX. yüzyılın ortalarına kadar bu anı rahat ve neşeli kılmak için anne adayları ebeler tarafından desteklenmişlerdir.⁴⁵ İnsanlığın başlangıcından beri var olan ebeler, kadınlarla eşit güce sahip, hak ettiği saygılı ve onurlu bakımı vermiştir.⁵¹ Ancak XX. yüzyılda yüksek riskli gebeliklerde anne bebek ölümlerinin gelişen teknoloji ile azaltılması doğumların kurumlara taşınmasına neden olmuştur.⁴⁵ Bu süreçte doğumlar hızla tıbbileşmiş ve geleneksel ebeliğin yerini erkek egemen kadın doğum uzmanları almıştır.^{52,53} Doğuma hekimlerin hâkim olması doğumun fizyolojik bir olaydan ziyade bir hastalık olarak algılanmasına ve bununla birlikte gereksiz ve saldırgan müdahalelerin artmasına neden olmuştur.⁴⁻¹⁰ Sağlık sisteminde obstetri sadece kadınların ölmesine izin vermemekle birlikte aynı zamanda ölme olasılığını artıracak birçok müdahaleyi beraberinde getirmiştir.⁵¹ Doğumların tıbbileşmesi ile doğal doğum anlayışı da değişmiştir. Teknolojik uygulamalar, müdahaleler, vajinal doğumun bir parçası gibi kabul görmüş ve sezaryen dışındaki uygulamalar doğal doğum olarak kabul edilmiştir. Bu yeni doğum anlayışı kadın ile ebe arasındaki iletişimin kopmasına neden olmuştur. Ne yazık ki bilim insanları tıbbileşen doğumları ebeliğin karşıtı bir bakım modeli olarak görmüştür.⁵¹⁻⁵⁴

Doğumda ebelerin rollerinin azalması ile doğumun insani yönleri göz ardı edilmiş ve doğum giderek daha mekanikleşmiştir. Meksika'da yapılan bir çalışmada ebeler doğumun doğal bir süreç olduğunu savunarak hastane temelli uygulamaları 'obstetrik şiddet' olarak tanımlamışlardır. Bu doğrultuda, ebelerin liderliğinde Latin Amerika ülkelerinden başlayarak 'Doğumun İnsancillaştırılması' hareketi başlatılmış ve Venezuela'da 'obstetrik şiddetin' yasadışı kabul edilmesi tüm dünyaya örnek olmuştur.⁵¹ Ebeler doğum alanında otoritelerini geri kazandıklarında, hastane odaklı tıbbileşen kötü doğumların azalacağını savunmaktadır.^{51,55} Benzer şekilde, Dünya Sağlık Örgütü de doğumun fizyolojik bir süreç olduğunu bu nedenle kadınların gereksiz müdahalelerin yerine kaliteli ebelik bakımı ve uygulamalarına ihtiyaç duyduğunu savunmaktadır.⁵⁶ Yapılan çalışmalarda da ebelerin doğum öncesi, doğum ve lohusalık sürecinin klinik aşamalarında kapsamlı ve insancıl bakım vermesi ile obstetrik şiddetin azaldığı görülmüştür.⁴⁵

Obstetrik şiddeti önlemek ve kadınlarla sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkiyi iyileştirmek için şefkatli ebeler bakımına ihtiyaç vardır.⁵⁷ Ebelerin doğum sürecinde kanıta dayalı uygulamaları destekleyen eğitim ve bilgiye sahibi olması kadınların aldığı kaliteli bakımı direkt etkilediği görülmüştür. Ağrı ile baş etmede kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri bilen (masaj, yağ kullanımı, pozisyonlar vb.), gerekli durumlarda farmakolojik yöntemleri kullanan, süreç boyunca yatağa bağlı kalmadan kadınların yürüme ve pozisyon değiştirme özgürlüğünü destekleyen, kanıta dayalı olmayan rutin uygulamalardan (epizyotomi, amniyotomi, indüksiyon) kaçınan, kadınları litotomi pozisyonunda doğuma zorlamayan ve kadınlarla iletişim halinde olan insancıl ebeler bakımını kadınların ihtiyaç duyduğu kaliteli doğumu sağlamaktadır.⁴⁵⁻⁵⁸ Amerika Birleşik Devletleri'nde hastanede doğum yapmış kadının katıldığı çalışmada, doğumdaki tıbbi müdahalelerin ebeler bakımına azaltılabileceği sonucu çıkmıştır. Aynı çalışmada kadınlar, doğumlarını tarif ederken; 'saygı duyduğunu', 'desteklendiğini' ve 'sorumluluğun kendilerine ait olduğunu' hissettiklerini belirtmiştir.³⁶ Sri Lanka'da yapılan bir çalışmada ise ebeler eğitimleri süresince sağlık kurumlarında hiyerarşik yapının benimsendiğini, kadınlara talimat vermenin, sert davranmanın onları 'iyi ebe' yaptığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan ebelerin çok az bir kısmının kadınların maruz kaldığı sert davranışları, aşağılayıcı sözleri şiddet davranışı olarak algıladığı görülmüştür.²⁰ Leal ve arkadaşlarının 2018 yılında, Brezilya'daki ebelerin obstetrik şiddet algısını değerlendirdiği çalışmasında ise, kristeller manevrası, onamsız epizyotomi, vajinal muayene, her hastaya rutin başlanan indüksiyon uygulamalarını şiddet olarak değerlendirilmiştir. Rutin invaziv işlemler normalleştiği için obstetrik şiddet sınırlı algılanmıştır.⁴⁵ Öte yandan ebeler, doğum sırasındaki kötü muameleleri etik bir sorun olarak görmekten çok anne ve bebeğin hayatını kurtarmak için gerekli müdahaleler olarak görürler.¹⁰⁻¹⁷ Obstetrik şiddetin bu şekilde gerekçelendirilmesi tanınmasını güçleştirir.⁶⁰ Dolayısıyla obstetrik şiddet eylemlerinin tanınması ve şiddet olarak kabul görmesi, önlenmesi için gerekli ilk adım olabilir.⁵⁹ Yapılan bir çalışmada ebelerin obstetrik şiddet farkındalığının kadınlarla güvene dayalı ilişki kurulmasını kolaylaştırdığı ve bunun sonucunda anne ve bebeğin kaliteli bakım almasına katkı sağladığı bildirilmektedir.⁵¹ Sağlık profesyonelleri arasında obstetrik şiddeti görünebilir kılmak için mesleğin başlangıcındaki eğitim programlarında ve uygulamalarında değişim başlatılmalıdır. Mesleki eğitim süreçleri kanıta dayalı, insancıl, saygılı bakım çerçevesinde yeniden inşa edilmelidir.²⁰ Diniz ve arkadaşları obstetrik şiddeti önlemek için yaptıkları çalışma sonucunda sağlık profesyonellerinin eğitim süreçlerinin aşağıdaki şekilde revize edilmesini önermiştir;⁵¹

1. Lisans düzeyindeki sağlık disiplinlerinin (tıp, ebeler, hemşirelik vb.) müfredatlarına kadın hakları, üreme hakları, tıp etiği kuralları, özerklik, bilinçli onam verme, refakatçi hakkı gibi temel konular dâhil edilmeli,
2. İnsancıl doğumların gerçekleşmesi için ebelerin eğitimine yatırım yapılmalı,
3. Sağlık profesyonellerinin eğitim programlarına, doğumun fizyolojisi ve nöroendokrinolojisi eklenmeli, ayrıca kadınların bakımı konforu artıran uygulamalara ve kanıta dayalı uygulamalara önem verilmelidir.

Doğumlarda ebelerin tıbbi ve insani becerilerinin anne-bebek sağlığı için önemi açıkça anlaşılmaktadır. Ancak çalışma koşulları, sağlık sistemi, mali kaynakların yetersizliği, hastanedeki hiyerarşi gibi olumsuzluklar kadınların kaliteli ebeler bakımını almasını engellemektedir. Güney Afrika'daki bir çalışmaya katılan kıdemli ebe, çalıştığı kurumda personel yetersizliği nedeniyle kadınların yeteri kadar yanında olamadıklarını; "İş yükü nedeniyle sadece kadınlar tamamen genişlediklerinde yanında olabiliyoruz." cümleleriyle ifade etmiştir.³³ Ne yazık ki, doğum ünitelerindeki çalışma koşulları, ebeğin aynı anda bir kadına yardım etmesine imkân vermemektedir.⁵² Öte yandan, ebeler doğumun başarısı açısından çok fazla baskı altında bırakılmaktadır ve doğumdaki olumsuzluklardan sorumlu tutulmaktadır.¹⁷⁻⁶⁰ Obstetrik şiddet sorununu, eksik kurumsal kaynakların, alt yapı yetersizliklerinin olduğu doğum ünitelerinde, düşük ücretlerle, uzun çalışma süreleri ile ve kısıtlanmış yetkilerle hizmet vermeye çalışan ebelerin sırtına yüklemek soruna gerçekçi bir yaklaşım olmaz. Obstetrik şiddetin önlenmesinin bir sistem sorunu olduğundan söz ettik.

Şiddetin önlenmesi için çok yönlü bir yaklaşım gerekir ancak en kısa vadeli sonuçlar ebeliğe yatırım yapılarak elde edilebilir. Doğumun insancılaştırılması için ebeler için eğitimine, ebelerin çalışma koşullarına, yetki ve sorumluluklarına daha fazla kafa yorulması gerektiği açıktır.⁵⁹

Sonuç ve Öneriler

Dünya'nın farklı yerlerinde kadınların doğumlarında değişen oranlarda obstetrik şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Kadınların fiziksel veya sözel şiddet yaşadıkları, din, etnik köken ve sosyoekonomik nedenlerden dolayı damgalandıkları, ayrımcılık yaşadıkları anlaşılmıştır. Yine sağlık profesyoneli tarafından yapılan uygulamalar sırasında, izinlerinin alınmadığı, mahremiyetlerine dikkat edilmediği ve şefkatten yoksun, iş odaklı bakım aldıkları görülmektedir. Toplumsal cinsiyet ve örgütsel problemler gibi faktörlerle beslenen obstetrik şiddetin kadın, yenidoğan ve aile açısından birçok olumsuz sonucu olduğu kanıtlarla desteklenmektedir.

Obstetrik şiddeti ve neden olduğu olumsuzlukları önlemek için öncelikle sağlık profesyonelleri arasında obstetrik şiddeti görünebilir kılmak kıymetlidir. Sağlık profesyonellerinin (tıp, ebeler, hemşirelik vb.) mesleki eğitimlerinde kadın hakları, üreme hakları, tıp etiği kuralları, özerklik, bilinçli onam verme, refakatçi hakkı gibi temel konuların vurgulanması obstetrik şiddete ilişkin farkındalığa katkı sağlayabilir. Diğer yandan, ebelerin eğitimine yatırım yapılması, özerk rollerinin tanımlanması ve güçlendirilmesi obstetrik şiddetin önlenmesi için önemli bir adım olabilir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Kübra Karabulut: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama, analiz ve yorum, literatür tarama, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Ayşegül Unutkan: Fikir, tasarım, denetleme, veri toplama, analiz ve yorum, literatür tarama, makale yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Sadler M, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters* 2016;24(47):47-554 <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
2. Tudela MD, et al. Obstetric violence in Spain (part II): interventionism and medicalization during birth. *International journal of environmental research and public health* 2021;18(1):199. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
3. Mesenburg MA, et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive health* 2018;15(1):1-8. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0495-6?platform=hootsuite>
4. Aşçı Ö, Bal MD. The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: a cross-sectional study. *Midwifery* 2023;124:103766. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103766>
5. Avcı N, Kaydırak MM. A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey. *Midwifery* 2023;121:103658. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103658>
6. Kaya Z, Şahin NH. Kadınların obstetrik şiddet deneyimleri: Sistematik derleme. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021;14(3):509-519. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.807530>
7. Blundell J. Lectures on the theory and practice of midwifery. *The Lancet* 1827;8(1):673-681
8. Ehrenreich B, English D. *Cadılar, Ebeler ve Hemşireler*; 2023.
9. Waal VR, Van Nistelrooij I. Reimagining relationality for reproductive care: Understanding obstetric violence as "separation". *Nursing ethics* 2022;29(5):1186-1197. <https://doi.org/10.1177/09697330211051000>
10. O'Brien E, Rich M. Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet* 2022;399(10342):2183-2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)
11. D'Gregorio RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2010;111(3):201-202.

12. Bilgin Z. Anne dostu hastane modeli ve annelerin doğum memnuniyetleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022;15(3):279-288. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.892932>
13. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. Midwifery 2016;34:166-172. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.016>
14. Bohren MA, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. PLoS medicine 2015;12(6):e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
15. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health 2010;3.
16. Ribeiro DDO, et al. Obstetric violence in the perception of multiparous women. Revista gaucha de enfermagem 2020;41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>
17. Chattopadhyay S, Mishra A, Jacob S. 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. Culture, health & sexuality 2018;20(7):815-829. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384572>
18. Mihret MS. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. BMC research notes 2019;12(1):1-7. <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4614-4>
19. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Revista latino-americana de enfermagem 2018;26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
20. Perera D, et al. When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. BMC pregnancy and childbirth 2018;18(1):1-12. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1869-z>
21. Brandão T, et al. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2018;143(1):84-88. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
22. Santiago RV, et al. "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. BMC pregnancy and childbirth 2018;18(1):1-10. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1897-8>
24. Dixon LZ. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. Medical anthropology quarterly 2015;29(4):437-454. <https://doi.org/10.1111/maq.12174>
25. Souza KJD, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. Revista de saude publica 2017;51:69. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>
26. Kurak M, Ateş NA, Küğcümən G. İlk Doğumu Olan Lohusaların Epizyotomi Bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2019;4(2):45-49. <http://cusbed.cumhuriyet.edu.tr/en/pub/issue/48978/572069>
27. Aguiar JMD, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública 2013;29:2287-2296.
28. Pupulim JSL, Sawada NO. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. Texto & Contexto- Enfermagem 2010;19:36-44. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100004>
29. Wudneh A, et al. Obstetric violence and disability overlaps: obstetric violence during child birth among womens with disabilities: a qualitative study. BMC women's health 2022;22(1):1-13. <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-022-01883-y>
30. Mayra K. A Starched cotton flouroscent yellow saree, khopa, belly button & safety pin: Decoding the dignified Indian nurse-midwife. Practising Midwife 2020;23(6). https://www.researchgate.net/publication/341902196_A_starched_cotton_flouroscent_yellow_saree_khopa_belly_button_safety_pin_Decoding_the_dignified_Indian_nurse-midwife
31. Smith DN, et al. The relationship between women's experiences of mistreatment at facilities during childbirth, types of support received and person providing the support in Lucknow, India. Midwifery 2016;40:114-123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.014>
32. Rodríguez-Almagro J, et al. Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. International journal of environmental research and public health 2019;16(9):1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>
33. Lambert J, et al. 'I thought they were going to handle me like a queen but they didn't': A qualitative study exploring the quality of care provided to women at the time of birth. Midwifery 2018; 62:256-263. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.007>
34. Baranowska B, et al. Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. BMC Pregnancy and Childbirth 2019;19(1):1-9.
35. Elmir R, et al. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. Journal of advanced nursing 2010;66(10):2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
36. Bibeau AM. Interventions during labor and birth in the United States: a qualitative analysis of women's experiences. Sexual & Reproductive Healthcare 2014;5(4):167-173. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.10.003>

37. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reproductive health matters* 2018;26(53):6-18. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1508173>
38. Booth A, et al. COREQ (consolidated criteria for reporting qualitative studies). Guidelines for reporting health research: A user's manual 2014;214-226. <https://doi.org/10.1002/9781118715598.ch21>
39. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet* 2014;384(9948):e42-e44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
40. De Lopez JM. When the scars begin to heal: narratives of obstetric violence in Chiapas, Mexico. *International Journal of Health Governance* 2018;23(1):60-69.
41. Shabot SC, Korem K. Domesticating bodies: the role of shame in obstetric violence. *Hypatia* 2018;33(3):384-401.
42. Salgado M, et al. Using a service design model to develop the "Passport to Safer Birth" in Nigeria and Uganda. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2017;139:56-66. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12381>
43. Bohren M, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet* 2019;394(10210):1750-1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
44. Byrne V, et al. What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery* 2017;51:1-11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.017>
45. Leal MDC, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de saúde pública* 2014;30:17-32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
46. Maeda Y, et al. Association between perinatal anemia and postpartum depression: A prospective cohort study of Japanese women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2020;148(1):48-52. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12982>
47. Aydın N, Yıldız H. Effects of traumatic birth experience and transmission intergenerational Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences* 2018;15(1):604-618.
48. Harris R, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. *Psychology & health* 2012;27(10):1166-1177. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>
49. Shorey S, et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research* 2018;104:235-248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
50. Silveira MF, et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of affective disorders* 2019;256:441-447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>
51. Diniz SG, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development* 2015;25(3):377-382. <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
52. Kitzinger S. Some cultural perspectives of birth. *British Journal of Midwifery* 2000;8(12):746-750. <https://doi.org/10.12968/bjom.2000.8.12.8037>
53. Topçu S. Caesarean or vaginarian epidemics? Techno-birth, risk and obstetric practice in Turkey. *Health, Risk & Society* 2019;21(3-4):141-163. <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1641588>
54. Başkaya Y, Sayiner FD. Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2018;5(1):113-119 <https://doi.org/10.17681/hsp.335472>
55. Alonso C, Gerard T. El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil. *La Muerte Materna* 2009;95.
56. Ferreira KM, Machado LV, do Amparo Mesquita M. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura/Humanization normal child birth: a review of literature. *Saúde em Foco* 2014;1(2):134-148.
57. Andrade PDON, et al. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista brasileira de saúde materno infantil* 2016;16:29-37. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
58. Hoop-Bender PT, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet* 2014;384(9949):1226-1235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)
59. Alexandria ST, et al. La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades* 2019;(53):119-128. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.12>
60. Yalley AA. "We Beat them to Help them Push": Exploring Midwives' Perspectives on Obstetric Violence in Ghana 2023;3:22-40. <https://doi.org/10.20944/preprints202210.0385.v1>