



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**OBSTETRİK ŞİDDETİN YAYGINLIĞI VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR META-ANALİZ
ÇALIŞMASI**

Ebru KÜÇÜK

DOKTORA TEZİ

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

TRABZON-2024

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

10/12/2024

Ebru KÜÇÜK

İthaf

Bu doktora tezimi, yaşamımın her anında bana destek olan, sevgisi ve fedakarlığıyla yolumu aydınlatan canım babam ve anneme; varlığıyla hayatıma anlam katan sevgili hayat arkadaşşıma ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitim sürecimin her aşamasında bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan; yalnızca akademik hayatımda değil, tüm yaşantımda desteğini esirgemeyen; duruşu, titiz çalışması ve disipliniyle bana örnek olan, öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyduğum kıymetli hocam Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK’a,

Tez önerim ve izleme komitemde yer alarak bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK ve Doç. Dr. Burçin KURT’a; tez savunma sınavımda değerli katkılarıyla bana destek olan Prof. Dr. Sena KAPLAN ve Doç. Dr. Eda ŞAHİN hocalarıma,

Mesafeler bizi ayırsa da yanımda olduklarını her zaman hissettiren canım arkadaşlarım Semra ŞİMŞEK KARACA, Dr. Öğr. Üyesi Melda KANGALGİL, Arş. Gör. Buket MERAL’e,

Tez sürecimin her aşamasında gönüllü desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Öğr. Gör. Ayşe DAŞTAN YILMAZ’a,

Tezime uzman görüşü vererek katkı sağlayan tüm hocalarıma,

Tezimin yürütülmesinde katkıda bulunan ve değerli vakitlerini bana ayıran tüm arkadaşlarıma,

Kendi ayakları üzerinde durabilen bir kadın olmamda emekleri olan, haklarını asla ödeyemeyeceğim; her zaman yanımda olduklarını bildiğim ve bugünlere gelmemde büyük katkıları olan canım babam Erdal KÜÇÜK’e, annem Sevim KÜÇÜK’e ve kardeşlerim Halil Can KÜÇÜK ile Nur Pelin KÜÇÜK’e,

Hayatıma girdiği andan itibaren her alanda yanımda olan, bana daima destek veren ve bir an bile yalnız bırakmayan hayat arkadaşıma,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ebru KÜÇÜK

Bu çalışma Karadeniz Teknik Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinasyon Birimi tarafından TDK-2023-10786 kodlu Lisansüstü Tez Destek Programı ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xiii

ABSTRACT

xiv

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Obstetrik Şiddet Kavramı ve Tanımı

4

2.1.1. Obstetrik Şiddet Türleri ve Kapsamı

5

2.1.2. Obstetrik Şiddetin Küresel Yaygınlığı

8

2.1.3. Obstetrik Şiddetin Nedenleri ve Risk Faktörleri

10

2.1.4. Obstetrik Şiddetin Maternal-Fetal Sonuçları

11

2.1.5. Obstetrik Şiddetin Önlenmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

12

2.2. SistematiK Derleme ve Meta-Analiz

14

2.2.1. Meta-Analiz Avantajları, Dezavantajları ve Sınırlılıkları

20

3. GEREÇ ve YÖNTEM

23

3.1. Protokol ve Kayıt

23

3.2. Araştırma Modeli ve Amacı

23

3.3. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

23

3.4. Tarama Stratejisi

24

3.5. Araştırmacıların Hazırlığı

26

3.6. Çalışmaların Seçilme Süreci

26

3.7. Veri Çekme Süreci

29

3.8. Çalışmaların Metodolojik Kalitesinin Değerlendirilmesi

29

3.9. Çalışmaların Yanlılık Riskinin Değerlendirilmesi

30

3.10. Araştırmanın Etik Yönü	30
3.11. Verilerin Analizi	30
3.12. Araştırmanın Sınırlıkları	32
3.13. Araştırmanın Güçlü Yönleri	32
3.14. Raporlama	32
4. BULGULAR	33
4.1. Tarama Bulguları	33
4.2. Meta-Analize Dahil Edilen Çalışmaların Genel Özellikleri	33
4.3. Dahil Edilen Çalışmaların Kalitesi	33
4.4. Meta-Analize Dahil Edilen Çalışmaların Yanlılık Değerlendirmesi	37
4.5. Meta-Analiz Bulguları	39
4.6. Moderatör Değişkenlerin Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Meta-Regresyon Bulguları	40
4.6.1. Çalışmaların Yapıldığı Ülkelere İlişkin Moderatör Analiz Bulguları	41
4.6.2. Çalışmanın Yapıldığı Ülkelerin Gelir Düzeyine İlişkin Moderatör Analiz Bulguları	46
4.6.3. Çalışmanın Yapıldığı Yere İlişkin Moderatör Analiz Bulguları	46
4.6.4. Çalışmanın Tasarımına İlişkin Moderatör Analiz Bulguları	47
4.6.5. Çalışmanın Yanlılık Riskine İlişkin Moderatör Analiz Bulguları	48
4.7. Çalışmalar Arasındaki Yayın Yanlılığı	48
4.8. Anlatı Sentezi Bulguları	51
4.8.1. Obstetrik Şiddet ile İlişkili Risk Faktörleri	51
4.8.1.1. Sosyodemografik Faktörler	53
4.8.1.2. Obstetrik Faktörler	53
4.8.1.3. Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı ile İlgili Faktörler	54
4.8.1.4. Yenidoğan ile İlgili Faktörler	54
4.8.2. Obstetrik Şiddet ile İlişkili Korumucu Faktörler	54
4.8.2.1. Sosyodemografik Faktörler	55
4.8.2.2. Obstetrik Faktörler	55
5. TARTIŞMA	56
5.1. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Meta-analiz Bulgularının Tartışılması	56
5.2. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Moderatör Analiz Bulgularının Tartışılması	58
5.3. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Anlatı Sentezi Bulgularının Tartışılması	58

5.4. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Yayın Yanlılığının Tartışılması	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	61
KAYNAKLAR	64
EKLER	83
Ek 1. PROSPERO Kaydı	84
Ek 2. Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review) Formu	96
Ek 3. Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review) Yürüten Uzmanlar	101
Ek 4. Araştırma Tarama Stratejisi	102
Ek 5. Araştırmacıların Hazırlığı	107
Ek 6. Birincil taramada dahil edilmeyen çalışmalar ve dışlama nedenleri	111
Ek 7. İkincil taramada dahil edilmeyen çalışmalar ve dışlama nedenleri	115
Ek 8. Veri Çekme Formu	118
Ek 9. Kalite Değerlendirme Aracı	119
Ek 10. Yanlılık Riski Değerlendirme Aracı	120
Ek 11. Etik Kurul Onayı	122
Ek 12. PRISMA 2020 Kontrol Listesi	123
ÖZGEÇMİŞ	124

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Araştırmaya dâhil etme ve dışlama kriterleri	23
Tablo 2. Çalışmada kullanılan anahtar kelimeler	25
Tablo 3. Meta-analize dahil edilen çalışmaların genel özellikleri	34
Tablo 4. Meta-analize dahil edilen çalışmaların yanlılık riski sonuçları	38
Tablo 5. Obstetrik şiddet ile ilgili risk faktörleri	52
Tablo 6. Obstetrik şiddet ile ilgili koruyucu faktörler	54



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. PRISMA 2020 akış şeması	28
Şekil 2. Meta-analize dahil edilen çalışmaların yanlılık riski özet grafiği	37
Şekil 3. Obstetrik şiddetin meta-analizi ve orman grafiği	39
Şekil 4. Çalışmaların yapıldığı ülke, çalışmaların yapıldığı ülkelerin gelir düzeyleri, çalışmaların yapıldığı yer, çalışma tasarımı ve çalışmaların yanlılık riski ile ilgili meta-regresyonlar	40
Şekil 5. Çalışmaların veri toplama süresi, teorik/kavramsal çerçevesi ve çalışmaların veri toplama dönemi ile ilgili meta-regresyonlar	40
Şekil 6. Çalışmanın yapıldığı ülke moderatör analizi orman grafiği	42
Şekil 7. Çalışmaların yapıldığı ülkelerin gelir düzeyi moderatör analizi orman grafiği	46
Şekil 8. Çalışmanın yapıldığı yer moderatör analizi orman grafiği	47
Şekil 9. Çalışmanın tasarımı moderatör analizi orman grafiği	47
Şekil 10. Çalışmanın yanlılık riski moderatör analizi orman grafiği	48
Şekil 11. Yayın yanlılığının varlığını gösteren çalışmaların asimetrik dağılımını gösteren huni grafiği	49
Şekil 12. Yayın yanlılığının varlığını göstermeyen çalışmaların asimetrik dağılımını gösteren huni grafiği	50

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

BM	Birleşmiş Milletler
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CMA	Comprehensive Meta Analysis
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GA	Güven Aralığı
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (Önerilerin Derecelendirilmesi Değerlendirme, Geliştirme ve Değerlendirme)
JBİ	Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Enstitüsü)
MeSH	Medical Subjects Headings (Tıbbi Konu Başlıkları)
MOOSE	Meta-analyses of Observational Studies
OR	Odds Ratio (Olasılık Oranı)
PECO	Population, Exposure, Comparison, Outcome
PECO(S)	Population, Exposure, Comparison, Outcome, Study Design
PICO(S)	Population, Intervention, Control, Outcome, Study
PRESS	Peer Review of Electronic Search Strategies (Elektronik Arama Stratejilerinin Akran Değerlendirmesi)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri)
PRISMA-S	Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis-Search
PROSPERO	International Prospective Register of Systematic Reviews (Sistematik İncelemelerin Uluslararası Prospektif Kaydı)
ROB-1	The Risk Of Bias In Non-randomized Studies – of Interventions assessment tool
ROBINS-2	Cochrane Risk-of-Bias Tool for Randomized Trials-2
SPICE	Supervision, Partners, Incentives, Choice, Education
SPIDER	Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type
WOS	Web of Science

Simgeler

df	Degree of Freedom (Serbestlik Derecesi)
I²	I-squared (Heterojenlik)
n	Örneklem Sayısı
p	İstatistiksel Önemlilik Düzeyi
t	Test istatistiği
%	Yüzde



ÖZET

Obstetrik Şiddetin Yaygınlığı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi: Bir Meta-Analiz Çalışması

Bu çalışma, kadınların gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde maruz kaldığı obstetrik şiddetin yaygınlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Çalışmada meta-analiz yöntemi kullanıldı ve Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri bildirgesine uygun olarak yürütüldü. Belirlenen İngilizce anahtar kelimeler kullanılarak, 1 Ocak 2007 ile 31 Aralık 2023 tarihleri arasında Web of Science, Scopus, CINAHL Ultimate, MEDLINE Ultimate ve OVID veri tabanlarında tarama yapıldı. Çalışmaların seçimi, kalite ve yanlılık riski değerlendirmesi bağımsız iki araştırmacı tarafından yapıldı. Çalışmaya toplam örneklem büyüklüğü 43 977 kadın olan 41 çalışma dahil edildi. Dahil edilen çalışmaların metodolojik kalitesi Joanna Briggs Institute'nin yaygınlık çalışmaları için kritik değerlendirme kontrol listesi ile, yanlılık riski ise Hoy ve arkadaşları tarafından geliştirilen ön yargı riski aracı ile değerlendirildi. Çalışmalardan elde edilen verileri birleştirmek için bir meta-analiz ve anlatı sentezi yapıldı. Çalışmanın birleştirilmiş obstetrik şiddetin sıklığı üzerinde moderatör değişkenlerin etkilerini değerlendirmek için meta-regresyon yapıldı. Çalışmalar arasındaki heterojenliği Cochran Q ve Higgins I^2 testleri, yayın yanlılığı incelemesi Huni grafiği ve Egger's regression intercept testi ile değerlendirildi. Veri analizi, Comprehensive Meta Analysis 4 yazılımı kullanılarak yapıldı. Kadınların gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde maruz kaldığı obstetrik şiddetin birleştirilmiş yaygınlığı %61.7 olarak bulundu. Meta-analiz verileri, %99.258'lik bir I^2 değeriyle önemli bir heterojenlik gösterdi. Yapılan meta-regresyonda, çalışmaların yapıldığı ülke, ülkelerin gelir düzeyi, çalışma ortamı, çalışma tasarımı ve yanlılık riskinin değişkenlerinin obstetrik şiddet üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu saptandı. Yapılan anlatı sentezi sonucunda obstetrik şiddet ile ilişkili 40 risk faktörü ve 14 koruyucu faktör olduğu belirlendi. Yayın yanlılığının ise toplam obstetrik şiddet, çevrimiçi çalışma ortamı, kesitsel araştırmalar ve orta yanlılık riski veri setlerinde olduğu saptandı. Sonuç olarak, obstetrik şiddetin birleştirilmiş yaygınlığının yüksek olduğu, obstetrik şiddet ile ilişkili faktörlerin ele alınması, gelecek araştırmaların, farklı sosyo-demografik gruplar arasında obstetrik şiddet yaygınlığını ve etkileyen faktörleri daha ayrıntılı bir şekilde incelemesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Doğum, Doğum Sonrası, Gebelik, Kadın, Meta-analiz, Şiddet

ABSTRACT

Evaluation of Prevalence of Obstetric Violence and its Associated Factors: A Meta-Analysis Study

This study was conducted to assess the prevalence and associated factors of obstetric violence experienced by women during pregnancy, labor, or the postpartum period. The study employed a meta-analysis approach and was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses guidelines. A comprehensive literature search was performed using predefined English keywords in the Web of Science, Scopus, CINAHL Ultimate, MEDLINE Ultimate, and OVID databases for studies published between 1 January 2007 and 31 December 2023. Study selection, quality assessment, and risk of bias assessment were conducted by two independent reviewers. We included 41 studies with a total sample size of 43 977 women. The methodological quality of the included studies was assessed using the Joanna Briggs Institute critical appraisal checklist for prevalence studies, and the risk of bias was evaluated using the risk of bias tool developed by Hoy et al. Meta-analysis and narrative synthesis were performed to pool the data from the studies. Meta-regression was conducted to assess the effects of moderator variables on the prevalence of obstetric violence in the combined study. Heterogeneity between studies was evaluated using Cochran's Q and Higgins's I^2 tests, and publication bias was assessed using funnel plots and Egger's regression intercept test. Data analysis was performed using Comprehensive Meta Analysis 4 software. The overall prevalence of obstetric violence experienced by women during pregnancy, labor, or postpartum was 61.7%. The meta-analysis data showed significant heterogeneity with an I^2 value of 99.258%. In the meta-regression, the variables of study country, country income level, study setting, study design, and risk of bias were found to have a statistically significant effect on obstetric violence. As a result of the narrative synthesis, 40 risk factors and 14 protective factors were identified as being associated with obstetric violence. Publication bias was found in the total obstetric violence, online study setting, cross-sectional studies, and moderate risk of bias datasets. In conclusion, the combined prevalence of obstetric violence is high; the factors associated with obstetric violence should be addressed, and future studies should examine the prevalence of obstetric violence in different socio-demographic groups and the factors influencing it in more detail.

Keywords: Birth, Meta-analysis, Pregnancy, Postpartum, Violence, Women

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Birleşmiş Milletler (BM), kadına yönelik şiddeti fiziksel, cinsel veya zihinsel zarar verme, tehdit etme, zorlama veya özgürlükten keyfi olarak mahrum bırakma gibi eylemler olarak tanımlamaktadır (1). Bu şiddet türlerinden biri olan obstetrik şiddet, kadınların fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkileyen cinsiyet temelli bir insan hakları ihhalidir (2).

Obstetrik şiddet terimi ilk olarak 1827 yılında The Lancet dergisinde James Blundell tarafından kullanılmış (3) olup Venezüella 2007 yılında “obstetrik şiddet” ile ilgili yasa geliştiren ilk ülkedir (4, 5). Bu yasada “1) Obstetrik acillere zamanında ve etkin müdahale edilmemesi, 2) Vertikal pozisyonda doğum yapmanın mümkün olduğu durumda kadının sırtüstü ve bacakları kaldırılmış şekilde doğum yapmaya zorlanması, 3) Tıbbi gerekçe olmaksızın doğumdan hemen sonra yenidoğanın anne ile bağ kurmasına, emzirmenin başlatılmasına izin verilmemesi, 4) Düşük riskli kadınlarda, kadının gönüllü onamı ve açık rızası olmadan normal doğum sürecinin doğumu hızlandırma tekniklerini kullanarak değiştirilmesi, 5) Normal doğum mümkünken kadının gönüllü onamı ve açık rızası olmadan sezaryen ile doğum yaptırılması” gibi sağlık profesyoneli tarafından yapılan eylemlerin obstetrik şiddet olarak kabul edildiği bildirilmektedir (5). Venezüella’nın ardından Arjantin (2009) ve Meksika (2014) bu konuda adımlar atan diğer ülkelerdir (2, 6–8). Latin Amerika ve İspanya’da obstetrik şiddet, toplumsal cinsiyet şiddeti biçimi olarak kabul edilmekte ve bu yönde politikalar oluşturulmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise özel olarak 'obstetrik şiddet' terimini kullanmasa da, 2014 yılında yayınladığı bir fikir birliği bildirisiyle doğum sırasında kötü muamele ve istismarın insan hakları ihlali olduğunu belirtmektedir (9). Türkiye’de ise obstetrik şiddet terimi yeni kullanılmaya başlanmış olup (10–13), bu konuda yasal bir düzenleme mevcut değildir (2).

Obstetrik şiddet, kadınların doğum ve üreme süreçlerinde maruz kaldıkları fiziksel, sözlü ve duygusal şiddeti, gereksiz tıbbi müdahaleleri ve sistemsel yetersizlikleri kapsamaktadır. Obstetrik şiddet, fiziksel, sözlü, duygusal ve psikolojik şiddet ile gereksiz tıbbi uygulamalar ve sistemsel yetersizliklerden kaynaklanan yapısal şiddet gibi çeşitli kategorilere ayrılmaktadır (2). Prevalansı hakkında net bir bilgi olmamakla birlikte, şiddetin oranının %15-97 arasında değiştiği bildirilmektedir (14–18). Obstetrik şiddete maruz kalma riskini artıran faktörler arasında genç yaş, bekar olma, düşük eğitim ve gelir seviyeleri, multiparite; riski azaltan faktörler arasında ise eğitilmiş sağlık profesyonelinin

katılımı ve donanımlı hastanelerde doğum yapma yer almaktadır (15, 19–24). Bu durum, kadınları kaliteli bakımdan uzaklaştırarak fiziksel ve zihinsel sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (2). Dünyada, obstetrik şiddeti tanımlamak, ölçmek ve önlemek için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (25–30).

DSÖ'nün 2018 yılında yayınladığı pozitif doğum deneyimi modelinde, “saygılı anne bakımı” vurgulanmış ve saygılı bakımın kadının sürekli desteklenmesini, zarar ve kötü muameleden korunmasını, bilinçli seçim yapmasını sağlamayı ve bakım eşitsizliğini önlemeyi amaçladığı belirtilmektedir (31, 32). BM Genel Kurulu ise, üreme sağlığı hizmetlerinde kadına yönelik şiddeti bir gerçeklik olarak kabul ederek, kadınların her türlü şiddetten uzak bir yaşam sürmelerini sağlayacak stratejilerin benimsenmesini önermektedir (24). Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nde yer alan beşinci hedef, “Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak ve tüm kadınlar ile kız çocuklarını güçlendirmek” ve aynı zamanda kadınlara yönelik her türlü şiddet ve ayrımcılığı ortadan kaldırmayı, üreme haklarını ve karar vermede özerkliklerini sağlamayı amaçlamaktadır (33). Ancak, yapılan çalışmalarda obstetrik şiddetin, kadınların sağlık sistemine (34) ve sağlık profesyonellerine olan güvenini zayıflattığı (35), doğum korkusunu artırdığı (35), emzirme (36) ve doğum sonrası sağlık hizmetlerinin kullanımını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (37). Ayrıca, doğum sonrası depresyon (38–40) ve travma sonrası stres bozukluğu (41) gibi uzun vadeli fiziksel ve ruhsal sorunların görülme sıklığını artırdığı ortaya koymaktadır. Yenidoğanlar açısından ise düşük Apgar skoru, artan resüsitasyon ihtiyacı (42) ve sağlık hizmetlerine erişimde gecikmeler gibi sonuçlara yol açabilmektedir (37). Hemşirelerin, bu olumsuzlukları önlemek için hasta hakları ve bakım ilkelerine dayalı bir yaklaşımla hareket etmesi kritik önem taşımaktadır (28). Obstetrik şiddetin görünürlüğünü artırmak, yalnızca anne ve yenidoğan sağlığını iyileştirmekle kalmayıp, aynı zamanda bakım kalitesini artırmak ve hasta-sağlık profesyoneli ilişkisini karşılıklı saygı ve güven temelinde geliştirmek için temel bir adımdır (43). Bu doğrultuda sağlık kurumlarında bakım veren ebe ve hemşirelerin obstetrik şiddete neden olan faktörleri tanımlayabilmesi amacıyla güncel verilere ihtiyaçları bulunmaktadır. Literatürde, obstetrik şiddet ile ilgili sınırlı sayıda sistematik derleme veya meta-analiz çalışması bulunmakta ve bu çalışmalar sadece doğum ve doğum sürecindeki obstetrik şiddeti ele almaktadır (6, 44–50). Ancak obstetrik şiddet, sadece doğum ve doğum sürecinde değil kadının sağlık kuruluşuna ilk başvurusuyla başlayarak gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde de devam edebilen bir olgudur (51).

Bu çalışmanın amacı, kadınların gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde maruz kaldığı obstetrik şiddetin yaygınlığını ve ilişkili faktörleri meta-analiz yöntemiyle ortaya koymayı hedeflemektedir. Literatürde mevcut olan sınırlı veri ve çalışmaları sentezleyerek, obstetrik şiddet konusundaki güncel bilgileri derlemek ve sağlık profesyonelleri için kanıta dayalı öneriler sunmaktır. Araştırma, obstetrik şiddeti azaltmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunmayı ve kadınların gebelik ve doğum deneyimlerini iyileştirmeyi hedeflemektedir. Bu kapsamda araştırma soruları aşağıdaki gibidir;

1. Kadınların maruz kaldıkları obstetrik şiddetin yaygınlığı (gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde) nedir?
2. Kadınların maruz kaldıkları obstetrik şiddet (gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde) ile ilişkili faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obstetrik Şiddet Kavramı ve Tanımı

Obstetrik dönemlerde kadınlara yönelik kötü muameleyi tanımlamak için “sağlık hizmetlerinde kötü muamele”, “doğum hastalarına kötü muamele”, “doğumda istismar”, “doğumda tecavüz”, “saygısızlık ve istismar”, “kötü muamele” ve son zamanlarda “obstetrik şiddet” terimleri kullanılmaktadır (3, 52). Bu terimler, Etiyopya (15), Güney Afrika (53), Hindistan (54), Amerika Birleşik Devletleri (28), İtalya (55) ve Türkiye (10, 11) gibi çeşitli ülkelerde çalışan araştırmacılar tarafından benimsenmektedir. Küresel araştırmalarda en sık “saygısızlık ve istismar” ve “tesis bazlı doğum sırasında kötü muamele” terimleri kullanılırken, “obstetrik şiddet” terimi özellikle Latin Amerika ve Karayipler’de hem araştırma hem de politika bağlamlarında yaygın olarak kullanılmaktadır (56). Bu terimler bazen birbirinin yerine kullanılsa da farklı anlamlar taşımaktadır. Ancak hepsi, doğum süreçlerinin tıbbileştirilmesini, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerine dayanan kökleri, kadına yönelik şiddetle paralellikleri, zarar verme potansiyelini ve kadın haklarına yönelik tehdidi vurgulama konusunda ortak noktalara sahiptir (56).

Obstetrik şiddet terimi ilk olarak 1827 yılında The Lancet dergisinde James Blundell tarafından, doğumdan sonra plasentanın zorla çıkarılmasını tanımlamak amacıyla kullanıldığı bilinmektedir. Doğumu insanileştirme ve gebelik ile doğumun aşırı tıbbileştirilmesine karşı çıkan hareketlerle birlikte, 1980’lerde terim farklı bir anlam kazanarak bazı yayınlarda doğum indüksiyonu, epizyotomi ve sezaryen gibi prosedürleri de kapsayacak şekilde genişletildi (3). 1990’ların sonunda, Latin Amerika’da aşırı tıbbileştirilmiş biyomedikal bakımın insanlık dışı doğasını ve bu doğum yaklaşımının içerdiği şiddeti tanımlamak için kullanılmaya başlandı (7). Obstetrik şiddetin bir insan hakları ihlali olarak çerçevelenmesi, bu kavramın uluslararası siyasi gündeme dahil edilmesini kolaylaştırdı (57). 2000’li yılların başlarından itibaren, “obstetrik şiddet” terimi Latin ve Orta Amerika bağlamında ‘insancıllaştırılmış doğum’ için verilen daha geniş bir mücadelenin parçası olarak ortaya çıktı (7, 8). Venezuela, 2007 yılında obstetrik şiddeti, gebelik ve doğum sırasında kadınlara yönelik fiziksel ve zihinsel şiddet olarak tanımlayan ilk ülke oldu (4, 5). Venezuela tarafından benimsenen “Kadınların Şiddetten Arınmış Bir Yaşamı Yaşama Hakkı hakkındaki Temel Kanun”da obstetrik şiddet “*Obstetrik şiddet, üreme sürecinin sağlık personelleri tarafından sağlıksızlaştırılması, doğal süreçlerin kötüye kullanılması ve/veya doğal süreçlerin patolojizasyonu, özerklik kaybına neden olan,*

kendi bedeni ve cinselliği hakkında özgürce karar verme yeteneklerinin kaybı, yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesi (23 Nisan 2007 tarih ve 38.668 sayılı Venezüella Kanunu'nun 15. Maddesi, No. 13)” olarak tanımlanmaktadır (57). Bu tanım, obstetrik uygulamalardaki istismarı toplumsal cinsiyete dayalı bir şiddet biçimi olarak ele almaktadır (52). Venezuela'nın ardından, Küresel Güney'in çeşitli ülkelerinde (örneğin Venezuela, Arjantin, Meksika, Bolivya ve Panama) obstetrik şiddet yasal bir kavram olarak detaylandırıldı (7, 8). Bu tanımlar ise teknolojilerin aşırı kullanımı ve doğum sürecinin tıbbileştirilmesiyle güçlü bir şekilde ilişkilendirildi (8).

Obstetrik şiddet, farklı ülkelerde ve kültürlerde farklı kategorilerde sınıflandırıldığı ve tanımlandığı için kavramın çeşitli tanımları bulunmaktadır (6, 58, 59). Bir tanıma göre, obstetrik şiddet, “gebelerin, doğum yapan veya emziren kadınların jinekolojik-obstetrik takibi sırasında kadınların ve bebeklerin haklarını, isteklerini, kararlarını, ihtiyaçlarını, duygularını ve/veya onurunu göz ardı eden dil veya eylemlerle ifade edilen herhangi bir tıbbi uygulama veya tutumu” ifade etmektedir (59). Garcia (2020) ise obstetrik şiddeti, “gebelik öncesi, gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde, onam alınmadan sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakımda kadının istismar edilmesi veya kötü muamele görmesi, insan hakları ihlali olan kadına yönelik şiddetin bir türü” olarak tanımlamaktadır (28, 60). DSÖ, özel olarak 'obstetrik şiddet' terimini kullanmasa da, 2014 yılında yayınladığı bir fikir birliği bildirisiyle doğum sırasında kötü muamele ve istismarın insan hakları ihlali olduğunu belirtmektedir (9). Ayrıca BM Kadına Yönelik Şiddet Özel Raportörü'nün 2019 yılında yayımladığı üreme sağlığı hizmetlerinde şiddet raporunda da 'obstetrik şiddet' teriminin doğrudan kullanılması, bu kavramın uluslararası alanda giderek daha fazla kabul edildiğini göstermektedir (8).

2.1.1. Obstetrik Şiddet Türleri ve Kapsamı

Obstetrik şiddet, kadının sağlık kuruluşuna ilk başvurusuyla başlayarak gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde de devam edebilen bir olgudur (51). Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde uyguladığı saygısızlık, kötü muamele ve şiddet durumlarını tanımlamak için ilk kez “tesis temelli doğumda saygısızlık ve istismar” terimi kullanıldı. Bu terim, Bowser ve Hill (2010) tarafından önerilmekte olup, çeşitli saygısızlık ve kötü muamele biçimlerini kapsayan yedi kategoriye içermektedir:

- “1. Fiziksel şiddet,
2. İzinsiz Tedavi/Müdahale,
3. Mahremiyeti İhlal Eden Bakım,
4. Onur Kırıcı Bakım,
5. Ayrımcılık,
6. İhmal,
7. Sağlık Kurumlarında Rehin Kalma” (61).

Bu terim ve tanım, DSÖ’nün 2015 yılında yayınladığı 'Tesis dayalı doğum sırasında saygısızlık ve istismarın önlenmesi ve ortadan kaldırılması' başlıklı önemli bir rapora temel teşkil ederek, konunun dünya çapında görünürlük kazanmasına katkıda bulundu. Ancak hem terimin hem de tanımının bazı sınırlamaları vardır. Bu sınırlamalarda kategorilerinin mevcut tüm saygısızlık ve istismar biçimlerini karakterize etmedeki yetersizliği ve failin kasıtlı olma ihtiyacından söz edilmemesi vurgulanmaktadır (40). Ayrıca bu terim ve tanım, saygısızlık ve istismar eylemlerinin yalnızca doğum ve doğuma özgü olduğunu vurgulamakta ve bu olayların gebelik (doğum öncesi bakım), doğum sonrası ve kürtaj durumlarında da meydana gelebileceğini dikkate almamaktadır. Bu sınırlamaları aşmak amacıyla Bohren ve arkadaşları (2015), “sağlık tesislerinde doğum yapan kadınlara kötü muamele” terimini önerdiler. Bu terim, üçüncü dereceden temalar olarak adlandırılan yedi boyutta incelenmektedir:

- “1. Fiziksel istismar,
2. Cinsel istismar,
3. Sözlü istismar,
4. Damgalama ve ayrımcılık,
5. Bakımda profesyonel standartlara ulaşım eksikliği,
6. Hizmet verenler ile kadınlar arasında zayıf etkileşim,
7. Sağlık Sistemi Koşulları ve Kısıtlılıkları” (62).

Bu sınıflama sisteminde üçüncü dereceden temalar olarak adlandırılan her boyut kadınların maruz kaldığı kötü muamelelerin kategorize edilmesini, ikinci dereceden temalar kötü muamelelerin şeklini ve birinci dereceden temalar ise kötü muamele örneklerini belirtmektedir. Bohren ve arkadaşları (2015) tarafından önerilen tanım kötü muamele olarak kabul edilen daha fazla sayıda eylemi listeleyerek kavramı daha kapsamlı hale getirdi. Ayrıca literatürde obstetrik kötü muamele kavramının kullanılmasını öneren

bir çalışma olup aşağıdakiler de dahil olmak üzere çeşitli şekillerde ortaya çıkabileceği bildirilmektedir (3):

1. Fiziksel istismar: Doğum veya doğum sırasında kadına gereksiz güç, itme veya dayak atma gibi fiziksel zarar verme veya kaba muamele.
2. Sözlü taciz: Kadına hakaret etmek, aşağılamak veya bağırarak; saygısız bir dil kullanmak veya görünüşleri veya seçimleri hakkında aşağılayıcı yorumlarda bulunmak.
3. Rıza dışı tıbbi prosedürler: Kadına bilgilendirilmiş ve gönüllü rızası olmadan tıbbi müdahale veya prosedürlerin gerçekleştirilmesi. Buna epizyotomiler, sezaryenle doğumlar, zorla kısırlaştırmalar veya diğer tıbbi müdahaleler dahildir.
4. Yeterli bilginin sağlanamaması: Tıbbi prosedürler, seçenekler ve riskler hakkında gerekli bilgilerin açıklanmaması, gebe kadının kendi bakımıyla ilgili bilinçli kararlar vermesini engeller.
5. Seçimlere ve tercihlere saygısızlık: Kadının doğum planını, seçimlerini ve tercihlerini (ağrı yönetimi, doğum pozisyonları veya destek kişileri de dahil olmak üzere) göz ardı etmek veya dikkate almamak.
6. Ağrının giderilmesinin reddedilmesi: Kadın tarafından tıbbi olarak belirtildiğinde veya talep edildiğinde ağrı kesici veya anestezi sağlamanın reddedilmesi.
7. Bakımın zamanında sağlanamaması: Gerekli tıbbi müdahalelerin veya acil bakımın geciktirilmesi, kadının veya yenidoğanın sağlığının potansiyel olarak tehlikeye atılması.
8. Ayrımcılık ve damgalama: Kadınların etnik kökenlerine, ırklarına, sosyoekonomik durumlarına, cinsel yönelimlerine veya diğer kişisel özelliklerine göre farklı davranılması.
9. Mahremiyet ve haysiyet eksikliği: Yetersiz örtme veya mahrem bölgelerin açığa çıkması da dahil olmak üzere, doğum ve doğum sırasında kadının mahremiyetinin ve onurunun korunamaması.
10. Zorla prosedürler veya kısırlaştırma: Kadınları, bilgilendirilmiş ve gönüllü rızaları olmadan tüp ligasyonu gibi kısırlaştırma prosedürlerine tabi tutmaya zorlamak veya baskı yapmak.

11. İhmal: Doğum ve doğum sırasında uygun tıbbi bakımın, izlemenin veya desteğin sağlanamaması, potansiyel olarak önlenabilir komplikasyonlara yol açması.
12. Anne ile yenidoğanın ayrılması: Geçerli bir tıbbi neden olmaksızın veya aydınlatılmış onam alınmadan yenidoğanın anneden ayrılması.
13. Nitelikli destek personelinin engellenmesi: Nitelikli destek personelinin yeterli sebep olmaksızın doğuma ve doğuma katılmasının engellenmesi.

Obstetrik şiddetin, insan hakları ihlali olarak değerlendirilebileceğini ve kadınlar üzerinde uzun süreli fiziksel ve psikolojik etkiler yaratabileceğini vurgulamak önemlidir. Obstetrik şiddetin tanınması ve ele alınması, anne bakımını iyileştirmek ve kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası deneyimleri boyunca saygılı ve güvenli doğum bakımı almasını sağlamak için çok önemlidir. Gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde obstetrik şiddetin gözlemlendiği durumlarda, bu durum derhal rapor edilmeli ve ilgili hastane veya yasal yetkililer tarafından ele alınmalıdır (3).

2.1.2. Obstetrik Şiddetin Küresel Yaygınlığı

Kadınların obstetrik şiddet maruziyeti hem yüksek gelirli hem de orta ve düşük gelirli ülkelerde rapor edilmektedir. Yaygınlık, ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, prevalansı %15 ila %97 arasında değişmektedir (14–18). Kanıtlar, obstetrik şiddetin Hindistan (6, 63), Amerika Birleşik Devletler (64, 65), Sri Lanka (43, 66), Etiyopya (15, 67), Nijerya (68), Gana (69), İtalya (55), Meksika (29, 70), Türkiye (11) gibi ülkelerde ve tüm kıtalarda var olduğunu göstermektedir.

Meksika'da 2016 yılında yapılan ulusal hane halkı araştırmasına göre (n = 24 126), son beş yıl içerisinde doğum yapan 15-49 yaş arasındaki kadınların %23.6'sının obstetrik istismar ve şiddete ve %17.1'inin rızasız bakıma maruz kaldığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada, kadınların %11.2'si bağırılma veya azar işitme, %10.3'ü sağlık hizmeti sağlayıcılarının çok bağırarak bakımı geciktirmesi, %9.9'u sağlık personelinin doğuma veya yenidoğana ilişkin sorularını görmezden gelmesi, %9.2'si rahatsız edici pozisyonlarda kalmaya zorlanma ve %7'si hakaret veya aşağılama gibi durumlarla karşılaştığını belirtmektedir (29).

Amerika Birleşik Devletleri'nde, gebelik ve doğum bakımı deneyimlerini araştıran Annelere Ses Vermek (GVtM-US) çalışmasına göre (n=2 138), altı kadından birinin (%17.3) bir veya daha fazla türde kötü muameleye maruz kaldığı rapor edilmektedir.

Ayrıca, gebelik veya doğum sırasında kadınların %8.5'inin sağlık personelinin bağırma veya azarlama, %7.8'inin ise yardım taleplerinin reddedilmesi veya geç yanıtlanması gibi durumlarla karşılaştığı belirtilmektedir (65).

Nijerya'nın kuzeybatısındaki Kano Eyaleti'nde yapılan bir çalışmada (n=356), doğum yapan kadınların yaklaşık üçte birinin (%32.3, n = 115) en az bir tür obstetrik şiddet yaşadığı bildirilmektedir. Bu kadınlar arasında en yaygın obstetrik şiddet türü profesyonel bakım standartlarının karşılanamaması (%61.7, n = 61) olarak belirtilmektedir (68).

Doğu Akdeniz Bölgesi'nde (Fas'tan Pakistan'a kadar 22 ülkeyi kapsamaktadır) yapılan bir derleme çalışması, doğum yapan kadınların sağlık sistemlerinin gücü veya ülke geliri ne olursa olsun tüm türde obstetrik şiddet yaşadığını ve incelenen ülkelerin neredeyse üçte ikisinde yedi obstetrik şiddet türünden altısının bulunduğunu göstermektedir. Bu inceleme, Doğu Akdeniz Bölgesi'nde doğumda en yaygın obstetrik şiddet türlerinin fiziksel istismar (özellikle aşırı kullanılan rutin müdahaleler) ve onursuz bakım olduğunu bildirmektedir (71).

Etiyopya'da 2019 yılında yapılan bir kesitsel çalışmada (n=409), doğum sonrası kadınların her dörtte üçünün (%75.1) doğum ve doğum sırasında en az bir tür obstetrik şiddet yaşadığı bildirilmektedir. Bu çalışmada, kadınların %63.6'sının rızasız bakım, %55.3'ünün onursuz bakım, %46.9'unun fiziksel istismar ve %32.3'ünün gizli olmayan bakıma maruz kaldığı belirtilmektedir (15).

Türkiye'de ise, Aşçı ve Demirgöz Bal (2023)'ın vajinal doğum yapan 513 kadınla yaptığı çalışmada, kadınların %76.4'ünün obstetrik şiddet yaşadığı ve bildirilen şiddet türlerinin %44.4'ünün fiziksel istismar, %44.4'ünün bakımı terk etme, %26.5'inin rızasız bakım, %25.1'inin onursuz bakım ve %3.3'ünün mahremiyet ihlali olduğu belirtilmektedir (11). Isık ve Nazik (2023)'in vajinal doğum yapan 200 kadınla yürüttüğü çalışmada, kadınların %25.5'inin sözlü şiddete, %37.2'sinin psiko-duygusal şiddete ve hepsinin fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir (72). Ayrıca, Okyay ve arkadaşlarının (2022) vajinal doğum yapan 556 kadınla yürüttükleri çalışmada, fiziksel istismar kapsamında en yaygın durumun dört saatten daha kısa aralıklarla vajinal muayene (%37.7), rızasız bakımda oksitosin uygulaması (%30.8) ve mahremiyet ihlali kapsamında ise kadınların yalnızca %13'ünün doğum esnasında refakatçisi olduğu belirtilmektedir (13).

2.1.3. Obstetrik Şiddetin Nedenleri ve Risk Faktörleri

Obstetrik şiddet, gebelik döneminden doğum sonuna kadar devam eden ve kadına karşı insan haklarını ihlal eden özel bir şiddet biçimidir (2). DSÖ, tüm kadınların gebelik ve doğum boyunca onurlu ve saygılı sağlık hizmeti alma, şiddet ve ayrımcılıktan korunma hakkına sahip olduğunu belirtmektedir (9). Ancak, kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ne olursa olsun obstetrik şiddete maruz kalabilmektedir. Obstetrik şiddete maruz kalma nedenleri ise literatürde aşağıdaki nedenlerden kaynaklandığı bildirilmektedir:

- Sağlık profesyonellerinin kadınları “iş birliği yapmayan” olarak tanımlayıp, fiziksel ve sözlü tacizi iş birliği yapmamanın “cezası” olarak görmeleri ve bebek için “iyi sonuçlar” sağlamak amacıyla bu eylemleri normalleştirmeleri (73–75),
- Sağlık profesyonelleri tarafından “şaka” olarak kabul edilen davranışların, kadınlar tarafından normalleştirilerek günlük yaşamın bir parçası olarak kabul edilmesi (19, 75),
- Sağlık profesyonellerinin aşırı iş yükü, personel yetersizliği, fiziksel ve zihinsel tükenme, bakım sağlama koşullarının istikrarsızlığı ve sağlık hizmetleri eksikliği gibi faktörlerle şiddeti “haklı çıkarması” (19, 75),
- Fiziksel alan eksikliği, tıbbi araç-gereçlerin yetersizliği ve hasta yoğunluğu gibi sistemsel eksiklikler (19, 75),
- Kadınların cinsel ve üreme haklarına dair bilgi eksikliği (75),
- Kadınların, sağlık bakım ortamlarında saygısızlığı ve şiddeti 'normal' olarak kabul etmeleri ve saygılı tedavi ve bakım alma haklarından büyük ölçüde habersiz olmaları (43).

Obstetrik şiddete maruz kalma risk faktörleri ise şu şekildedir:

- Multipar olma (19),
- Kamu sağlık kurumlarında doğum yapma (47),
- Özel hastanede doğum yapma (19),
- Yaşın genç olması (19–21, 43, 67, 76),
- Müdahaleli doğum yapma (47),
- Doğum sırasında komplikasyon yaşama (21, 47, 67, 76),

- Düşük eğitim düzeyi (20, 21, 67),
- İlçe hastanelerinde doğum yapma (21),
- Bekar olma (76),
- Doğumun ebe veya doktor yerine hemşire tarafından gerçekleştirilmesi (76),
- Yaşanılan yer (72),
- Kurumda kalış süresi (>48 saat) (67),
- Kötü ekonomik durum (43).

Bu faktörlerin yanı sıra Abuya ve arkadaşları (2018), gece doğum yapan kadınların gündüz doğum yapanlara göre vajinal/fizik muayene ve yaşamsal bulgulara daha az maruz kaldığını, çünkü sağlık çalışanlarının gece kadınlarla minimum düzeyde iletişim kurduğunu belirtmektedir (19). Mihret (2019), kentte yaşayan kadınların kırsalda yaşayan kadınlara göre daha fazla şiddete maruz kaldığını, bunun da kırsalda yaşayan kadınların hakları konusunda bilinçsizliğinden kaynaklandığını ifade etmektedir (15). Molla ve arkadaşları (2022), gebelik ziyaretleri sırasında antenatal bakıma sahip olmanın doğum ve doğum sırasında obstetrik şiddeti bildirme olasılığını artırdığını, çünkü antenatal bakım takibi yapan annelerin şiddet türlerini izleme şansına sahip olduğunu belirtmektedir (67).

2.1.4. Obstetrik Şiddetin Maternal-Fetal Sonuçları

Kadınların bakım deneyimleri ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi, önlenabilir anne ölümlerini ve hastalıklarını azaltmak ve DSÖ'nün sağlıkla ilgili Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmak için temel bir strateji olarak vurgulanmaktadır (32). Obstetrik şiddet, giderek daha fazla bakım kalitesinin düşüklüğünün bir göstergesi olarak kabul edilmekte ve daha iyi anne sağlığı sonuçları elde edilmesinde önemli bir engel olarak görülmektedir (77, 78). Bu kapsamda obstetrik şiddetin maternal -fetal sonuçlarının aşağıdaki gibi olduğu bildirilmektedir.

Maternal Sonuçlar:

- Kadınların sağlık sistemine (34) veya sağlık profesyonellerine (35) olan güveninin zayıflayabileceği,
- Doğum korkusunun artabileceği (35),
- Doğum türüne bakılmaksızın emzirme üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği (36),

- Sonraki doğumlar için sağlık kuruluşlarına başvurma konusunda güçlü bir caydırıcı olabileceği (6, 79),
- Doğum sonrası sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltma ve/veya geciktirme potansiyeline sahip olabileceği (37),
- Kadınların kendilerini görünmez ve değersiz hissettikleri (80).
- Olumsuz duygular ve kısa veya uzun vadeli fiziksel/ruhsal sorunlar yaşadıkları (10).
- Düşük kaliteli bakım ve düşük anne memnuniyetine neden olabileceği (6),
- Doğum sonrası depresyon (38–40) ve doğum sonrası travma sonrası stres bozukluğu (41) yaşama riskini artırabileceği bildirilmektedir.

Yenidoğan veya Bebek Üzerindeki Etkiler:

- Yenidoğanların doğum sonrası sağlık hizmetlerini kullanımını azaltma ve/veya geciktirme potansiyeli (37)
- Vajinal doğum yapan kadınlarda doğum sonrası 43-180. günlerde emzirmeyi olumsuz etkilemeye devam edebileceği (36),
- Beşinci dakikadaki düşük Apgar skoru (<7) (42),
- Bebeklerin torba ve maske ile resüsite edilme olasılığında artış olabileceği (42) bildirilmektedir.

Bu bağlamda, obstetrik şiddeti görünür kılmak, hastaların duygusal ve fiziksel güvenliğini ve genel bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik ilk adımdır. Ayrıca, hastalar ve sağlık sağlayıcıları arasındaki diyalogun karşılıklı saygı, güven ve anlayışa dayalı olması gerektiği sonucuna varılmaktadır. Bu nedenle, obstetrik şiddet bireysel, sağlık sistemi ve sosyo-kültürel düzeylerde ifade edilen yapısal bir sorun olarak ele alınmalıdır (43).

2.1.5. Obstetrik Şiddetin Önlenmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Hemşireler, obstetrik şiddet farkındalığını artırmak, meydana geldiğinde obstetrik şiddeti tanımlayabilmek ve devam etmesine izin vermeyen bireysel ve birim temelli yanıtları teşvik etmek için benzersiz bir konuma sahiptir (28). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (19 Nisan 2011 Tarihli Resmi Gazete, Sayı: 27910) ile birlikte Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresi'nin Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

- a. Çiftlere, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlığını yapar.
- b. Kadının gebelik dönemine özgü bakım ve izlemelerini yapar.
- c. Gebelikte gelişebilen riskli durumları erken dönemde fark eder ve önerilen tedavileri uygular ve gerektiğinde sevk eder.
- ç. Doğumun uygun koşullarda yapılması için hastayı yönlendirir.
- d. Doğum eylemiyle ilgili normalden sapmaları izler ve bildirir.
- e. Yenidoğan bebeğin bakımını ve muayenesini yapar.
- f. Erken ve geç lohusalık döneminde anne ve yenidoğan bakımını yapar.
- g. Ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapar. (aile planlaması danışmanlığı, emzirme danışmanlığı, sağlıklı cinsel yaşam, genetik hastalık riski taşıyan ailelere danışmanlık, periyodik jinekolojik ve meme kontrolü, pap smear vb. testler için yol gösterir ve yardımcı olur”

şeklinde görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmaktadır. Hemşirelerin bakım ve hasta hakları ilkelerini tüm gebe ve doğum yapan kadınların korunmasına yönelik olarak uygulama fırsatı ve görevi de bulunmaktadır (28). Obstetrik şiddetin görünürlüğünü artırmak, hastaların duygusal ve fiziksel güvenliğini iyileştirmenin yanı sıra, genel bakım kalitesini yükseltmeye ve hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki diyalogun karşılıklı saygı, güven ve anlayış temelinde şekillenmesini sağlamaya yönelik düzeltici adımların başlangıcıdır (43). Bu kapsamda obstetrik şiddetin önlenmesinde kilit bir rolü olan hemşirenin rol ve sorumlulukları aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Kadının/hastanın anlayabileceği şekilde açıklama yapılmalıdır (81).
- Gebelik süresince kadınlara gerekli ve ihtiyacı olan bilgileri vermeli, endişelerini gidermeli, haklarını netleştirmelidir (27),
- Kadını doğum ve üreme ile ilgili hakları hakkında bilgilendirilmelidir (81).
- Kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda uygulamalarını yapmalı ve gerekçe olmaksızın invaziv, ağrılı ve riskli prosedürlerden kaçınmalıdır (81, 82).
- Empati kurma, aktif dinleme ve terapötik iletişim sürdürülmelidir (51, 83)
- Kadının seçtiği kişinin refakat etmesine olanak sağlamalıdır (81, 82).
- Nitelikli ve bireyselleştirilmiş bakım vererek, kadınların güvende hissetmesini sağlamalıdır (27),
- Hemşireler hastalarının savunucularıdır ve bakımlarını seçme ve seçimlerinden haberdar olma haklarını korumalıdır (83).

- Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlendirilmesi Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasında yer aldığından, hemşireler siyasi konularda kendilerini geliştirerek kadınların ve içinde yaşadıkları toplulukların güçlenmesini teşvik etmelidirler (84)
- Obstetrik şiddeti önleyici yasaların oluşturulmasında etkin rol alabilirler (51).
- Ekibiyle birlikte obstetrik şiddeti önlemek için bir strateji oluşturmasının yanı sıra, doğum öncesi dönemde kadınların rolüne ve özerkliğine her zaman saygı duymak ve ekip için empati, insancılaştırma ve etik gibi önemli konuları gündeme getirmelidir (27).

Ayrıca, lisans hemşirelik eğitim müfredatının kadına yönelik şiddet ve obstetrik şiddeti kapsayacak şekilde düzenlenmesi, perinatal bakımın odağında olan kadınların bu konuda bilgilendirilmesi (51) ve öğrencilerin savunuculuk yetkinliklerini kavramalarını destekleyen eleştirel rollerinin güçlendirilmesi önemlidir (84).

2.2. Sistematik Derleme ve Meta-Analiz

Sağlık bilimlerindeki yayınlarda 1970'lerde ve 1980'lerde yer almaya başlayan sistematik incelemeler (85), belirli bir araştırma sorusunu yanıtlamak için önceden belirlenmiş uygunluk kriterleri kapsamında tüm ampirik kanıtları bir araya getirmeyi amaçlayan araştırmalar olarak tanımlanmaktadır (86). Meta-analiz ise sistematik bir incelemeden elde edilen çeşitli çalışmaların sonuçlarını tartışarak, karşılaştırarak ve tablollaştırarak veya bağımsız çalışmalardan elde edilen sonuçları istatistiksel olarak analiz ederek niteliksel ve niceliksel olarak sonuçlandırmaktır (87). Meta-analiz sürecinde, araştırmacılara rehberlik edebilecek en güncel kılavuz Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions olmakla birlikte sürece ilişkin diğer kaynaklarında yönergeleri kapsamında bazı adımları bulunmaktadır (86, 88–90).

Adım 1. Araştırma Sorusunun Belirlenmesi: Diğer çalışma tasarımlarında olduğu gibi meta-analiz yürütmenin ilk adımı araştırma sorusunun belirlenmesidir (89). Araştırma sorusu uygulanabilir, ilginç, yeni, etik ve konuyla ilgili olmalıdır (90). Açık, mantıklı ve iyi tanımlanmış bir araştırma sorusu sistematik incelemeyi şekillendirmektedir (88, 90). Araştırma sorusunun formülize edilmesinde kullanılan araçlar arasında kanıta dayalı klinik uygulamada kullanılan PICO(S) (91), nitel araştırma soruları için SPICE (92) ve karma yöntem araştırmasında SPIDER (93) bulunmaktadır. PICO(S) kısaltmasında “katılımcıları P (Population), müdahaleleri I (Interventions), karşılaştırma gruplarını C (Comparators),

sonuçları O (Outcomes) ve araştırma desenlerini S (Study designs)” (94); SPICE kısaltmasında “denetimi S (Supervision), ortakları P (Partners), teşvikleri I (Incentives), seçimi C (Choice) ve eğitimi E (Education)” (95), SPIDER kısaltmasında ise “örnekleme S (sample), ilgi çekici fenomeni P (Phenomenon of Interest), tasarımı D (Design), değerlendirmeyi E (Evaluation), araştırma türünü R (Research type)” olarak tanımlanmaktadır (90).

Adım 2. Literatür Taraması: Sistematiik derlemeye benzer şekilde bir meta-analizinde arama süreci sistematiik, tekrarlanabilir ve şeffaf olmalı ve ilgili tüm çalışmaları içeren bir örneklemele sonuçlanmalıdır (89, 96). Temel arama stratejisi, araştırma sorusu formülasyonuna (yani PICO veya PICOS) dayalı oluşturulur (90) ve elektronik veritabanları kullanılarak, ilgili çalışmaların referans listelerinin okunmasıyla, dergilerin ve konferans bildirileri elle aranarak ya da yazarlarla iletişime geçilerek gerçekleştirilebilir (87). Ancak tek bir veri tabanının kapsamı veya dergi kapsamından kaynaklanan taraflı sonuçları önlemek için araştırmacıların en az iki farklı veri tabanının (89) veya çeşitli veritabanlarının kullanılması önerilmektedir (87). Bir meta-analizdeki aramalar, hem yayınlanmış literatürü indeksleyen çevrimiçi veritabanlarını hem de Google Akademik ve Web of Science gibi kaynakları içerir. Meta-analiz ayrıca geriye dönük referans tarama, ileriye dönük alıntı arama ve alanda öne çıkan veya yazarlarla iletişim kurma gibi stratejileri de içerir. Yapılan tarama, ilgili tüm çalışmaları kapsamı için doğru terimleri, dizileri, veritabanlarını, sınırlayıcıları ve araçları kullanması anlamında sistematiik olmalıdır (97).

Literatür taramasında en yaygın ve önemli arama stratejisi elektronik veritabanlarında anahtar kelime aramasıdır (98). Veri tabanlarında anahtar kelime aramalarının iki önemli sonucu vardır: (a) seçilen anahtar kelimeler ve (b) veri tabanı seçimi. Her veritabanının kendi arama stratejisi yazma yöntemi vardır (88). Seçilen anahtar kelimeler ile veri tabanı seçimi birbiri ile bağlantılı olmakla birlikte en iyi uygulama sonucu için araştırmacıların kütüphanecilere danışarak akran değerlendirmesini kullanması önerilmektedir. Arama stratejilerini değerlendirmeye yönelik bir kılavuz olan Elektronik Arama Stratejilerinin Akran Değerlendirmesi (PRESS) gibi diğer yöntemler anahtar kelimelerin seçilmesinde ve anahtar kelime dizilerinin tasarlanmasında yararlı araçlar olarak ortaya çıkmıştır (99). PRESS Rehberi, sistematiik bir derleme yapılabilmesi için seçilen anahtar kelimelerin yakınlık bağlaçları (örneğin NEAR, NEXT) veya literatürdeki

adıyl Boolean bağlağları (AND/VE, OR/VEYA, NOT/DEğİL) kullanılarak uygun bir şekilde birleştirilmesi ve hariç tutulması amacıyla geliştirildi. Bu strateji, tarama için belirlenen her bir veri tabanının özel tarama kurallarına göre uyarlanarak, sistematik derlemenin amacına uygun doğruluk ve seçiciliğinin sağlanmasına yardımcı olmaktadır (99, 100). Ayrıca, akran değerlendirmesi, 16 maddeden oluşan PRISMA-S (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis-Search) rehberinde bir standart olarak yer almaktadır (101).

Anahtar kelimeler ve veritabanları belirlendikten sonra araştırmacılar hangi çalışmaları meta-analize dahil edeceklerine karar vermelidir. Çalışmaların uygunluk kriterleri PICO veya PECO yaklaşımına yani araştırma sorusuna cevap veren bilgileri içeren makaleleri kapsamalıdır (88, 90). Veritabanlarına göre tarama gerçekleştirildikten sonra çalışmalar bir referans yönetim yazılım programına (Endnote, Mendeley gibi) aktarılır (102). Dışlama kriterleri çoğunlukla konu ile ilgisiz, kopyalanmış, tam metni mevcut olmayan veya yalnızca zet niteliğindeki makalelerdir. Araştırmacının önyargıdan uzak durması için bu istisnaların önceden belirtilmesi gerekir. Genel olarak tarama süreci, farklı veritabanlarından tekrar eden çalışmaların kaldırılmasıyla başlayarak, ardından açıkça uygun olmayan çalışmaları dışlamak için soyut tarama ve geri kalan makalelerin son tam metin taramasıyla aşamalı olarak yürütülmelidir (97). Sistematik derleme ve meta-analiz çalışmaları yürütülürken örnek seçim sürecini sistematik olarak belgeleyen grafiksel bir araç olan PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama ğeleri) akış diyagramı kullanılmalıdır (103).

Adım 3. Veri Toplama Formunun Tasarlanması: Sistematik bir incelemenin önemli bir adımı, standartlaştırılmış bir veri çıkarma formu kullanılarak birincil çalışmalardan (bireysel deneklerden değil) ilgili verilerin çıkarılmasıdır. Veriler, araştırmacının adı/isimleri, çalışmanın yılı gibi çalışmanın genel özellikleri, çalışma popülasyonunun yaşı, cinsiyeti ve etnik kökeni, maruz kalma veya müdahale veya müdahale türü, değerlendirme yöntemi, sonuçlar, kullanılan istatistiksel yöntemler gibi sonuçların elde edilmesiyle toplanır. Veri ıkarma formunun tasarlanması, araştırma sorusunun dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir ve genellikle formun sonulandırılmadan önce alanda en az beş çalışmada pilot olarak uygulanması önerilmektedir (88).

Adım 4. Protokol Yazımı ve Kaydı: Çalışma protokolü, araştırma sorusunu, birincil ve ikincil amaçları, çalışma tasarımı, dahil etme ve hariç tutma kriterlerini, elektronik

arama stratejisini ve ayrıntılı olarak açıklanan analiz planını içerir. Çalışma protokolü, incelemeyi yapanlara tarama süreci boyunca rehberlik eder (88). Erken bir aşamada yapılan protokol kaydı, araştırma sürecinde şeffaflığı sağlar ve aynı çalışmanın tekrarlanmasını önleyebilir (90). Kayıt için birkaç platform vardır; en sık kullanılanlar sağlık veya sosyal bakım alanındaki incelemeler için PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) (<http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/>) ve müdahalelerle ilgili incelemeler için Cochrane'dir (<http://www.cochrane.org/cochrane-reviews>).

Adım 5. Makalelerin Sınıflanması ve Elenmesi: Belirlenen anahtar kelimeler ile birlikte her bir veritabanına özgü arama stratejisi ile yapılan taramalar sonucunda elde edilen makalelerin ilk olarak başlık ve özet taraması yapılır. Her bir referansın başlıkları ve/veya özetleri, en az iki araştırmacı tarafından uygunluk açısından taranmalıdır. İki bağımsız araştırmacı tarafından incelenen referanslar toplanır ve karşılaştırma yapılır (88). Eğer iki araştırmacının ortak fikirde olmadığı referanslar var ise üçüncü bir araştırmacıya danışılır (90). Her iki araştırmacının da incelemeye dahil etmeyi seçtiği örtüşen referanslar tam metin incelemesine dahil edilir. Daha sonra başlıklara ve özetlere göre seçilen kaynakların tam metinlerine ulaşılır. Tam metinler genellikle referans yönetim yazılım programlarındaki “tam metni bul seçeneği” kullanılarak, yerel kütüphanelerde veya Google Akademik ve ResearchGate gibi çevrimiçi arama motorlarında arama yapılarak veya yazarlarla doğrudan iletişime geçilerek bulunabilir. Bir referansın tam metni araştırmacıların erişimine doğrudan açık değilse, referans göz ardı edilmemelidir; bunun yerine üniversite kütüphanesi, kütüphaneler arası ödünç verme yoluyla makalenin bir kopyasının alınmasına yardımcı olabilir. Tüm tam metinler alındıktan sonra, iki bağımsız araştırmacı, sistematik incelemeye dahil edilecekleri seçmek için seçim kriterlerini kullanarak makaleleri tarar. Anlaşmazlıkları çözmek için üçüncü bir bağımsız araştırmacı bulunmalıdır. Devam eden veya eksik herhangi bir çalışmayı belirlemek, yayınlanmamış ancak ilgili verileri bulmak (örneğin, bir makalede belirli bir sonuç için sonuçlar verilmiş ancak başka bir sonuç için verilmemiş olabilir) veya özet sonuçların yeniden hesaplanmasına yardımcı olmak için alanında uzman yazarlarla iletişime geçilmelidir. Ayrıca tam metin incelemeye dahil edilen referanslar, kendilerinde atıfta bulunulan ilgili çalışmalar (ileriye doğru arama) veya makalelere atıfta bulunan çalışmaların taranması (geriye doğru arama) açısından gözden geçirilmelidir. Bu sistematik incelemeyle ilgili daha önceki sistematik incelemelerin referans listeleri de araştırılmalıdır. En son aşamada bir

akış şeması kullanılarak veritabanı aramaları, uzmanlar ve referans listeleri aracılığıyla belirlenen ilgili alıntılarının sayısı hakkındaki bilgiler; başlık ve özet aramasına göre hariç tutulan çalışmaların sayısı; taranan tam metinlerin sayısı; tam metin değerlendirmesinden sonra hariç tutulan çalışmaların sayısı ve her bir nedene göre hariç tutulan çalışmaların sayısı belirtilerek hariç tutulma nedenleri; ve sistematik incelemeye dahil edilen çalışmaların sayısı verilmelidir (88).

Adım 6. Veri Çıkarma ve Kalite Değerlendirmesinin Yapılması: Başlangıçta hazırlanmış olan veri toplama formunu kullanarak dahil edilen çalışmalarda bulunan veriler çıkarılmalı ve kodlanmalıdır (88). En az iki bağımsız araştırmacı, formdaki öğeleri kullanarak her makaleden ayrıntılı verileri çıkarmalıdır (88, 90). Verileri çıkarırken, net kısaltmalar yapılmalı, tüm veriler aynı birimleri kullanarak dikkatli bir şekilde dönüştürülmeli, tutarlı tanımlar sağlanmalı ve içerik kısa tutulmalıdır (88).

Kanıtlar ve sonuçlar, dahil edilen çalışmaların kalitesi ışığında yorumlanmalıdır. Araştırmanın kalitesi, bir çalışmanın nasıl yürütüldüğünü (metodolojik kalitesi) ve nasıl tanımlandığını (raporlama kalitesi ve tekrarlanabilirlik) kapsar. İncelemeye dahil edilen birincil çalışmaların metodolojik ve raporlama kalitesinin düşük olması, önyargı ve yanlış sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle, çalışma kalitesinin iki bağımsız araştırmacı tarafından geçerli bir şekilde değerlendirilmesi, doğruluğu ve genellenebilirliği garanti etmek için gereklidir (88). Bu kapsamda önyargı riskinin en aza indirilmesi için çalışmaların kalitesinin değerlendirilmesinde çalışmanın tasarımına bağlı olarak çeşitli kalite değerlendirme araçları mevcuttur: Randomize kontrollü çalışmalar için ROB-2 Cochrane aracı (104), gözlemsel ve kesitsel çalışmalar için Joanna Briggs Enstitüsü aracı (105), randomize olmayan çalışmalar için ROBINS-I aracı (106) kullanılabilmektedir. Yanlılık riskini azaltmak için analize dahil edilmeden önce 2-3 araştırmacının çalışmaların kalitesini bağımsız olarak değerlendirmesi ve veri çıkarma formuna eklemesi önerilmektedir (90).

Adım 7. İstatistiksel Analiz: Meta-analiz, her çalışmadan nicel verilerin çıkarılması, eksik verilerin hesaba katılması, çalışmanın etkilerinin sentezlenmesi, bu etkiler arasındaki heterojenliğin değerlendirilmesi ve analiz edilmesi, heterojenliğin açıklanması ve sonuçların yorumlanması sürecini içermektedir (97). Bu kapsamda kodlanan veriler uygun istatistiksel programlara (Comprehensive Meta Analysis gibi) aktararak çalışmanın etki büyüklüğü ve heterojenitesi hesaplanır (102). Sıklıkla kullanılan etki büyüklüğü, Cohen'in

d değeri olup, bu değer ortalamalar arasındaki farkın standartlaştırılmasıyla hesaplanmaktadır (107). Etki büyüklüğünün hesaplanması için kullanılan iki model bulunmaktadır: (a) Sabit etkiler modeli ve (b) Rastgele etkiler modeli. Sabit etki modelleri, tüm gözlemlerin ortak bir ortalama etki boyutunu paylaştığını varsayar; bu, farklılıkların yalnızca örnekleme hatasından kaynaklandığı anlamına gelirken, rastgele etki modelleri heterojenliği varsayar ve çalışmalar arasında gerçek etki boyutlarının değişmesine izin verir (89, 97). Hangi modelin kullanılacağına ilişkin karar heterojenlik testi sonucuna göre verilmektedir. Heterojenlik test sonucu homojen ise sabit etkiler modeli, heterojen ise rastgele etkiler modeli kullanılmaktadır (102). En yaygın kullanılan heterojenlik testi Cochrane's Q testidir (108).

Yayın yanlılığı, yayınlanmış literatürün tamamlanan tüm çalışmaları sistematik olarak temsil etmediği durumlarda ortaya çıkar (88). Yayın yanlılığı genellikle asimetrisinin görsel olarak değerlendirilebildiği bir Huni Grafiği (funnel plot) aracılığıyla ve Egger testi kullanılarak değerlendirilir (88, 108). Yanlılığın olmaması durumunda grafik simetrik bir huni görünümü, yanlılığın olması durumunda ise huni grafiğinde asimetrik bir görünüm elde edilir (102). Huninin asimetrik olması literatürde eksik çalışmaların olduğu anlamına gelebilir. Ancak huni grafiği asimetrisinin tek nedeni yayın yanlılığı değildir; diğer yanlılık nedenleri arasında heterojenlik, seçici sonuç raporlaması gibi sebeplerde yer almaktadır (88).

Adım 8. Kanıtın Kalitesinin Değerlendirilmesi: Sistematik bir inceleme ve meta-analizde elde edilen sonuçların gücü, öncelikle incelemenin kanıtlarının kalitesine bağlıdır. Araştırmacılar, sistematik incelemeye dahil edilen kanıtların kalitesini puanlamak için Önerilerin Derecelendirilmesi Değerlendirme, Geliştirme ve Değerlendirme (GRADE) yaklaşımını uygulayabilirler (88, 109). GRADE yaklaşımı, kanıt kalitesine ilişkin değerlendirmeyi, etkinin büyüklüğüne ve önyargı riskinin dikkate alınmasına, çalışma tasarımına ve bulguların tutarlılığı ve doğruluğuna dayanır. GRADE kanıtları yüksek, orta, düşük veya çok düşük olarak derecelendirir (88).

Adım 9. Çalışmanın Raporlanması: Bir meta-analiz gerçekleştirmenin son adımı sonuçlarının raporlanmasıdır. Raporlamanın tüm adımları ve metodoloji okuyucular için anlaşılır olmalıdır (89). Raporlamanın sunumunda şeffaflığı, tekrarlanabilirliği ve karşılaştırılabilirliği kolaylaştıran sistematik bir incelemenin ve meta-analizin nasıl raporlanacağına ilişkin kılavuzlar mevcuttur (88). En yaygın kullanılan kılavuz "Preferred

Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses (PRISMA) 2020”dir (103). Ayrıca epidemiyoloji alanında gerçekleştirilen gözlemsel çalışmaların meta-analizlerinin raporlanmasında kullanılan MOOSE (Meta-analyses of Observational Studies) ilkeleri de büyük bir önem taşımaktadır (107, 110).

2.2.1. Meta-Analiz Avantajları, Dezavantajları ve Sınırlılıkları

Farklı çalışmaları birleştiren, sentezleyen ve sonuçlarını tek bir sonuca entegre eden istatistiksel bir yöntem olan meta-analiz kanıt piramidinin en üst basamağında yer almaktadır (107, 111). Bu doğrultuda, meta-analiz yönteminin avantajları ve dezavantajları aşağıdaki gibi belirtilebilir.

Meta-analiz yönteminin avantajları;

- Müdahalelerin, birçok hasta üzerindeki etkilerini mevcut çalışmalardan derleyebilir (112).
- Müdahalenin etkisinin pratik ve istatistiksel açıdan yeterince büyük olup olmadığını belirleyebilir (112).
- Kanıtların daha objektif değerlendirilmesine izin verebilir ve böylece anlaşmazlıkları azaltabilir (112).
- Yanlış negatif sonuçları azaltarak, etkili tedavilerin klinik uygulamaya daha hızlı girmesini sağlayabilir (112).
- Hasta alt gruplarında tedavi etkilerine ilişkin ön hipotezlerin test edilmesine izin verebilir (112).
- Çalışma sonuçları arasındaki heterojenliği netleştirebilir (112).
- Gelecekteki araştırmalar için umut verici soru önerileri sunabilir (112).
- Gelecekteki çalışmalarda ihtiyaç duyulan örneklem büyüklüğünün doğru hesaplanmasına yardımcı olabilir (112).
- Literatür taramalarının kesinliğini artırabilir (112).
- Birincil çalışma özelliklerinin tutarlı bir şekilde kodlanması ve birden fazla hakem kullanılması sayesinde, bireysel çalışmaların “kalitesine” yönelik önyargılar azaltılabilir (112).
- Çeşitli istatistiksel formüller aracılığıyla etki büyüklüğü tahminlerinin güven aralığı hesaplamasını sağlayabilir (112).

- Farklı varsayımlar veya alternatif istatistiksel modeller kullanarak, literatür taramasının bölümlerinin “kalitesine” ilişkin olası sonuçları açıklığa kavuşturabilir ve yorumlayabilir (112).
- Bireysel çalışmaların sonuçları farklı olsa bile ortak etki büyüklüğünü tahmin etmek için bireysel çalışmaların nicel özet istatistiklerini birleştirebilir (113).
- Yapılan çalışmalar doğrultusunda birleştirici bir sonucun ortaya çıkmasına yardımcı olabilir (114).
- Artan örneklem büyüklüğü nedeniyle daha fazla istatistiksel güç sağlayarak kesin ve güvenilir sonuçlara ve önemli bilgi kazanımlarına yol açar (113, 114).

Meta-analiz yönteminin dezavantaj ve sınırlılıkları;

- Dahil edilen çalışmaların araştırma tasarımı ve diğer özellikleri eğer kötü yürütülmüşse ya da düşük kaliteye sahip ise meta-analizin güvenilirliği etkilenebilir (çöp koyarsan çöp çıkar kavramı) (111, 114).
- Olumlu etkileri bildiren çalışmalar, bildirmeyenlere göre daha sık yayınlanma eğilimindedir ve anlamlı sonuç bildirmeyen çalışmalar genellikle yayınlanmadan kalır. Meta-analiz yalnızca yayınlanmış çalışmaları kapsadığı için, bir etkinin gerçek büyüklüğünü olduğundan daha fazla tahmin edebilir (yayın yanlılığı) (111, 112, 114).
- Yeterli veri tabanının taranmaması, anahtar kelime seçimi, hariç tutma kriterleri, yayınlanmamış önemli sonuçlar olabilmesi nedeniyle meta-analize dahil edilmeyen çalışmalar nedeniyle “geri alma önyargısı” olabilir (114).
- İngilizce dışındaki dillerde yayınlanan ilgili çalışma bulgularının tespit edilememesi nedeniyle meta-analiz sonuçlarının potansiyel olarak çarpıtılması anlamına gelir (114).
- Bir meta-analize dahil edilen çeşitli çalışmalar arasındaki heterojenlik yüksekse, araştırmacı elmaları ve portakalları karşılaştırma riskine girebilir (111, 114).
- Bazı değişkenlerin meta-analiz için karşılaştırılabilir bir ölçüsü yoktur. Bu nedenle bazen karşılaştırılabilir kavramlar sunan veya analizleri ortak unsurlarla sınırlandıran yeni değişkenler oluşturmak gerekli olabilir (111).
- Sonuçların seçiminde ve analizdeki ağırlıklandırılmasında öznelliğin üstesinden gelinemez.

- Birleştirilmiş istatistiksel olarak anlamlı etki büyüklüğü tahmini, diğer ilgili konulardaki bilgisizlik veya belirsizlik nedeniyle yine de sonuçsuz kalabilir (112).
- Bazı çalışmalardaki kısmen eksiksiz bilgiler, kodlama kesinliği ve güvenilirliğinin yanı sıra eksiksiz bilgilere sahip çalışmaların ilgili tüm çalışmaların evrenini ne ölçüde temsil edebileceğini de tehlikeye atabilir (112).
- Sentez, katılımcıların ayırt edici özellikleri, müdahalelerin koşulları ve birincil araştırmanın yürütülmesi açısından ilgili heterojenliği maskeleyebilir (112).
- Birincil çalışma boyutu etkilerinde “heterojenliği” hesaplamaya yönelik istatistikler zayıftır ve çalışmalar arasındaki gerçek farklılıkları tesadüfi etkilerden ayırt etme gücünden yoksundur; dolayısıyla, istatistiksel olarak anlamlı olmaması, bunların kombinasyonunu haklı çıkarmak için yeterli homojenlik olduğu anlamına gelmez (112).
- Tedavi faydasının mümkünse her bir çalışmadaki hastaların bazı ortalama özellikleriyle (örneğin ortalama yaş veya kadın oranı) ilişkilendirildiği meta-regresyon, yorumlama güçlükleriyle doludur ve genellikle yanıltıcıdır (112).

Meta-analizler en yüksek düzeyde kanıt ve tıbbi araştırmanın önemli bir parçası olarak görülse de, araştırmacı, bir meta-analiz yürütürken veya bir meta-analizden elde edilen bulguları yorumlarken bunların potansiyel sınırlamalarının farkında olmalıdır (114).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Protokol ve kayıt

Bu araştırmanın yürütülmesi ve raporunun hazırlanmasında PRISMA kılavuzu kullanıldı (103). Bu sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasının protokol kaydı “Uluslararası Prospektif Sistematik İnceleme Kaydı” (PROSPERO) veri tabanında bulunmaktadır (Tarih: 11/12/2022 ve Kayıt numarası: CRD42022380330) (EK 1).

3.2. Araştırma Modeli ve Amacı

Obstetrik şiddetin yaygınlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yürütülen bu araştırmanın modelini sistematik bir sentezleme yöntemi olan meta-analiz yöntemi oluşturdu.

3.3. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Obstetrik şiddetin yaygınlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi ile ilgili araştırmalar için “PECO(S)” yöntemi kriterlerine göre dahil edilme ve dışlanma kriterleri belirlendi (115). Bu kapsamda araştırmaya dahil edilme ve dışlama kriterleri Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Araştırmaya dâhil etme ve dışlama kriterleri

PECO(S) Formatı	Dahil etme kriterleri	Dışlama kriterleri
P(Population/Katılımcılar)	18 yaş ve üzerinde gebe olan ve/veya doğum sürecinde olan ve/veya doğum yapan kadınlar	18 yaş altı ve gebe olmayan/doğum yapmayan kadınlar
E(Exposure/Maruziyet)	Obstetrik şiddet, istismar, saygısızlık veya kötü muamele tanımlamalarının yapıldığı çalışmalar	İlgili anahtar kelimelerin bulunmadığı çalışmalar
C(Comparators/Karşılaştırma)	---	----
O(Outcomes/Sonuçlar)	Maruziyet ile ilgili anahtar kelimelerle ilgili toplam yaygınlık veya ilişkili faktör değişken sonuçlarının olması	Maruziyet ile ilgili anahtar kelimelerle ilgili toplam yaygınlık veya ilişkili faktör değişken sonuçlarının olmaması
S(Study designs/Çalışma deseni)	Tanımlayıcı araştırmalar, Kesitsel Araştırmalar, Kohort araştırmalar	Vaka kontrol çalışmaları, yarı deneysel araştırmalar, kontrollü klinik araştırmalar, randomize kontrollü araştırmalar, ön test ve son test kontrollü araştırmalar, aralıklı zaman seri araştırmaları, çalışma protokolleri, nitel çalışmalar ve pilot çalışmalar.

Tablo 1. (Devam)

T(Time/Zaman)	1 Ocak 2007- 31 Aralık 2023 yılları arasında yayınlanmış olması	2006 yılı ve öncesi, 2024 yılı ve sonrası yayınlanan çalışmalar
Yayın şekli	Tam metnine ulaşılabilen makaleler	Araştırma protokolü, pilot çalışmalar, kongre bildirileri, tam metnine ulaşılabilen makaleler, Yayınlanmış veya yayınlanmamış lisansüstü tez çalışmaları
Yayın dili	İngilizce	İngilizce dışında farklı bir dilde yayınlanan araştırmalar

3.4. Tarama Stratejisi

Literatür taraması üç adımda gerçekleştirildi. İlk adımda araştırma soruları temel alınarak hazırlanan anahtar kelimeler için MeSH (Medical Subjects Headings) ve CINAHL Subject Headings içeriğinden yararlanıldı. Araştırmacıların belirlediği anahtar kelimeler Elektronik Tarama Stratejileri Akran Değerlendirmesi (PRESS) rehberi kontrol listesi kullanılarak “akran değerlendirme” sürecine tabi tutuldu (Ek 2). Tarama stratejisinin gözden geçirilmesinde iki Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği uzmanı, bir Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği uzmanı, bir Hemşirelikte Yönetim uzmanı, bir Hemşirelik Esasları uzmanı, bir uzman kütüphaneci ve bir EBSCO Türkiye Temsilcisi olmak üzere toplam yedi uzman görüşü alındı. Görüş bildiren uzmanlar için kapsam geçerlilik indeksine (KGİ:0,83) bakıldı. Uzmanlardan gelen geri bildirimler sonucunda tarama stratejisi uygulamaya hazır hale getirildi. Uzmanların isimleri, alanları ve kurumları ekte belirtildi (Ek 3). Uzman görüşleri doğrultusunda anahtar kelimeler Tablo 2’de gösterilmektedir.

İkinci adımda elektronik veri tabanı taraması, Web of Science [WoS] Core Collection, Scopus, CINAHL Ultimate, MEDLINE Ultimate ve OVID olmak üzere beş bibliyografik veri tabanında 27 Nisan 2024-7 Ağustos 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Bu adımda kütüphane bilgi ve belge yönetimi uzmanından danışmanlık alındı (B.K.). Her veri tabanına özgü algoritmalar ve tarama sonuçları ekte verildi (Ek 4). Veri tabanı taramaları PECO formatında yapılandırıldı ve taramanın kapsamını genişletmek amacıyla, araştırma desenini belirten anahtar kelimeler kullanılmadan tüm alanlarda tarama yapıldı. Ayrıca “yakın partner şiddeti”, “aile içi şiddet” ve “eş şiddeti”

gibi anahtar kelimelerde şiddet başlığı altında çıkan araştırma sonuçlarını dışlamak amacıyla “NOT” bağlacı ile arama stratejisine eklendi.

Üçüncü adımda araştırma için yapılan elektronik tarama ile birlikte tam metin taramasında araştırmaya dahil edilen çalışmaların alıntı referans taraması (Backward citation searching) ve atıf referans taraması (Forward citation searching) WOS ve SCOPUS veri tabanları aracılığıyla gerçekleştirildi (88). Alıntı ve atıf referans taraması 6-10 Ekim 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Tablo 2. Çalışmada kullanılan anahtar kelimeler

PECO	MeSH/CINAHL tarama terimleri	Tarama terimlerinin veri tabanlarında kullanılan formları
Population	women mothers	wom*n mother* maternal
	pregnancy delivery, obstetric term birth parturition peripartum period postpartum period	pregnan* deliver*, obstetric “term birth*” labor labour childbirth* puerperium “postnatal period” postpartum parturition* “perinatal period” “peripartum period*” postnatal birth* peripartum*
	violence	violen* disrespect* abus* mistreatment maltreatment “obstetric* violence”
Outcomes	prevalence incidence	prevalence* incidence* frequenc*
	risk factors	“risk factor*” “associated factors” “factors associated”
NOT	intimate partner violence domestic violence spouse abuse	“intimate partner violence” “intimate partner abus*” “dating violen*” “domestic violen*” “family violen*” “spouse abus*” “partner abus*”

3.5. Araştırmacıların Hazırlığı

Çalışmaların seçimini, kalite ve yanlılık değerlendirmelerini yapan araştırmacılar (E.K. ve A.D.Y.), sistematik derleme ve meta-analiz kurslarına katılmışlardır (Ek 5).

3.6. Çalışmaların Seçilme Süreci

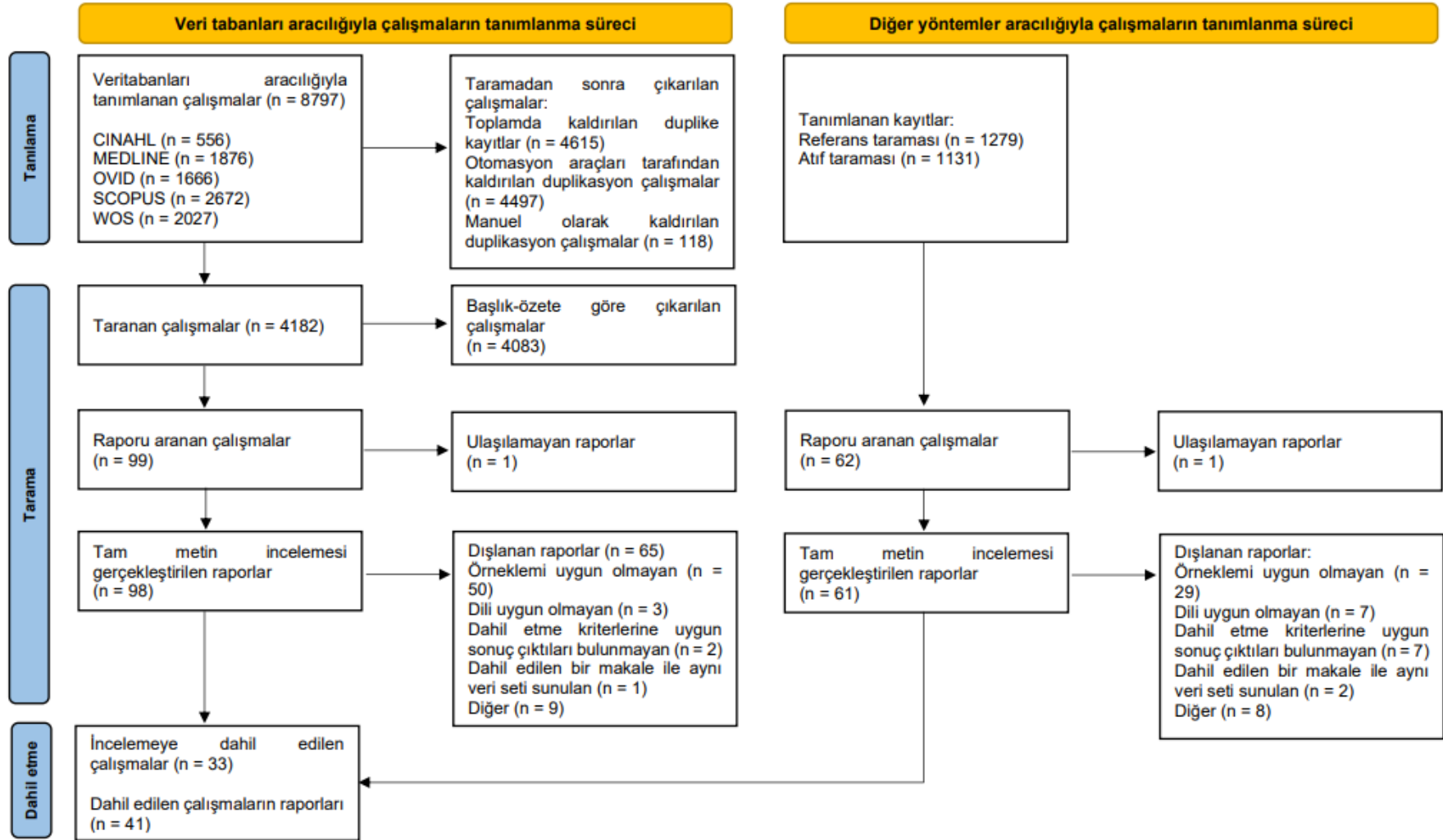
Tarama stratejisi kullanılarak veri tabanlarından elde edilen çalışmalar tez öğrencisi (E.K.) tarafından ENDNOTE 21 programına aktararak duplikasyonlar elendi. Bu aşamadan sonra, kalan tekrarlı kayıtların elenmesi tez öğrencisi (E.K.) tarafından el ile gerçekleştirilerek, dosya, başlık ve özet incelemesi için hazır hale getirildi. Elde edilen çalışmaların “başlık ve özet taraması” dahil etme/dışlama kriterleri doğrultusunda tez öğrencisi (E.K.) ve gönüllü araştırmacı (A.D.Y.) tarafından bağımsız olarak değerlendirildi. Araştırma dışı bırakılan çalışmalar dışlama nedenlerine göre kodlandı. Başlık-özet incelemesine göre 4 083 makale dahil edilmedi. Bu aşamada ortaya çıkan herhangi bir anlaşmazlık veya belirsizlik durumunda, ilgili kayıtlar ileri tartışma için tam metin incelenmek üzere ayrıldı. Özetleri uygun olan çalışmaların tam metinlerine ulaşıldı. Tam metnine ulaşamayan iki makale için sorumlu yazardan elektronik posta yoluyla tam metin istendi ve bir yazardan geri dönüş alındı. Tam metnine ulaşamayan çalışma dışlandı (n=1).

Tam metin incelemesi için ayrılan çalışma raporları aynı araştırmacılar (tez öğrencisi E.K. ve gönüllü araştırmacı A.D.Y.) tarafından dahil etme ve dışlama kriterleri doğrultusunda bağımsız olarak uygunlukları değerlendirildi. Kadınların dahil edilme kriterlerinde yaş kriterini tanımlamayan 25 çalışma için sorumlu yazarlardan e-posta aracılığıyla bilgi istendi ve 16 yazardan geri dönüş alındı, dokuz yazardan dönüş alınamadı ve dönüş alınamayan makaleler dışlandı (diğer=9). Uygunluk kriterlerini karşılayan çalışmalar dahil edilmek üzere belirlendi, uygun olmayan çalışmaların nedenleri açıklanarak kaydedildi. Toplam 65 makale, örnekleme uygun olmayan (18 yaş altı katılımcı=50), dili uygun olmayan (n=3), dahil etme kriterlerine uygun sonuç çıktıları bulunmayan (n=2), dahil edilen bir makale ile aynı veri seti sunulan (n=1) gibi gerekçelerle dahil edilmedi (Ek 6). Bu aşamada yazarlar arasındaki herhangi bir anlaşmazlık tez danışmanı (K.Y.Ç.) ile görüşülerek çözüldü.

Çalışmaların seçilme süreci tamamlandıktan sonra, dahil edilen çalışmaların WOS ve SCOPUS veri tabanları üzerinden “alıntı araması” ve “referans araması” gerçekleştirildi. Her bir çalışmaya ait “referans” ve “atıf” aramaları sonucunda elde edilen

kayıtlar, ENDNOTE 21 programına aktarıldı. Duplikasyonlar, öncelikle kendi içinde ve ardından ilk aşamadaki başlık-özet eleme dosyasıyla karşılaştırılarak tez öğrencisi (E.K.) tarafından elendi. Tekrarlayan kayıtlar kaldırıldıktan sonra, çalışmalar, ana çalışma seçim sürecinde izlenen yöntemle iki araştırmacı (tez öğrencisi E.K. ve gönüllü araştırmacı A.D.Y.) tarafından bağımsız olarak değerlendirildi.

Çalışma seçimine yönelik yapılan tüm inceleme süreçlerinde (başlık-özet taraması, tam metin incelemesi, alıntı ve referans araması), araştırmacılar arasında ortaya çıkan anlaşmazlıklar, üçüncü bir araştırmacının (tez danışmanı K.Y.Ç.) katıldığı bir toplantıda ele alınarak giderilmesi sağlandı. Çalışmaların seçim süreci PRISMA akış diyagramında gösterilmektedir (Şekil 1). Araştırma dışı bırakılan çalışmalar ise dışlama nedenlerine göre kodlandı (Ek 7).



Şekil 1. PRISMA 2020 akış şeması

3.7. Veri Çekme Süreci

Bu meta-analizde kullanılan veri çekme aracı, çalışmanın PECOS bileşenleri doğrultusunda Joanna Briggs Institute (JBI) (2022) tarafından geliştirilen ve internet sayfasında görüntülenen veri çekme aracı kapsamında yapılandırılarak oluşturuldu. Veri çekme formunun oluşturulma aşamasında meta-analiz alanında bir uzmandan (Z.K.) görüş alındı. Veri çekme formuna son hali verildikten sonra iki makale üzerinde tez öğrencisi (E.K.) ve gönüllü araştırmacı (A.D.Y.) ile ön denemesi yapıldı. Herhangi bir düzeltme ihtiyacı olmadığı belirlenerek veri çekme sürecine geçildi. Bu veri çekme aracı ile meta-analize dahil edilen çalışmaların; ilk yazar, yayınlanma yılı, çalışmanın yapıldığı ülke, çalışmanın tasarımı, çalışma ortamı, veri toplama zamanı, örneklemin özellikleri, katılımcıların yaş aralığı, örneklem sayısı, obstetrik şiddetin toplam yaygınlığı ve obstetrik şiddet ile ilişkili faktörler elde edildi (Ek 8). Veri çekme işlemi tez öğrencisi (E.K.) ve gönüllü araştırmacı (A.D.Y.) tarafından bağımsız olarak yürütüldü ve tez danışmanı ile bir oturumda kontrol edildi. Eksik veri bulunması durumunda, ek bilgi veya açıklama talep etmek amacıyla bu çalışmaların sorumlu yazarlarıyla elektronik posta yoluyla iletişime geçildi. Yanıt alınamayan durumlarda ise makaleler hariç tutuldu.

3.8. Çalışmaların Metodolojik Kalitesinin Değerlendirilmesi

Dahil edilen çalışmaların metodolojik kalitesi JBI'nin yaygınlık çalışmaları için kritik değerlendirme kontrol listesi kullanılarak değerlendirildi (Ek 9) (116). Bu çalışmada meta-analize dahil edilen kohort tasarımındaki bir çalışma da obstetrik şiddetin yaygınlığının doğum ve sonrası süreçlere ilişkin takipler şeklinde olması ve vaka-kontrol gruplarına göre tasarlanmadığı için bu araç ile değerlendirildi. JBI kritik değerlendirme kontrol listesi, dahil edilen birincil makalelerin metodolojik kalitesini değerlendirmek için kullanılan standartlaştırılmış bir değerlendirme aracıdır. Yaygınlık çalışmaları için kritik değerlendirme kontrol listesi örneklem çerçevesinin uygunluğu, katılımcıların örnekleme prosedürü, örneklem büyüklüğünün yeterliliği, çalışma konularının ve ortamının tanımlanmasındaki uygunluk, veri analizinin uygunluğu, durumun tanımlanması için kullanılan geçerli yöntemlerin kullanımı, ölçümün güvenilirliği, istatistiksel analiz için uygunluğu ve yanıt oranının yeterliliği ile ilgili soruları içermektedir. Her bir madde “evet”, “hayır”, “belirsiz” veya “uygulanamaz” olarak derecelendirilmektedir (116). Yaygınlık çalışmaları için kritik değerlendirme kontrol listesi, 0 ile 9 arasında toplam kalite puanına sahip dokuz madde içerir ve sırasıyla 0-4, 5-7 ve 8 veya 9 arasında düşük, orta ve

yüksek kalite olarak puanlandı. Kalite puanı 5 ve üzeri olan çalışmalar bu sistematik inceleme ve meta-analizde dikkate alındı (117). Meta-analize dahil edilen her bir çalışmanın metodolojik kalite değerlendirmesi tez öğrencisi (E.K.) ve gönüllü araştırmacı (A.D.Y.) tarafından bağımsız olarak yürütüldü. Dahil edilen çalışmaların eleştirel kalite değerlendirmesi sırasında, yazarlar arasındaki herhangi bir anlaşmazlık tez danışmanı (K.Y.Ç.) ile görüşülerek çözüldü.

3.9. Çalışmaların Yanlılık Riskinin Değerlendirilmesi

Dahil edilen çalışmaların yanlılık riski Hoy ve arkadaşları tarafından geliştirilen ön yargı riski aracı ile değerlendirildi (Ek 10) (118). Yanlılık riski değerlendirmesi tez öğrencisi (E.K.) ve gönüllü araştırmacı (A.D.Y.) tarafından bağımsız olarak yürütüldü. Değerlendirme aracında, çalışmaların iç ve dış geçerliliğini değerlendiren, iyi güvenilirliğe ve değerlendiriciler arası anlaşmaya sahip on madde bulunmaktadır (118). İlk dört madde (1-4. maddeler) seçim yanlılığının, yanıt vermeme yanlılığının ve dış geçerliliğin varlığını değerlendirir. Diğer altı madde (5-10. maddeler) ölçüm yanlılığının, analize bağlı yanlılığın ve iç geçerliliğin varlığını değerlendirir. On sorudan sekiz veya daha fazlasına 'evet' cevabı veren çalışmalar 'düşük yanlılık riski', on sorudan altı ile yedisine 'evet' cevabı veren çalışmalar 'orta riskli', on sorudan beş veya daha azına 'evet' cevabı veren çalışmalar 'yüksek riskli' olarak sınıflandırıldı (47). Önyargı riski değerlendirmesi sırasında ortaya çıkan herhangi bir anlaşmazlık, tez danışmanının (K.Y.Ç.) bulunduğu bir ortamda çözüldü.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Bu meta-analiz araştırması için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (05.01.2023 tarih ve E-13562490-199-327402-8 sayılı karar) (Ek 11).

3.11. Verilerin Analizi

Çalışmalardan elde edilen verileri birleştirmek için bir meta-analiz ve anlatı sentezi yapıldı. Meta-analiz, Comprehensive Meta Analysis (CMA) V4 demo (<https://www.meta-analiz.com/pages/demo.php>) programı kullanılarak gerçekleştirildi. Her çalışmada bildirilen obstetrik şiddetin sıklığı ve toplam örneklem büyüklüğü kullanılarak, bu çalışma için %95 güven aralığında birleştirilmiş obstetrik şiddetin sıklığı hesaplandı. Obstetrik şiddetin sıklığı için hesaplanabilir verileri olan çalışmaların verileri hesaplanarak toplam yaygınlık üzerinden analize dahil edildi. Çalışmalar arasındaki heterojenliği

değerlendirmek için Cochran's Q ve Higgins I^2 testleri kullanıldı (119). Cochran's Q değerine ait p değerinin $<0,05$ olması ve I^2 değerinin $>50\%$ olması heterojenliği gösterdi. Ayrıca I^2 25% in altındaysa “yok”; $25-50\%$ ise “düşük”; $51-75\%$ ise “orta” ve 75% 'in üstündeyse “yüksek” heterojenlik olarak değerlendirildi (120, 121). I^2 50% 'den fazla ise rastgele etki, daha az ise sabit etki sonuçları alındı. Çalışmalar arasındaki yayın yanlılığı incelemesinde Huni grafiği (Funnel plot) ve Egger's regression intercept testi kullanıldı (88, 108). Çalışmanın birleştirilmiş obstetrik şiddetin sıklığı üzerinde çalışmaların yapıldığı ülke, ülkelerin gelir düzeyi, çalışma ortamı, verilerin toplanma süresi, teorik/kavramsal çerçeve, veri toplama dönemi, çalışma tasarımı ve yanlılık riskinin etkilerini değerlendirmek için meta-regresyon yapıldı. Ayrıca meta-regresyon sonuçları anlamlı çıkan değişkenler (ülke, ülkelerin gelir düzeyi, çalışma ortamı, çalışma tasarımı, yanlılık riski) için alt grup analizi yapıldı. Ülkelerin gelir düzeyi sınıflaması için Dünya Bankasının analitik amaçlarla ekonomileri dört gelir grubuna ayırdığı sınıflama (düşük, alt-orta, üst-orta ve yüksek gelirli) kullanıldı (122). Çalışma ortamı kurum tabanlı, toplum tabanlı ve çevrimiçi tabanlı olmak üzere üç grupta ele alındı. Verilerin toplanma süresinin gruplandırılmasında literatür doğrultusunda yanlılık riski önerileri kullanılarak üç grupta ele alındı (Taburculuk çıkışına kadar, 12 ay içerisinde ve 13 ay ve daha fazla süre içerisinde) (123–125). Teorik/kavramsal çerçeve gruplandırılmasında çalışmalarda kullanılan terimler doğrultusunda saygısızlık & istismar & kötü muamele ve obstetrik şiddet olmak üzere iki grup kullanıldı. Veri toplama döneminin sınıflandırılmasında çalışmaların bildirdiği veriler üzerine gruplama yapıldı (gebelik, doğum, doğum süreci ve doğum sonrası erken dönem, gebelik, doğum veya doğum sonrası dönem). Çalışma tasarımı gruplaması için kesitsel, tanımlayıcı, karışık metot ve kohort olmak üzere dört grup kullanıldı. Yanlılık riski ise için on sorudan sekiz veya daha fazlasına 'evet' cevabı veren çalışmalar 'düşük yanlılık riski', on sorudan altı ile yedisine 'evet' cevabı veren çalışmalar 'orta riskli', on sorudan beş veya daha azına 'evet' cevabı veren çalışmalar 'yüksek riskli' olarak sınıflandırıldı (47). Ayrıca çalışmalarda bildirilen obstetrik şiddet ile ilişkili faktörlere ilişkin veriler anlatı sentezi yöntemi kullanılarak veriler sentez edildi. Tüm testler iki yönlü olarak hesaplandı ve $p < 0,05$ ise sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.12. Araştırmanın Sınırlıkları

Bu meta-analize dahil edilen çalışmalar yalnızca İngilizce yayın diline sahip olanlarla sınırlıdır. Yapılan meta-analizlerin çoğunda yüksek heterojenite, elde edilen kanıtların gücünü azaltabilir. Bu sınırlılığı kontrol altına almak amacıyla, heterojenitenin yüksek olduğu analizlerde Random Effect modeli kullanılarak analizler gerçekleştirildi. Ayrıca, yalnızca tam metin olarak yayımlanan makalelerin dahil edilmesi ve gri literatürün çalışma kapsamına alınmaması, çalışmanın diğer sınırlılıkları arasında bulunmaktadır. Bu çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise obstetrik şiddeti tanımlamak için literatürde birden fazla terimin kullanılmasıdır; bu durum, bulgularımızın farklı terimler ve tanımlar kullanılarak yapılan diğer araştırmalarla doğrudan karşılaştırılabilirliğini kısıtlamaktadır. Ek olarak, çalışmada yalnızca 2007 yılı ve sonrasında yayımlanan çalışmaların dahil edilmesi, obstetrik şiddetin yasal bir bağlama oturtulduğu ilk yıl olmasıyla ilişkilidir, ancak bu durum 2007 öncesi literatürü kapsam dışında bırakmaktadır.

3.13. Araştırmanın Güçlü Yönleri

Bu meta-analize dahil edilen çalışmalar, güncel kalite değerlendirme araçlarına sahip olup orta ve yüksek kalite değerlendirme puanına ulaştı; bu durum, çalışmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır. Ayrıca, birleştirilen büyük toplam örneklem büyüklüğü, çalışmanın sonuçlarını güçlendirirken obstetrik şiddetin yaygınlığının gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemi kapsamı en önemli güçlü yanlardan biridir. Arama terimlerinin geniş kapsamlı olması da çalışmanın bir diğer güçlü yönüdür. Heterojeniteye yönelik moderatör değişkenlerin etkisini incelemek amacıyla meta-regresyon analizi gerçekleştirilerek ve bulgular sunulması da çalışmanın güçlü yanlarından. Ayrıca çalışma protokolü, sistematik incelemelerin prospektif uluslararası siciline (PROSPERO) kaydedilmiş olup, tarama terimlerinin akran değerlendirmesi sürecini tamamlamış olması da güçlü yönlere önemli bir katkı sağlamaktadır. İncelenen araştırmaların güncel ve farklı ülkelerde gerçekleştirilmesi, çalışmanın genel geçerliliğini artıran bir diğer olumlu faktördür.

3.14. Raporlama

Bu meta-analiz çalışmasının raporlanmasında, PRISMA'nın sistematik derleme ve meta-analizler için 2020 yılında yayınladığı 27 maddeden oluşan “PRISMA 2020 Kontrol Listesi” kullanıldı (103) (Ek 12).

4. BULGULAR

4.1. Tarama bulguları

Obstetrik şiddetin yaygınlığının ve ilişkili faktörlerinin değerlendirildiği bu meta-analiz çalışmasında 27 Nisan 2024-7 Ağustos 2024 tarihleri arasında 5 veri tabanında yapılan elektronik tarama sonucunda 8 797 birincil çalışmaya ulaşıldı. Bu çalışmalar arasından 4615 çalışma tekrar etmesi (duplikasyon) nedeniyle çıkarıldı. Başlıkları ve özetleri gözden geçirildikten sonra 4 083 makale hariç tutuldu. Toplam 99 makale tam metin olarak incelendi. Tam metin incelemesinden sonra 66 makale hariç tutularak 33 makale dahil edildi. Dahil edilen çalışmaların atıf ve referans aramaları yoluyla 2 410 kayıt tanımlandı ve 8 ek çalışma elde edildi. Sonuç olarak, bu meta-analize 41 çalışma dahil edildi. Çalışmanın tarama süreci ile ilgili adımları PRISMA akış diyagramı ile gösterilmektedir (Şekil 1).

4.2. Meta-Analize Dahil Edilen Çalışmaların Genel Özellikleri

Bu meta-analizdeki 41 çalışmanın 34'ü kesitsel, 3'ü karışık metot (nicel), 3'ü tanımlayıcı (uzunlamasına tasarım, prospektif tasarım ve tanımlayıcı tasarım) ve 1'i kohort çalışma desenine sahiptir. Bu çalışmalardan 9'u Etiyopya'da (15, 126–133), 8'i Hindistan'da (17, 134–140), 5'i İspanya'da (18, 38, 141–143), 3'ü Nijerya'da (144–146), 2'si Macaristan'da (147, 148), 2'si Rusya'da (149, 150), 2'si İran'da (151, 152), 1'i Suudi Arabistan'da (153), 1'i Türkiye'de (11), 1'i Arjantin'de (154), 1'i Brezilya'da (155), 1'i Batı Şeria'da (156), 1'i Ekvator'da (157), 1'i Mozambik'te (21), 1'i Fransa'da (158), 1'i Tanzanya'da (42), 1'i İtalya'da (159) gerçekleştirildi. Bu çalışmaya örneklem büyüklükleri 45 (154) ile 17541 (18) arasında değişen toplam 43977 kadın dahil edildi. Bu incelemede, obstetrik şiddetin en düşük yaygınlığı %8 (158), en yüksek yaygınlığı %100 olarak bildirildi (126, 139). Dahil edilen 41 çalışmanın genel özellikleri Tablo 3'de gösterilmektedir.

4.3. Dahil edilen çalışmaların kalitesi

Meta-analize dahil edilen tüm çalışmalar JBI'nin yaygınlık çalışmaları için kritik değerlendirme kontrol listesi kullanılarak değerlendirildi. Çalışmaların kalite değerlendirmesi bağımsız iki araştırmacı tarafından yapıldı. Bağımsız araştırmacılar çalışmaların kalitelerini değerlendirdikten sonra değerlendirme skorları karşılaştırıldı ve fikir ayrılıkları uzlaşılarak giderildi. Değerlendirme sonucunda tüm çalışmaların kalite puanı 5 puan ve üzerinde bulundu. Bu nedenle kalite değerlendirmesinden çalışma dışlanmadı. Çalışmaların kalite değerlendirme sonuçları Tablo 3'dedir.

Tablo 3. Meta-analize dahil edilen çalışmaların genel özellikleri

İlk yazar, yayın yılı	Ülke	Çalışma tasarımı	Çalışma ortamı	Veri toplama zamanı	Örneklem özellikleri	Katılımcıların yaş aralığı	Örneklem sayısı	Genel yaygınlık (%)	Kalite puanı
Adinew 2021	Etiyopya	Kesitsel	Toplum	5 Ekim 2019 - 25 Ocak 2020	Doğum yapan kadınlar	18-46	435	100	8
Akkour 2022	Suudi Arabistan	Kesitsel	Kurum	Eylül 2019 - Mart 2020 ortası	Doğum yapan kadınlar	≥18	261	62.5	6
Asci 2023	Türkiye	Kesitsel	Kurum	Ocak-Mayıs 2022	Doğum yapan kadınlar	≥18	513	76.4	6
Baji 2017	Macaristan	Kesitsel	Çevrimiçi	Ekim 2014	Doğum yapan kadınlar	18-45	600	49	6
Bekele 2020	Etiyopya	Kesitsel	Toplum	17 Mart - 5 Nisan 2019	Doğum yapan kadınlar	18-38	316	78.2	8
Bhattacharya 2018	Hindistan	Kesitsel	Toplum	Haziran-Ağustos 2015	Doğum yapan kadınlar	≥18	410	28.8	8
Correa 2021	Arjantin	Karışık Metodlar (Kesitsel)	Toplum	22 Ocak - 18 Temmuz 2019	Doğum yapan kadınlar	≥18	45	44.4	7
Dasari 2024	Hindistan	Karışık Metodlar (Kesitsel)	Kurum	Ocak 2020 - Temmuz 2020	Doğum yapan kadınlar	18-40	380	33.2	6
Dorairajan 2021	Hindistan	Kesitsel	Kurum	Temmuz ve Ağustos 2019	Doğum yapan kadınlar	>18	370	14.05	6
Dornelas 2022	Brezilya	Tanımlayıcı	Çevrimiçi	--	Doğum yapan kadınlar	>18	745	66.2	6
Dwekat 2022	Filistin	Kesitsel	Kurum	Ekim 2020 - Ocak 2021	Doğum yapan kadınlar	18-41	269	97.8	8
Ezeanochie 2023	Nijerya	Kesitsel	Kurum	Ekim-Aralık 2018	Doğum yapan kadınlar	20-49	200	36.5	7
Fors 2023	Ekvador	Kesitsel	Çevrimiçi	Haziran 2021 - Ocak 2022	Doğum yapan kadınlar	>18	1598	73.6	7
Galle 2019*	Mozambik	Kesitsel	Kurum	Nisan - Haziran 2018	Doğum yapan kadınlar	≥18	520	47.3	6
Gebremichael 2018	Etiyopya	Kesitsel	Toplum	Ağustos-Eylül 2015	Doğum yapan kadınlar	≥18	1125	22	7

Tablo 3. (Devam)

Goli 2019	Hindistan	Uzunlamasına	Toplum	Haziran 2016 - Temmuz 2017	Doğum yapan kadınlar	18-48	504	15.12	5
Hajizadeh 2020	İran	Kesitsel	Kurum	Haziran - Eylül 2019	Doğum yapan kadınlar	≥18	334	75.7	7
Hajizadeh 2021	İran	Prospektif	Kurum	7 Ekim - 22 Aralık 2019	Doğum yapan kadınlar	≥18	288	74.7	7
Halil 2020	Etiyopya	Kesitsel	Kurum	1-30 Mart 2018	Doğum yapan kadınlar	≥18	409	67.7	8
Ibrahim 2020	Etiyopya	Kesitsel	Kurum	1-30 Mart 2022	Gebe olan kadınlar	18-31	1278	56.7	8
John 2020	Nijerya	Kesitsel	Kurum	--	Doğum yapan kadınlar	≥20	83	30.1	5
Leavy 2023	Fransa	Kohort	Toplum	2018 Eylül'den itibaren	Doğum yapan kadınlar	≥18	123	8.1 ^a ; 10.6 ^b	5
Martínez-Galiano 2020	İspanya	Kesitsel	Çevrimiçi	2019 yılı boyunca	Doğum yapan kadınlar	≥18	899	67.4	6
Martínez-Vazquez 2021	İspanya	Kesitsel	Çevrimiçi	2019 yılı boyunca	Doğum yapan kadınlar	≥18	1301	74.6	7
Martínez-Vazquez 2022	İspanya	Kesitsel	Çevrimiçi	2019 yılı boyunca	Doğum yapan kadınlar	≥18	782	66.1	6
Mena-Tudela 2020	İspanya	Kesitsel	Çevrimiçi	Şubat ve Nisan 2018	Doğum yapan kadınlar	≥18	17541	38.3	6
Mena-Tudela 2022	İspanya	Kesitsel	Çevrimiçi	--	Doğum yapan kadınlar	≥18	6060	26	6
Mihret 2019	Etiyopya	Kesitsel	Kurum	08 Nisan - 16 Mayıs 2019	Doğum yapan kadınlar	≥18	409	75.1	8
Nawab 2019	Hindistan	Kesitsel	Toplum	Kasım 2016 - Ekim 2017	Doğum yapan kadınlar	18-46	305	84.3	5
Okafor 2014	Nijerya	Kesitsel	Kurum	1 Mayıs - 31 Ağustos 2012	Doğum yapan kadınlar	18-45	446	98	6
Rajkumari 2021	Hindistan	Kesitsel	Kurum	Ekim 2018 - Aralık 2018	Doğum yapan kadınlar	≥18	231	96.5	6
Rubashkin 2021*	Macaristan	Kesitsel	Çevrimiçi	2014 Ekim	Doğum yapan kadınlar	18-45	589	49.2	5

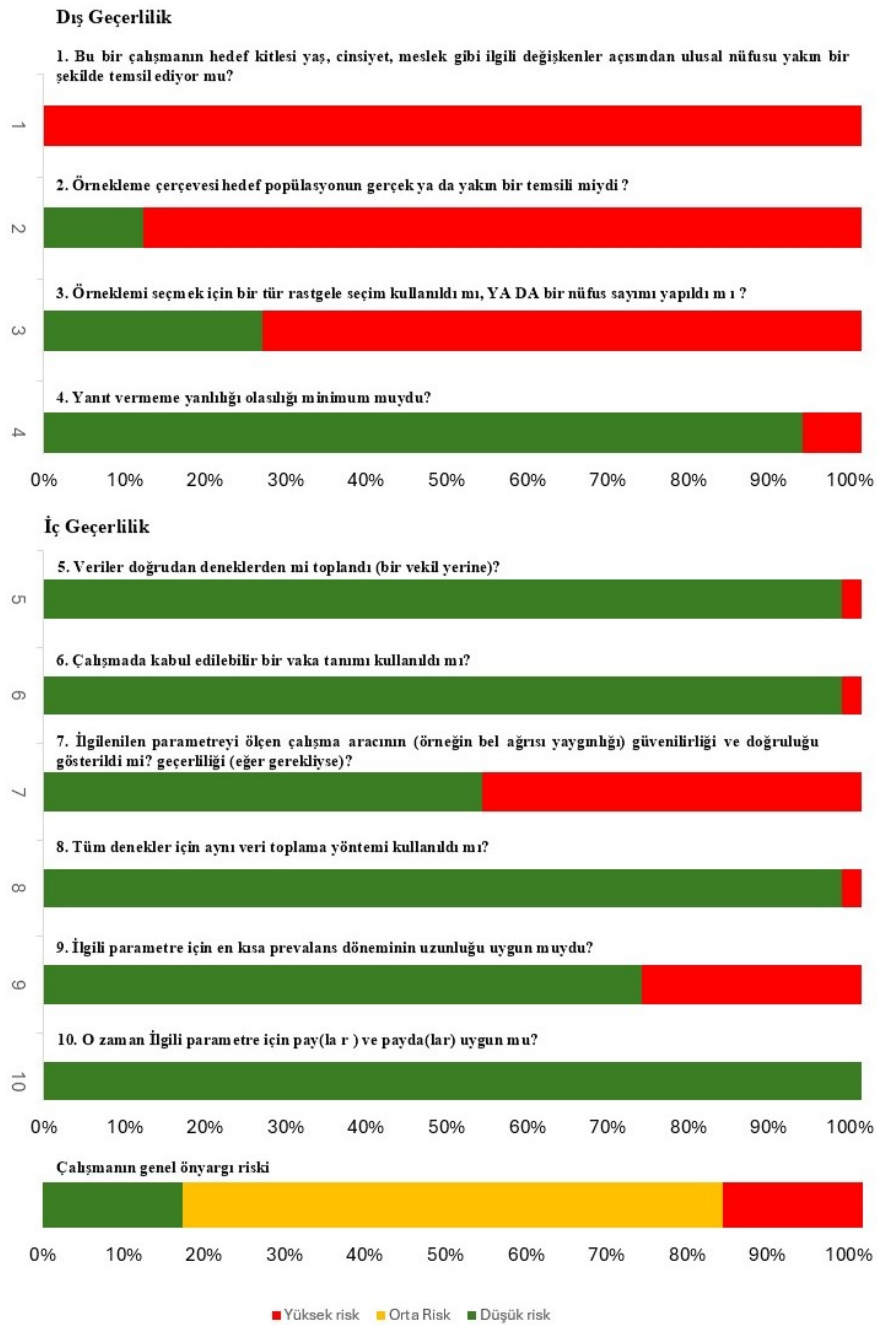
Tablo 3. (Devam)

Sanga 2023	Tanzanya	Kesitsel	Kurum	Nisan ve Haziran 2022	Doğum yapan kadınlar	≥18	307	51.5	7
Scandurra 2021	İtalya	Kesitsel	Çevrimiçi	Aralık 2020 - Ocak 2021	Doğum yapan kadınlar	18-60	282	78.4	7
Sharma 2022	Hindistan	Kesitsel	Kurum	Ekim 2021- Mart 2022	Doğum yapan kadınlar	19-40	150	100	5
Sudhinaraset 2016	Hindistan	Kesitsel	Toplum	Nisan-Mayıs 2015	Doğum yapan kadınlar	≥18	392	54.7	5
Ukke 2019	Etiyopya	Kesitsel	Kurum	1 Ocak - 28 Şubat 2017	Doğum yapan kadınlar	≥18	281	98.9	6
Uso 2023	Etiyopya	Kesitsel	Kurum	1 Nisan 2020- 30 Nisan 2020	Doğum yapan kadınlar	≥18	530	77	6
Yakupova 2021	Rusya	Kesitsel	Çevrimiçi	Şubat - Mart 2020	Doğum yapan kadınlar	18-45	611	22.59	6
Yakupova 2022	Rusya	Kesitsel	Çevrimiçi	Şubat-Mart 2021	Doğum yapan kadınlar	19-50	1645	27.7	6
Yosef 2020	Etiyopya	Kesitsel	Kurum	1 Mart - 1 Nisan 2020	Doğum yapan kadınlar	≥18	410	43.7	7

^aObstetrik şiddet deneyiminin doğumdan sonraki 3 gün içindeki ölçümü; ^b Obstetrik şiddet deneyiminin doğumdan sonraki 2 ay içindeki ölçümü; *Tabloda gösterilen obstetrik şiddetin yaygınlığı ilgili çalışmanın toplam yaygınlık oranıdır.

4.4. Meta-Analize Dahil Edilen Çalışmaların Yanlılık Değerlendirmesi

Hoy ve arkadaşları (118) tarafından geliştirilen yanlılık riski aracına göre dahil edilen 41 çalışmanın 7'sinin düşük yanlılık riskine sahip olduğu (%17.07), 27'sinin orta yanlılık riskine sahip olduğu (%65.85) ve 7 çalışmanın ise yüksek yanlılık riskine sahip olduğu (%17.07) belirlendi. Yanlılık riski değerlendirmeleri Şekil 2 ve Tablo 4'de gösterilmektedir.



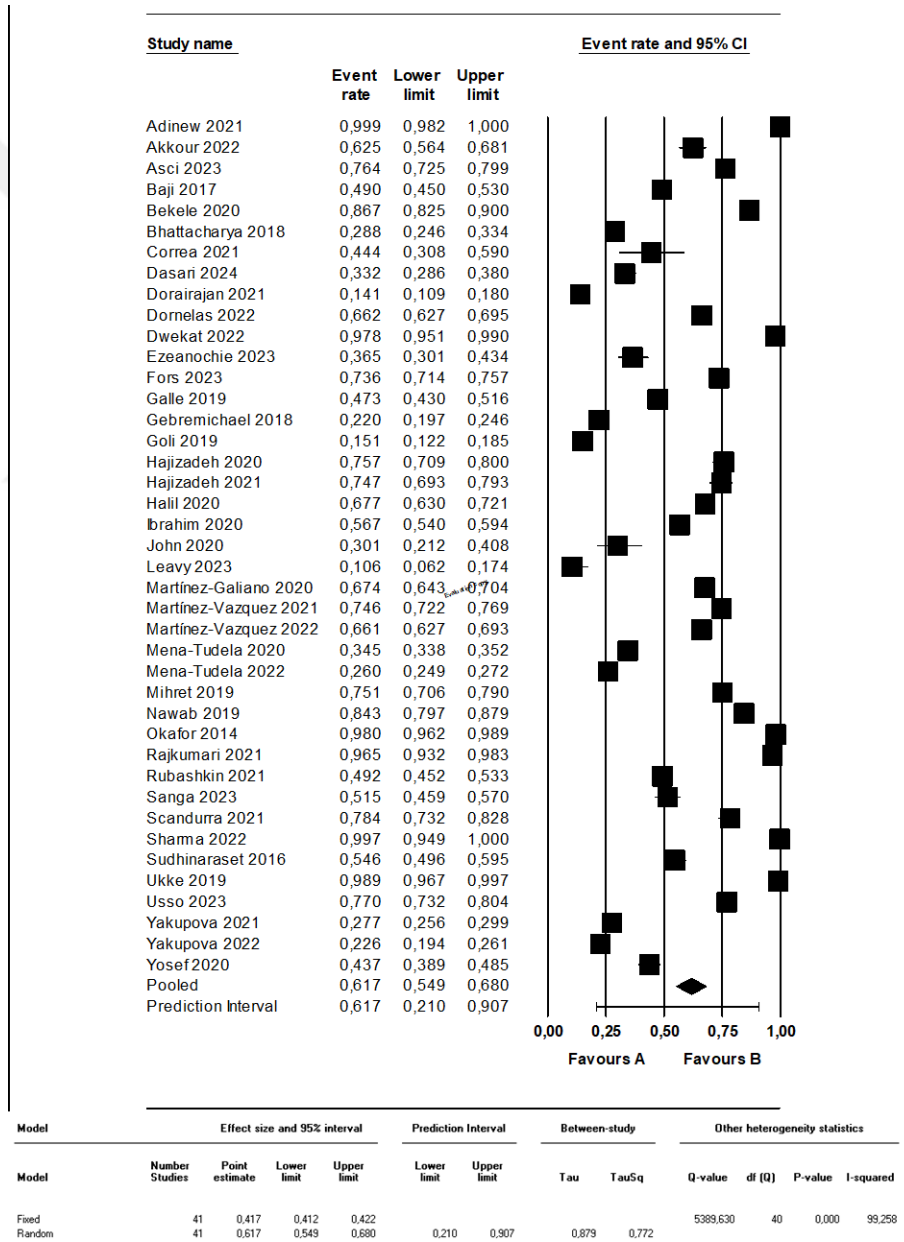
Şekil 2. Meta-analize dahil edilen çalışmaların yanlılık riski özet grafiği

Tablo 4. Meta-analize dahil edilen çalışmaların yanlılık riski sonuçları

	Puan	Risk düzeyi
Adinew 2021	9	Düşük risk
Akkour 2022	7	Orta risk
Asci 2023	5	Yüksek Risk
Baji 2017	5	Yüksek Risk
Bekele 2020	9	Düşük risk
Bhattacharya 2018	9	Düşük risk
Correa 2021	5	Yüksek Risk
Dasari 2024	7	Orta risk
Dorairajan 2021	7	Orta risk
Dornelas 2022	5	Yüksek Risk
Dwekat 2022	9	Düşük risk
Ezeanochie 2023	7	Orta risk
Fors 2023	6	Orta risk
Galle 2019	6	Orta risk
Gebremichael 2018	7	Orta risk
Goli 2019	7	Orta risk
Hajizadeh 2020	7	Orta risk
Hajizadeh 2021	7	Orta risk
Halil 2020	8	Düşük risk
Ibrahim 2020	8	Düşük risk
John 2020	7	Orta risk
Leavy 2023	6	Orta risk
Martínez-Galiano 2020	6	Orta risk
Martínez-Vazquez 2021	6	Orta risk
Martínez-Vazquez 2022	6	Orta risk
Mena-Tudela 2020	5	Yüksek Risk
Mena-Tudela 2022	6	Orta risk
Mihret 2019	8	Düşük risk
Nawab 2019	6	Orta risk
Okafor 2014	6	Orta risk
Rajkumari 2021	6	Orta risk
Rubashkin 2021	4	Yüksek Risk
Sanga 2023	7	Orta risk
Scandurra 2021	6	Orta risk
Sharma 2022	6	Orta risk
Sudhinaraset 2016	6	Orta risk
Ukke 2019	6	Orta risk
Uso 2023	6	Orta risk
Yakupova 2021	6	Orta risk
Yakupova 2022	5	Yüksek Risk
Yosef 2020	7	Orta risk

4.5. Meta-Analiz Bulguları

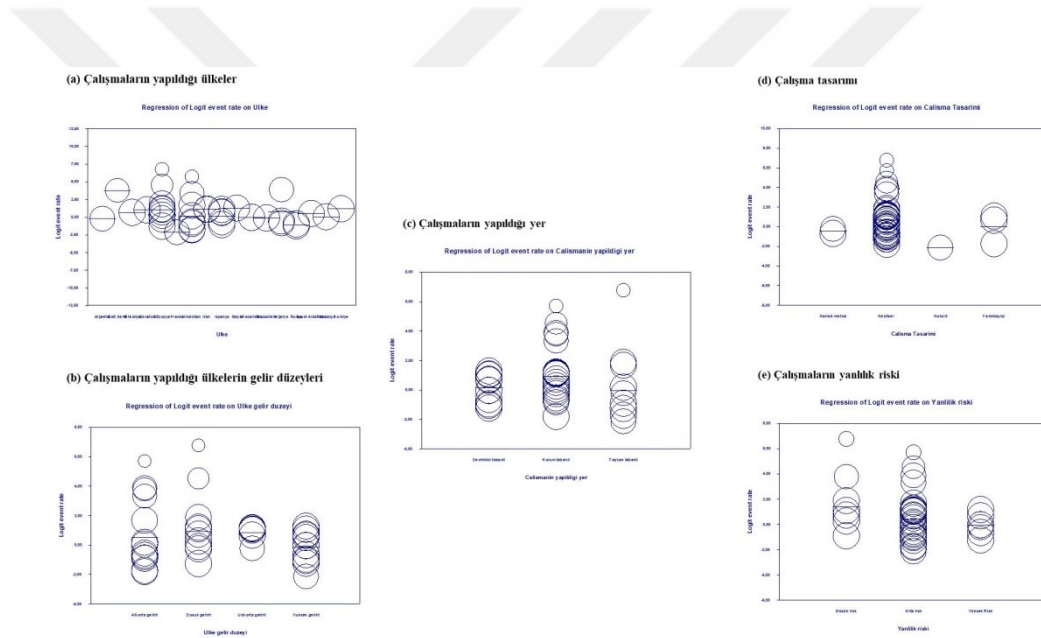
Bu meta-analizde, toplamda 41 çalışmaya katılan 43 977 kadını kapsayan verilere dayalı olarak gebelik, doğum ve/veya doğum sonrası dönemde kadınların maruz kaldığı obstetrik şiddetin yaygınlığı incelendi. Bu araştırmaların bulguların dayalı yapılan meta-analizde, rastgele etkiler modeli kullanılarak, obstetrik şiddetin birleştirilmiş yaygınlığı %61.7 olarak bulundu (95% GA, 0.549-0.680). Veriler, %99.258'lik bir I^2 değeriyle çok yüksek düzeyde bir heterojenlik gösterdi ($Q = 5\,389.630$; $p < 0.001$; Şekil 3).



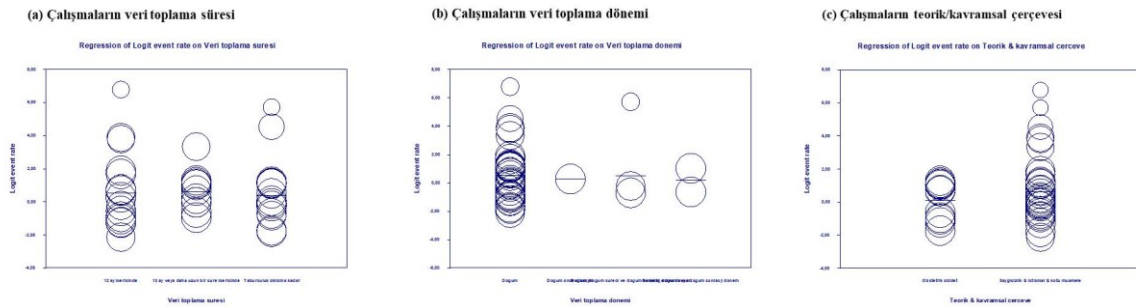
Şekil 3. Obstetrik şiddetin meta-analizi ve orman grafiği

4.6. Moderatör Değişkenlerin Etkisini Belirlemek İçin Yapılan Meta-Regresyon Bulguları

Yapılan meta-regresyonda, çalışmaların yapıldığı ülke ($Q=38.49$; $df=16$; $p=0.0013$), ülkelerin gelir düzeyi ($Q=10.89$; $df=3$; $p=0.0123$), çalışma ortamı ($Q=10.29$; $df=2$; $p=0.0058$), çalışma tasarımı ($Q=12.01$, $df=3$, $p=0.0074$) ve yanlışlık riski ($Q=7.02$, $df=2$, $p=0.0299$) moderatör değişkenlerinin obstetrik şiddet üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu saptandı (Şekil 4). Ancak meta-regresyon, veri toplama süresi ($Q=0.33$; $df=2$; $p=0.8489$), teorik/kavramsal çerçeve ($Q=2.83$; $df=1$; $p=0.0928$) ve veri toplama dönemi ($Q=0.26$; $df=3$; $p=0.9675$) moderatör değişkenlerinin obstetrik şiddet üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını gösterdi (Şekil 5).



Şekil 4. Çalışmaların yapıldığı ülke, çalışmaların yapıldığı ülkelerin gelir düzeyleri, çalışmaların yapıldığı yer, çalışma tasarımı ve çalışmaların yanlışlık riski ile ilgili meta-regresyonlar



Şekil 5. Çalışmaların veri toplama süresi, teorik/kavramsal çerçevesi ve çalışmaların veri toplama dönemi ile ilgili meta-regresyonlar

4.6.1. Çalışmaların Yapıldığı Ülkelere İlişkin Moderatör Analiz Bulguları

Meta-regresyonda anlamlı çıkan değişkenler için alt grup analizi yapılarak farkın kaynaklandığı değişkenlerin ne olduğu gösterildi. Bu kapsamda, çalışmaların yapıldığı ülkelere göre yapılan alt grup analizinde, obstetrik şiddetin en yüksek olandan düşük olana göre sırasıyla Batı Şeria’da %97.8 (%95 GA: 0.951-0.990; $I^2=0.000$), İtalya’da %78.4 (%95 GA: 0.732-0.828; $I^2=0.000$), Etiyopya’da %76.4 (%95 GA: 0.611-0.870; $I^2=98.999$), Türkiye’de %76.4 (%95 GA: 0.725-0.799; $I^2=0.000$), İran’da %75.2 (%95 GA: 0.717-0.785; $I^2=0.000$), Ekvador’da %73.6 (%95 GA: 0.714-0.757; $I^2=0.000$), Nijerya’da %69.2 (%95 GA: 0.181-0.958; $I^2=98.742$), Brezilya’da %66.2 (%95 GA: 0.627-0.695; $I^2=0.000$), Suudi Arabistan’da %62.5 (%95 GA: 0.564-0.681; $I^2=0.000$), Hindistan’da %57.9 (%95 GA: 0.356-0.775; $I^2=98.752$), İspanya’da %53.9 (%95 GA: 0.377-0.693; $I^2=99.742$), Tanzanya’da %51.5 (%95 GA: 0.459-0.570; $I^2=0.000$), Macaristan’da %49.1 (%95 GA: 0.463-0.520; $I^2=0.000$), Mozambik’te %47.3 (%95 GA: 0.430-0.516; $I^2=0.000$), Arjantin’de %44.4 (%95 GA: 0.308-0.590; $I^2=0.000$), Rusya’da %25.3 (%95 GA: 0.206-0.307; $I^2=83.426$) ve Fransa’da %10.6 (%95 GA: 0.062-0.174; $I^2=0.000$) olduğu saptandı (Şekil 6).

Türkiye

Study name

Event rate
and 95% CI

	Event rate	Lower limit	Upper limit
Asci 2023	0,764	0,725	0,799
Pooled	0,764	0,725	0,799

0,000,250,500,751,00

Favours A Favours B

Brezilya

Study name

Event rate
and 95% CI

	Event rate	Lower limit	Upper limit
Dornelas 2022	0,662	0,627	0,695
Pooled	0,662	0,627	0,695

0,00 0,25 0,50 0,75 1,00

Favours A Favours B

Arjantin

Study name

Event rate
and 95% CI

	Event rate	Lower limit	Upper limit
Correa 2021	0,444	0,308	0,590
Pooled	0,444	0,308	0,590

0,00 0,25 0,50 0,75 1,00

Favours A Favours B

Batı Şeria

Study name

Event rate
and 95% CI

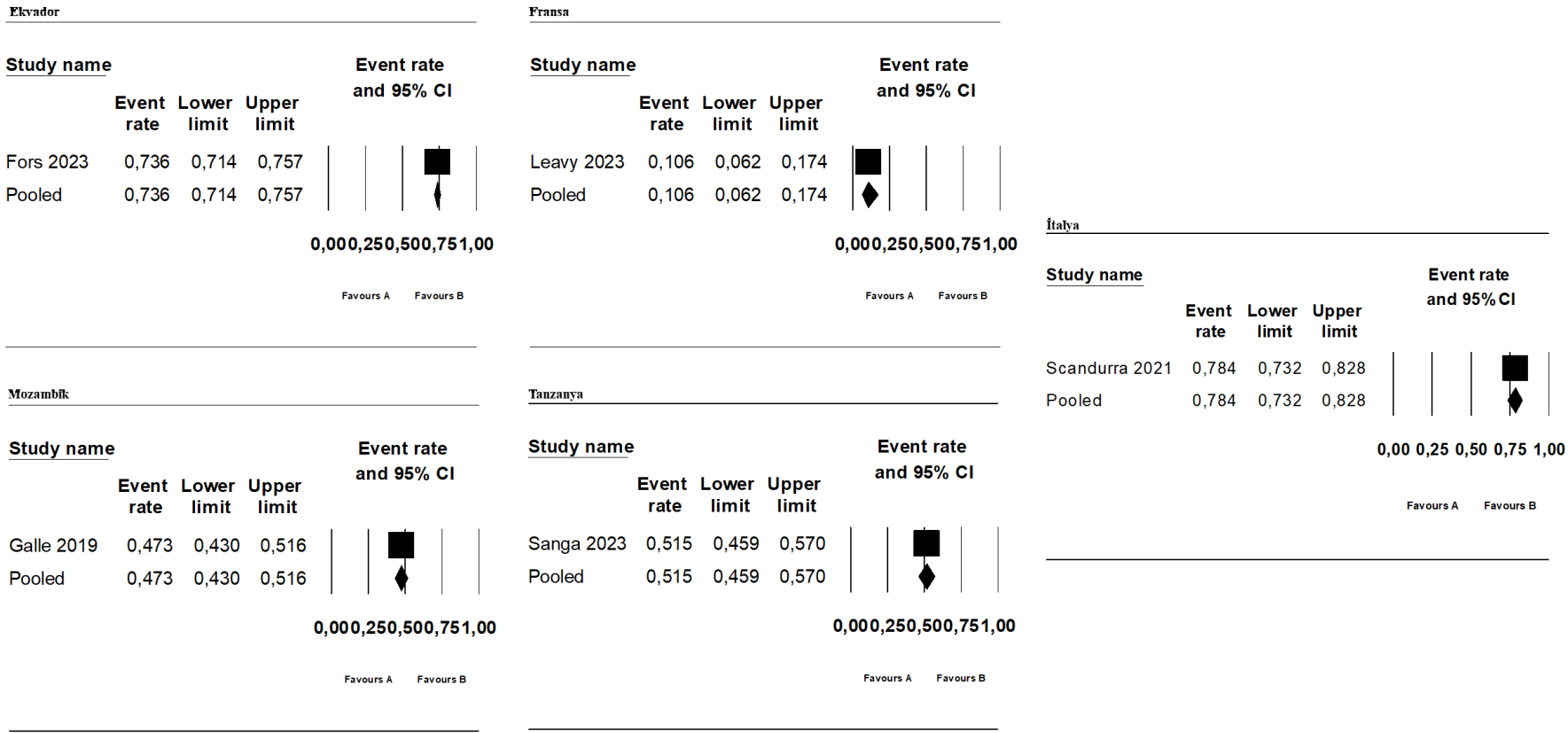
	Event rate	Lower limit	Upper limit
Dwekat 2022	0,978	0,951	0,990
Pooled	0,978	0,951	0,990

0,00 0,25 0,50 0,75 1,00

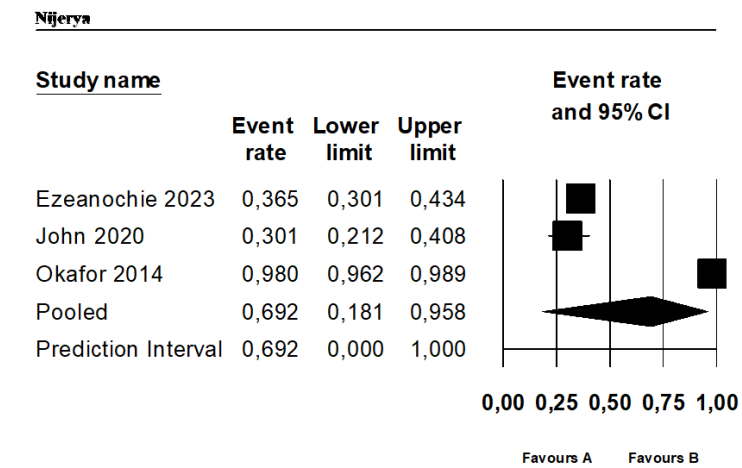
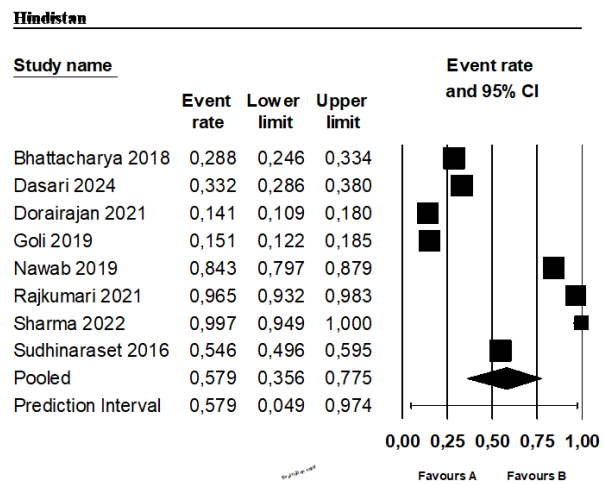
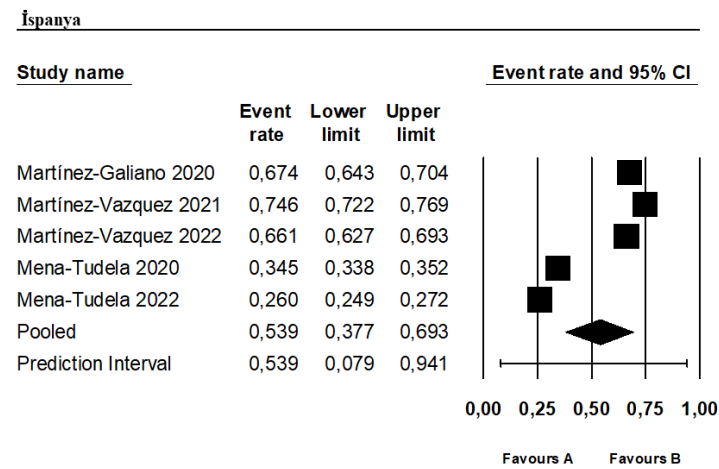
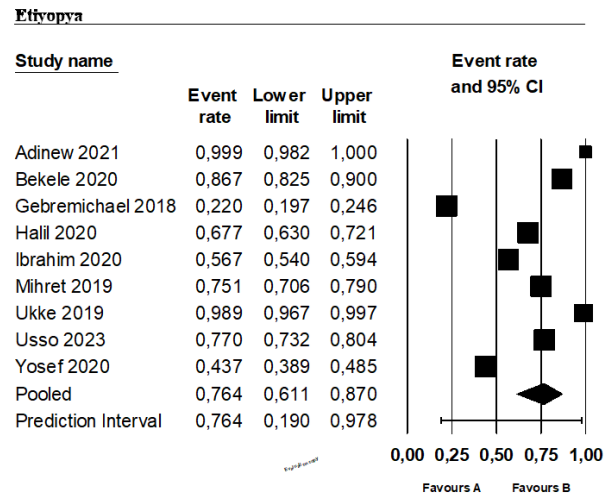
Favours A Favours B

Şekil 6. Çalışmanın yapıldığı ülke moderatör analizi orman grafiği

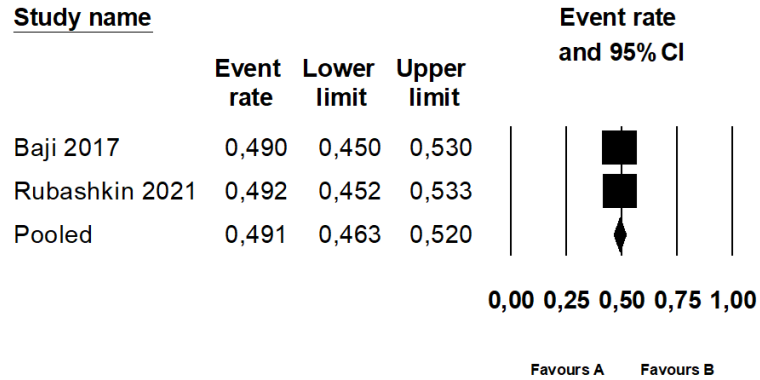
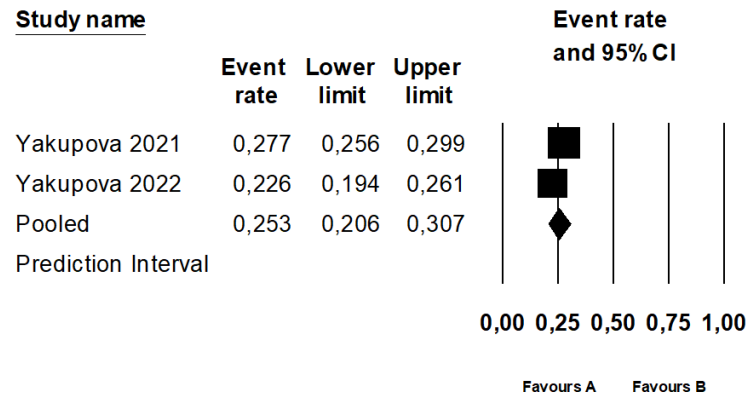
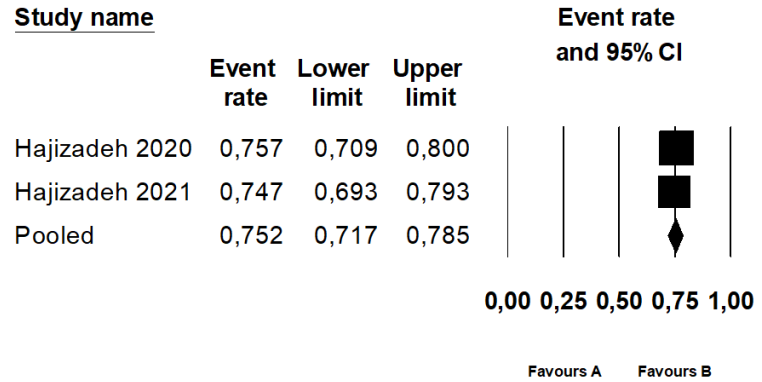
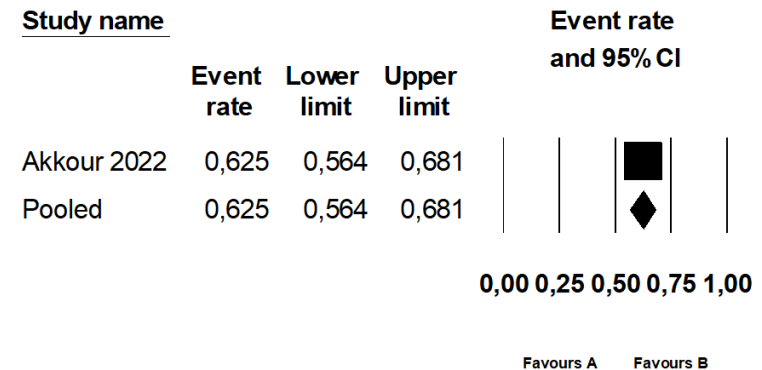
Şekil 6. (Devam)



Şekil 6. (Devam)

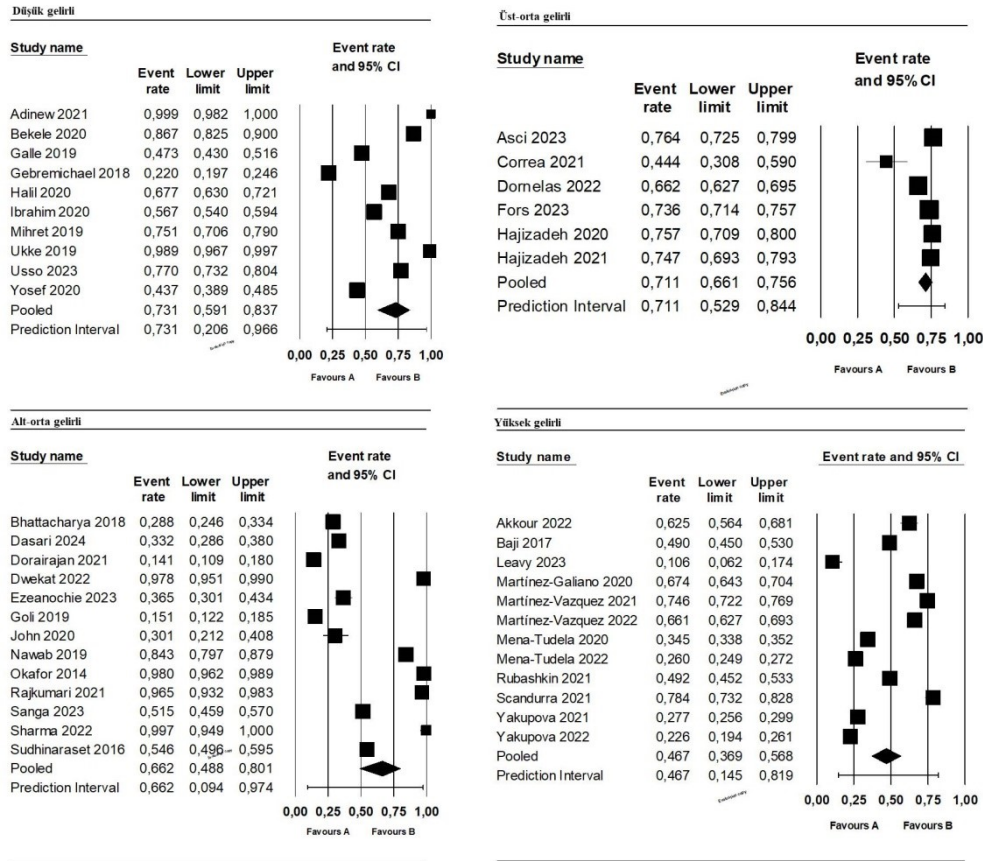


Şekil 6. (Devam)

MacaristanRusyaİranSuudi Arabistan

4.6.2. Çalışmanın Yapıldığı Ülkelerin Gelir Düzeyine İlişkin Moderatör Analiz Bulguları

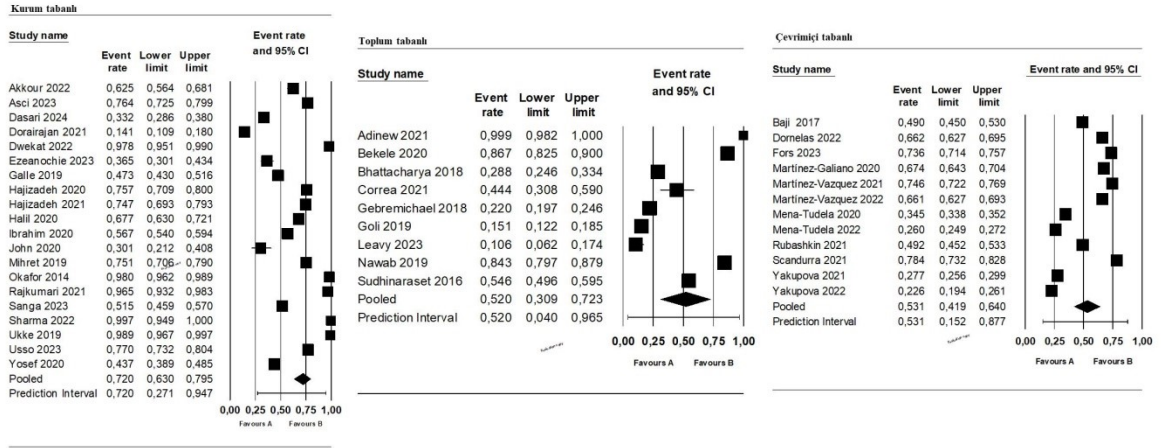
Çalışmaların yapıldığı ülkelerin gelir düzeyine dayalı yapılan alt grup analizi, obstetrik şiddetin düşük gelir düzeyi olan ülkelerde %73.1 (%95 GA: 0.591-0.837; $I^2=98.887$), alt-orta gelir düzeyi olan ülkelerde %66.2 (%95 GA: 0.488-0.801; $I^2=98.585$), üst-orta gelir düzeyi olan ülkelerde %71.1 (%95 GA: 0.661-0.756; $I^2=86.774$) ve yüksek gelir düzeyi olan ülkelerde %46.7 (%95 GA: 0.369-0.568; $I^2=99.449$) olduğu saptandı (Şekil 7).



Şekil 7. Çalışmaların yapıldığı ülkelerin gelir düzeyi moderatör analizi orman grafiği

4.6.3. Çalışmanın Yapıldığı Yere İlişkin Moderatör Analiz Bulguları

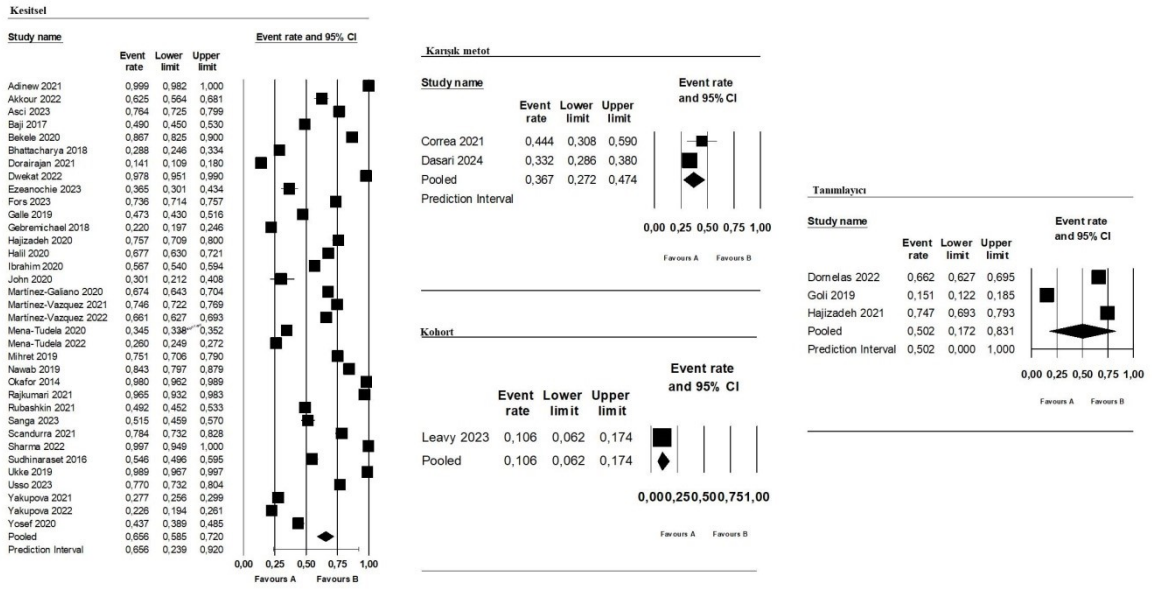
Çalışmanın yapıldığı yere dayalı yapılan alt grup analizi, obstetrik şiddetin kurum tabanlı yapılan çalışmalarda %72 (%95 GA: 0.630-0.795; $I^2=98.115$), toplum tabanlı yapılan çalışmalarda %52 (%95 GA: 0.309-0.723; $I^2=98.894$) ve çevrimiçi yapılan çalışmalarda %53.1 (%95 GA: 0.419-0.640; $I^2=99.615$) olduğu saptandı (Şekil 8).



Şekil 8. Çalışmanın yapıldığı yer moderatör analizi orman grafiği

4.6.4. Çalışmanın Tasarımına İlişkin Moderatör Analiz Bulguları

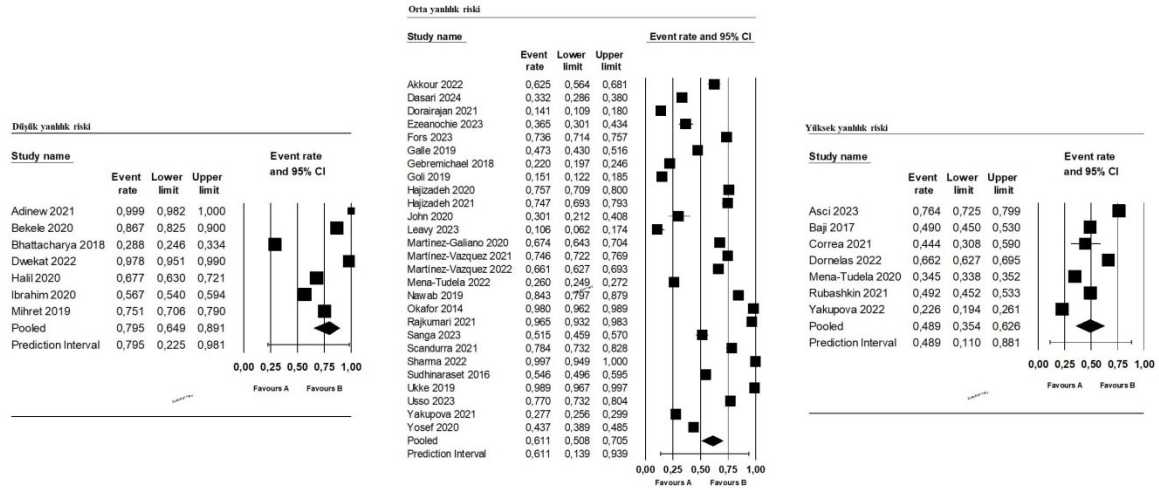
Çalışmanın tasarıma dayalı yapılan alt grup analizi, obstetrik şiddetin kesitsel tasarımlı çalışmalarda %65.6 (%95 GA: 0.585-0.720; $I^2=99.311$), tanımlayıcı tasarımlı çalışmalarda %50.2 (%95 GA: 0.172-0.831; $I^2=99.373$), karışık metot tasarımlı çalışmalarda %36.7 (%95 GA: 0.272-0.474; $I^2=55.396$) ve kohort tasarımlı çalışmalarda %10.6 (%95 GA: 0.062-0.174; $I^2=0.000$) olduğu saptandı (Şekil 9).



Şekil 9. Çalışmanın tasarımı moderatör analizi orman grafiği

4.6.5. Çalışmanın Yanlılık Riskine İlişkin Moderatör Analiz Bulguları

Yanlılık riskine dayalı yapılan alt grup analizi, obstetrik şiddetin düşük yanlılık riskine sahip çalışmalarda %79.5 (%95 GA: 0.649-0.891; $I^2=98.348$), orta yanlılık riskin sahip çalışmalarda %61.1 (%95 GA: 0.508-0.705; $I^2=99.310$) ve yüksek yanlılık riskine sahip çalışmalarda %48.9 (%95 GA: 0.354-0.626; $I^2=99.124$) olduğu saptandı (Şekil 10).

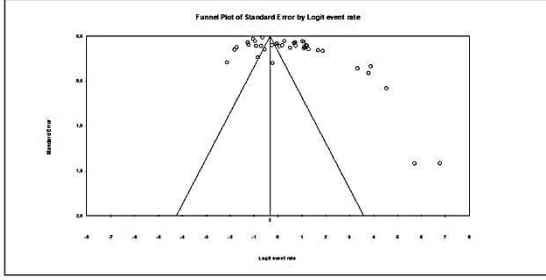


Şekil 10. Çalışmanın yanlılık riski moderatör analizi orman grafiği

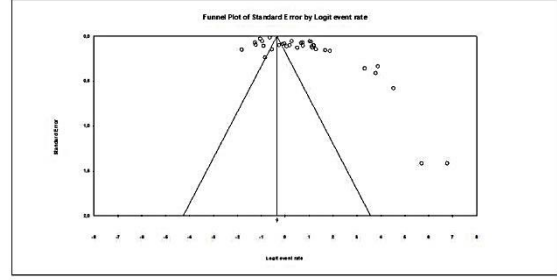
4.7. Çalışmalar Arasındaki Yayın Yanlılığı

Bu çalışmanın meta-analizleri sırasında toplam obstetrik şiddet ve üç ve daha fazla yayının yer aldığı alt grup analizi veri setleri için yayın yanlılığı Funnel plot (huni grafiği) ve Egger's regression intercept ile incelendi. Yapılan analizlerde toplam obstetrik şiddet ($t=3.853$, $df: 39$, $p<0.001$), çevrimiçi çalışma ortamı ($t=2.505$, $df: 10$, $p=0.031$), kesitsel araştırmalar ($t=4.267$, $df: 33$, $p=0.0001$) ve orta yanlılık riski ($t=2.295$, $df: 25$, $p=0.030$) veri setlerinde yayın yanlılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Şekil 11).

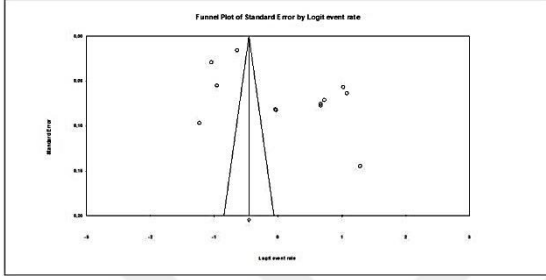
(a) Toplam obstetrik şiddet



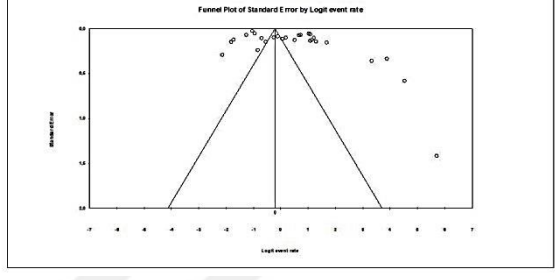
(c) Kesitsel çalışma tasarımı



(b) Çevrimiçi çalışma ortamı



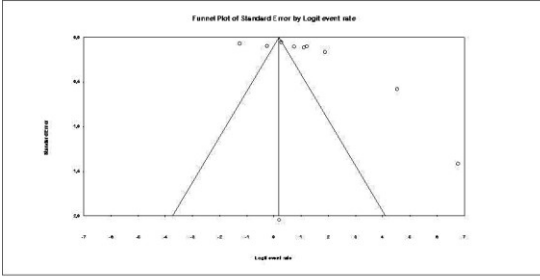
(d) Orta yanlışlık riski



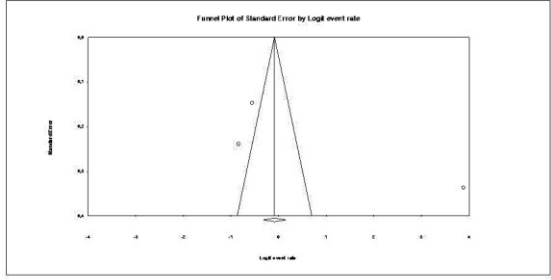
Şekil 11. Yayın yanlılığının varlığını gösteren çalışmaların asimetric dağılımını gösteren huni grafiği

Ancak, Etiyopya ($t= 1.667$, $df: 7$, $p= 0.140$), Hindistan ($t= 1.108$, $df: 6$, $p= 0.311$), Nijerya ($t= 1.178$, $df: 1$, $p= 0.448$), İspanya ($t= 2.166$, $df: 3$, $p= 0.119$), düşük gelir düzeyi ($t= 1.760$, $df: 8$, $p= 0.116$), alt-orta gelir düzeyi ($t= 2.127$, $df: 11$, $p= 0.057$), üst orta gelir düzeyi ($t= 0.615$, $df: 4$, $p= 0.571$), yüksek gelir düzeyi ($t= 1.790$, $df: 10$, $p= 0.103$), kurum tabanlı ($t= 1.680$, $df: 18$, $p= 0.110$), toplum tabanlı ($t= 1.078$, $df: 7$, $p= 0.317$), tanımlayıcı araştırmalar ($t= 0.434$, $df: 1$, $p= 0.739$), düşük yanlışlık riski ($t= 1.526$, $df: 5$, $p= 0.187$), yüksek yanlışlık riski ($t= 1.738$, $df: 5$, $p= 0.142$) veri setleri için yayın yanlılığının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (Şekil 12).

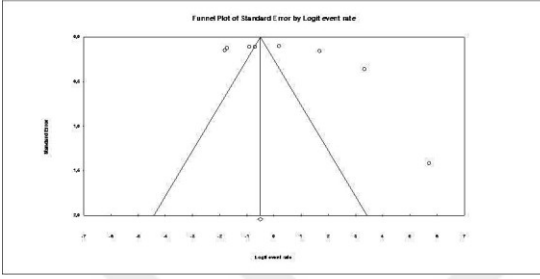
(a) Etiyopya



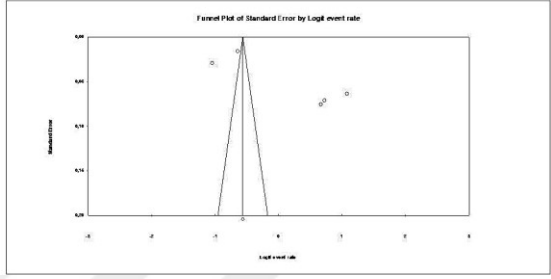
(b) Nijerya



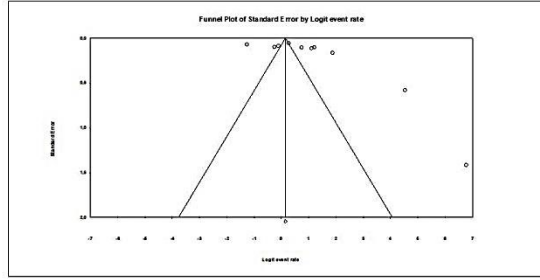
(c) Hindistan



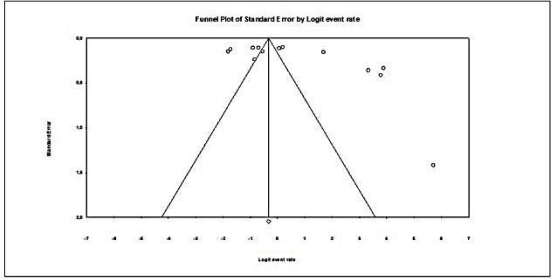
(d) İspanya



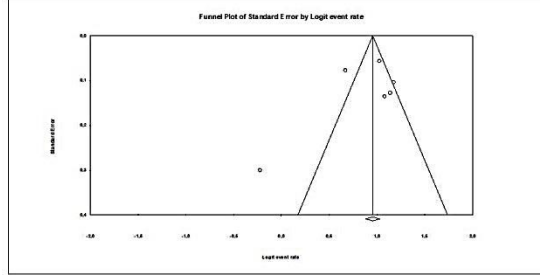
(e) D   k geliri



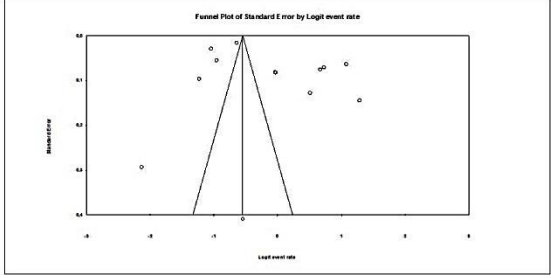
(f) Alt-orta geliri



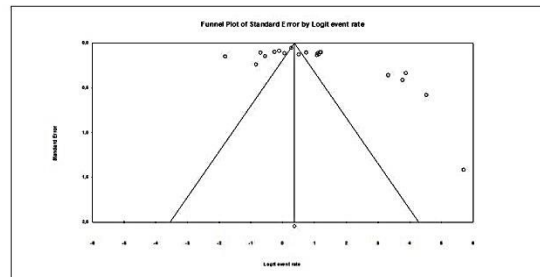
(g)   st-orta geliri



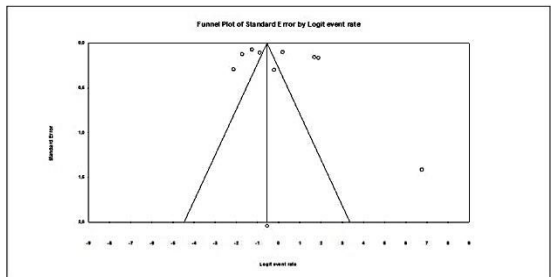
(h) Y  ksek geliri



(i) Kurum tabanlı



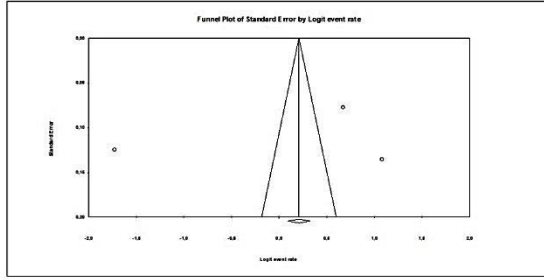
(k) Toplum tabanlı



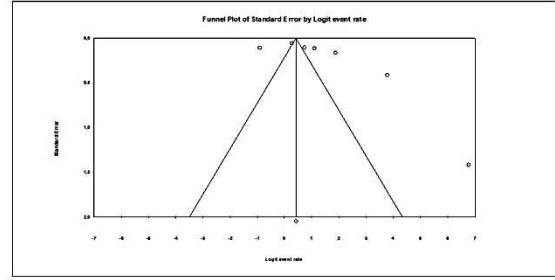
  kil 12. Yayın yanlılığının varlığını g  stermeyen   alışmaların asimetrik dağılımlarını g  steren huni grafiği

Şekil 12. (Devam)

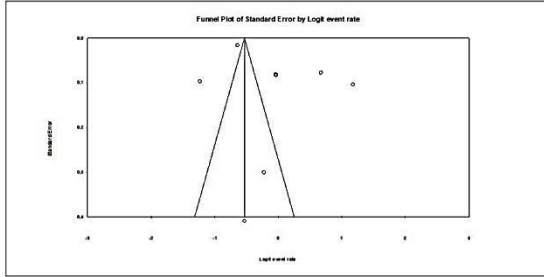
(l) Tanımlayıcı tasarım



(m) Düşük yanlışlık riski



(n) Yüksek yanlışlık riski



4.8. Anlatı Sentezi Bulguları

Bu meta-analiz çalışmasına dahil edilen çalışmaların 16'sında obstetrik şiddetin genel yaygınlığı ile ilişkili faktörler rapor edilmektedir. Bir çalışmada ele alınan değişkenlerin obstetrik şiddet ile ilişkisi olmadığı bildirilmektedir (146). Diğer 15 çalışmada ise kadınların obstetrik şiddet deneyimini öngörmek için 40 risk faktörü ve 14 koruyucu faktör belirlendi. Anlatı sentezi için ele alınan 15 bireysel çalışmada analiz edilen tüm faktörler obstetrik şiddet ile önemli bir ilişki bildirdi. Ancak, bir meta-analiz yürütmek için istenen veriler yeterli değildi.

4.8.1. Obstetrik Şiddet ile İlişkili Risk Faktörleri

Obstetrik şiddet ile ilişkili risk faktörleri Tablo 5'de gösterilmektedir. Bu faktörler genel olarak şu şekilde kategorize edildi: (1) Sosyo-demografik faktörler, (2) obstetrik faktörler, (3) Sağlık hizmeti sağlayıcısı ile ilgili faktörler, (4) Yenidoğan ile ilgili faktörler.

Tablo 5. Obstetrik şiddet ile ilgili risk faktörleri

Risk faktörleri	Çalışmalar
Sosyodemografik faktörler	
Düşük gelir düzeyi	(11)
Günlük işçi veya öğrenci mesleğine sahip olma	(127)
Eşin eğitim düzeyinin yüksek lisans veya üzeri olması	(134)
Aynı sağlık kuruluşunda çalışan arkadaş veya akrabalara sahip olma	(134)
Kentsel bölgede yaşama	(15, 42, 128)
9. sınıf veya üzeri eğitim düzeyine sahip olma	(128)
Yaş (20-34 yaş, 35 ve üzeri yaş veya 20-25 yaş arası)	(128, 130)
Ev reisi olma	(128)
Refakatçi desteğinin olmaması	(128)
Müslüman olma	(136)
Genel sosyal sınıfa mensup olma	(136)
Kitle iletişim araçlarına maruz kalmama	(136)
Örgün eğitimi olmama	(130)
Aile aylık gelirinin 3000 Etiyopya para birimi veya daha az olması	(130)
Çekirdek aile yapısına sahip olma	(137)
Düşük yaşam standardı endeksi	(137)
Ortalama aylık gelirin 57,22 USD'den az olması	(132)
Sağlık tesisine ulaşım süresinin 30 dakikadan fazla olması	(132)
Obstetrik faktörler	
Gebeliğin planlanmamış olması	(130)
Paritenin dört veya daha az olması	(132)
1, 2 veya 3 antenatal bakım ziyareti yapılması	(127)
Antenatal bakıma hiç katılmama	(132)
Anne eğitim programına beşten fazla kez katılma	(141)
Doğum yerine kadının kendisinin karar vermemesi	(137)
Doğum ağrısının 13-23 saat veya 24 saatten uzun sürmesi	(128)
Kamu sağlık kuruluşunda doğum yapma	(127, 137)
Vajinal doğum yapma	(11, 137)
Doğumun doktor gözetiminde gerçekleştirilmesi	(11)
Epizyotomi ile vajinal doğum yapma	(11)
Epizyotomi yapılması	(141)
Doğumun acil sezaryenle sonuçlanması	(141)
Doğum planına uyulmaması	(141)
Gece doğum yapma	(132, 151)
Bölgesel analjezi alma	(141)
Doğumda komplikasyon varlığı (anne veya bebekte komplikasyon varlığı)	(17, 129, 153)
Başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilme	(42, 134)
Doğum sonrası sağlık kuruluşunda uzun süre kalma	(129)
Sağlık hizmeti sağlayıcısı ile ilgili faktörler	
Beş veya daha fazla bakım veren tarafından bakım alma	(153)
Yardımcı hemşire veya personel hemşire tarafından bakım alma	(137)
Yenidoğan ile ilgili faktörler	
Bebegin yenidoğan bakım ünitesine yatırılması	(11, 141)

4.8.1.1. Sosyodemografik Faktörler

Birer çalışmada düşük gelir düzeyi (11), günlük işçi ve öğrenci mesleğine sahip olma (127), eş eğitim düzeyinin yüksek lisans ve üzeri olması, aynı sağlık kuruluşunda çalışan arkadaşları/akrabaları olması (134), ev reisi olma, refakatçi desteği olmaması (128), Müslüman olma, genel sosyal sınıfta bulunma, kitle iletişim araçlarına maruz kalmama (136), çekirdek aileye sahip olma, düşük yaşam standardı endeksine sahip olma (137) ve yakındaki sağlık kurumuna ulaşma süresinin 30 dakikadan fazla olması (132) obstetrik şiddet ile ilişkili risk faktörleri olduğu bildirilmektedir. Aylık gelir düzeyi de obstetrik şiddet için bir risk faktörü olarak bildirilirken bir çalışma da ortalama aylık geliri 57,22 USD'den az olması (132) iken bir çalışmada 3000 Etiyopya Birrisine eşit veya daha az olması (130) olarak raporlandı. Üç çalışma da kentsel alanda yaşama obstetrik şiddet ile ilgili bir risk faktörüdür (15, 42, 128). Obstetrik şiddet için bir risk faktörü olarak eğitim düzeyi açısından mevcut literatürde tutarsızlık gözlemlendi. Bir çalışma da örgün eğitimi olmaması (130) risk faktörü olarak bildirilirken bir çalışma da 9. Sınıf veya üzeri eğitim alma (128) risk faktörü olarak bildirildi. Obstetrik şiddet için yaş değişkeninin risk faktörü olarak bildirildiği çalışmalar açısından mevcut literatürde tutarsızlık gözlemlendi. Bir çalışma da 20-34 yaş ile 35 ve üzeri yaş daha genç yaşlara göre risk faktörü iken (128) bir çalışma da 20-25 yaş arası katılımcıların 31 yaş üstü katılımcılara kıyasla daha fazla maruz kaldığı (130) bildirilmektedir.

4.8.1.2. Obstetrik Faktörler

Birer çalışmada gebeliğin planlanmamış olması (130), dörtten az doğum yapma (132), anne eğitim programına beşten fazla kez katılmış olma (141), doğum yapacağı yere kadının karar vermemesi (137), doğumun doktor gözetiminde gerçekleştirilmesi (11), doğum ağrısının uzun sürmesi (128), doğum planına uyulmaması, bölgesel analjezi alınması, doğumun acil sezaryenle sonlandırılması ve epizyotomi yapılması (141), epizyotomi ile vajinal doğum yapma (11) ve doğum sonrası sağlık kuruluşunda uzun süre kalma (129) obstetrik şiddet ile ilişkili risk faktörleri olduğu bildirilmektedir. İkişer çalışma da vajinal doğum yapma (11, 137), gece doğum yapma (132, 151), başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilme (42, 134) ve kamu sağlık kuruluşunda doğum yapma (127, 137) obstetrik şiddet ile ilişkili risk faktörleri olduğu bildirilmektedir. Üç çalışma da doğumda komplikasyon varlığı (anne veya bebekte komplikasyon varlığı) (17, 129, 153) obstetrik şiddet ile ilişkili risk faktörleri olduğu bildirilmektedir. Obstetrik şiddet için bir risk faktörü

olarak doğum öncesi bakıma katılma açısından mevcut literatürde tutarsızlık gözlemlendi. Bir çalışma da bir, iki ve üç kez doğum öncesi bakıma katılma (dört veya daha fazla katılmaya göre) (127) obstetrik şiddet için risk faktörü olarak belirlenirken bir çalışma da doğum öncesi bakıma hiç katılmama (132) risk faktörü olarak bildirilmektedir.

4.8.1.3. Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı ile İlgili Faktörler

Birer çalışma da beş veya daha fazla bakım veren tarafından bakım alma (153) ve yardımcı hemşire veya personel hemşire tarafından bakım alma (137) obstetrik şiddet ile ilişkili risk faktörleri olduğu bildirilmektedir.

4.8.1.4. Yenidoğan ile İlgili Faktörler

İki çalışma da bebeği yenidoğan bakım ünitesine kabul edilmesinin (11, 141) obstetrik şiddet ile ilişkili risk faktörleri olduğu bildirilmektedir.

4.8.2. Obstetrik Şiddet ile İlişkili Koruyucu Faktörler

Obstetrik şiddet ile ilişkili koruyucu faktörleri Tablo 6'da gösterilmektedir. Bu faktörler genel olarak şu şekilde kategorize edildi: (1) Sosyo-demografik faktörler, (2) obstetrik faktörler.

Tablo 6. Obstetrik şiddet ile ilgili koruyucu faktörler

Koruyucu faktörler	Çalışmalar
Sosyodemografik faktörler	
İlkokul mezunu olma	(15)
Refakatçi desteği alma	(11, 129)
Partnerin mesleği	(136)
Bekleme odasında eş ile birlikte bulunma	(151)
Eşi çalışan kadın olma	(42)
Obstetrik faktörler	
Primipar olma	(11)
Doğum sayısının 3 ile 5 arasında olması	(128)
Antenatal bakım ziyareti yapmış olma	(129)
Epizyotomi olmaksızın vajinal doğum yapma	(153)
Non-farmakolojik yöntemlerle doğum ağrısının kontrol edilmesi	(11)
Doğumda ebelerin bulunması	(151)
Doğumda özel doktor veya ebelerin bulunması	(151)
Doğum planına uygun hareket edilmesi	(141)
Ten tene temasın sağlanması	(141)

4.8.2.1. Sosyodemografik Faktörler

Birer çalışma da ilkökul eğitim düzeyine sahip olma (15), partnerin mesleği (136), bekleme odasında eş ile birlikte bulunma (151), eşinin çalışması (42) obstetrik şiddet ile ilişkili koruyucu faktörleri olduğu bildirilmektedir. İki çalışmada refakatçi desteği almanın (11, 129) obstetrik şiddet ile ilişkili koruyucu faktörleri olduğu bildirilmektedir.

4.8.2.2. Obstetrik Faktörler

Birer çalışma da primipar olma (11), doğum sayısının 3 ile 5 arasında olması (128), antenatal bakım ziyareti yapmış olma (129), epizyotomi olmaksızın vajinal doğum yapma (153), non-farmakolojik yöntemler ile doğum ağrısının kontrol edilmesi (11), doğumda ebelerin bulunması, doğumda özel doktor veya ebelerin bulunması (151), doğum planına uygun hareket edilmesi (141) obstetrik şiddet ile ilişkili koruyucu faktörleri olduğu bildirilmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu meta-analiz çalışmasının amacı, kadınların gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde obstetrik şiddetin genel yaygınlığını ve buna katkıda bulunan faktörleri belirlemektir. Şu anda kötü muameleyi ifade etmek için “saygısız bakım”, “saygısızlık ve istismar” ve “obstetrik şiddet” gibi birden fazla ifade kullanılmakta olup, uluslararası kabul görmüş bir tanımı bulunmamaktadır (46, 160). Bu çeşitlilik, terimlerin standart bir anlam kazanmasını zorlaştırmakta ve karşılaştırılabilirliği sınırlamaktadır. Bu nedenle, veri tabanı taramasında “saygısızlık ve istismar”, “kötü muamele” ve “obstetrik şiddet” terimlerini kullandık. Çalışmamızda ise literatürdeki kavramsal çeşitliliği göz önünde bulundurarak ve konunun daha anlaşılır bir şekilde ele alınmasını sağlamak amacıyla “obstetrik şiddet” terimini tercih ettik. Bu sayede, tanım ve analizlerde tutarlı bir çerçeve sağlanarak, elde edilen bulguların net bir şekilde değerlendirilmesi hedeflendi. Ancak, literatürde kullanılan farklı terimlerin çalışmamızla karşılaştırılabilirliği sınırladığı unutulmamalıdır.

Literatürde doğum sürecinde obstetrik şiddet/saygısızlık/istismarın yaygınlığını inceleyen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmaları (46–49) yer almaktayken sadece iki meta-analiz çalışmada doğum sürecindeki saygısızlık ve istismar ile ilişkili faktörler incelenmektedir (47, 50). Ancak obstetrik şiddete kadınlar sadece doğum sürecinde değil gebelik veya doğum sonrası dönemde de maruz kalabilmektedir. Bu çalışma kadınların gebelik sürecinden doğum sonu döneme kadar olan dönemde maruz kaldığı obstetrik şiddeti/saygısız ve istismarın yaygınlığı ve ilişkili faktörleri açıklayan ilk çalışmadır. Elde edilen sonuçlar, konu hakkında kapsamlı ve güncel bilgileri ortaya koyması açısından değerlidir. Ayrıca, bulgular, hemşirelerin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlara yönelik saygılı, bireyselleştirilmiş ve kültürel duyarlı bakım sunmalarını teşvik etmektedir. Bu sonuçlar, hemşirelerin empatik iletişim becerilerini güçlendirmeleri, risk faktörlerini tanımaları ve kadınların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini artırmaya yönelik stratejiler geliştirmeleri konusunda rehberlik edebilir.

5.1. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Meta-analiz Bulgularının Tartışılması

Her kadının gebelik ve doğum sürecinde onurlu ve saygılı bir sağlık hizmeti alma hakkı, şiddet ve ayrımcılıktan uzak olma hakkıyla birlikte, ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarına sahip olma hakkı bulunmaktadır (9). Ancak, dünya genelinde birçok kadın, sağlık kuruluşlarında gebelik veya doğum sırasında obstetrik şiddete maruz kalmaktadır. Bu meta-analiz çalışması kapsamında 5 veri tabanında yapılan elektronik tarama

sonucunda dahil etme ve dışlama kriterlerine göre dahil edilen 41 çalışmanın verileri doğrultusunda kadınların gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde maruz kaldığı obstetrik şiddetin (veya saygısızlık, istismar ve kötü muamelenin) birleştirilmiş yaygınlığı %61.7 (95% GA, 0.549-0.680) olarak belirlendi. Çalışmamızın bulguları, doğum sürecinde kadınların obstetrik şiddet, saygısızlık ve istismar deneyimlerini inceleyen diğer araştırmalarla karşılaştırıldığında, Sahra Altı Afrika ülkelerinde (%44.09, 95% CI: 29.94–58.24) (49), Etiyopya’da (%49.4, 95% CI: 30.9–68.1) (48), yüksek gelirli ülkelerde (%45.3, 95% CI: 27.5–63.0) (46) ve Doğu Afrika’da (%46.85, 95% CI: 45.26–66.98) (47) yürütülen çalışmalardan daha yüksek oranlarda obstetrik şiddet bildirmektedir. Çalışmalar arasındaki bu farklılıklar, çalışmanın kapsadığı coğrafi bölgeler, çalışmalar arasındaki veri toplama zamanlaması, ortamı ve yöntemiyle ilişkilendirilebilir. Saygısızlık ve istismarın her boyutunu tanımlamak için kullanılan yapılar ve operasyonel tanımlardaki çeşitlilik, elde edilen sonuçların farklılık göstermesine yol açmaktadır. Standart tanımlar, araçlar ve yöntemlerin eksikliği, tahmini yaygınlık oranlarının raporlanmasında potansiyel hatalara neden olabilir ve bu durum çalışmalardaki bulguların karşılaştırılabilirliğini ve genelleştirilebilirliğini olumsuz etkileyebilir (161). Ayrıca, sosyoekonomik ve kültürel farklılıklar, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bilgi, tutum ve becerilerindeki farklılıklar ve sağlık sistemlerinin yapısal özellikleri, sonuçların çeşitlenmesine katkıda bulunan önemli faktörlerdir (49). Çalışma süresi, örnekleme teknikleri ve veri toplama süreçlerindeki farklılıklar da bulgular üzerindeki etkiyi artırmaktadır (161). Bunun yanında, bazı bölgelerde kadınların erkek sağlık hizmeti sağlayıcılarını, diğer bölgelerde ise kadın sağlık hizmeti sağlayıcılarını tercih etmesi gibi demografik değişkenler de sonuçlar üzerinde etkili olabilir (49). Tüm bu faktörler, çalışmalardaki obstetrik şiddet yaygınlığındaki farklılıkların temel açıklayıcı unsurları olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, meta-analiz sonucunun heterojen çıkması da bu farklılıkları destekler niteliktedir. Nitekim, tutarlı olmayan tanımlama kriterleri ve operasyonel tanımların yanı sıra farklı çalışma yöntemleri ve tasarımlarının, yaygınlık tahminlerinin bir araya getirilmesini zorlaştırmasıyla ilişkilendirilebilir (62). Bu metodolojik çeşitlilik, çalışmalarda belirgin bir heterojenlik oluşturarak meta-analiz sonuçlarının homojenliğini engellemekte ve genel sonuçların tutarlılığını azaltmaktadır.

5.2. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Moderatör Analiz Bulgularının Tartışılması

Meta-analizde, çalışmalardaki sonuç farklarının rastgele hatalar, yöntem farklılıkları veya katılımcı özellikleri gibi etkenlerden kaynaklanabilen heterojenliği belirlemek için Cochran Q ve I^2 gibi testler kullanılmaktadır (119); heterojenliğin varlığında ise meta-regresyon ve alt grup analizleri gibi duyarlılık analizlerinin yapılması önerilmektedir (162). Bu meta-analizde, çalışmalar arası heterojenliğe neden olan önemli varyasyonu yönetmek amacıyla rastgele etki modeli uygulandı. Heterojenliğin varlığını belirlemek için, çalışmaların yapıldığı ülke, ülkelerin gelir düzeyi, çalışma ortamı, verilerin toplanma süresi, teorik/kavramsal çerçeve, veri toplama dönemi, çalışma tasarımı ve yanlılık riskine dayalı meta-regresyon yapıldı. Önemli heterojenlik, çalışmaların yapıldığı ülke ($Q=38.49$; $df=16$; $p=0.0013$), ülkelerin gelir düzeyi ($Q=10.89$; $df=3$; $p=0.0123$), çalışma ortamı ($Q=10.29$; $df=2$; $p=0.0058$), çalışma tasarımı ($Q=12.01$, $df=3$, $p=0.0074$) ve yanlılık riski ($Q=7.02$, $df=2$, $p=0.0299$) değişkenlerinden kaynaklandığı belirlendi. Çalışma bulgularına benzer olarak Gebeyehu ve ark. (2023) yürüttükleri meta-analiz çalışmasında çalışma ortamının heterojenliği etkileyen bir değişken olduğu bildirilmektedir (47). Heterojenliğin, çalışmaların yapıldığı ülke, ülkelerin gelir düzeyi, çalışma ortamı, çalışma tasarımı ve yanlılık riski gibi parametrelerde bulunmasının nedeni, bu değişkenlerin her birinin, kadınların obstetrik deneyimlerine yönelik obstetrik şiddet algısı ve raporlamasını etkileyen sosyal, kültürel ve ekonomik faktörleri yansıtması olabilir. Örneğin, farklı ülkelerdeki sağlık sistemleri, toplumsal cinsiyet normları ve ekonomik koşullar, kadınların maruz kaldığı obstetrik şiddet üzerinde önemli farklılıklara yol açabilir. Ayrıca, çalışma tasarımları ve yanlılık riskleri, elde edilen verilerin güvenilirliğini ve geçerliliğini etkileyerek, obstetrik şiddetin yaygınlığını ölçme sonuçlarını çeşitlendirmektedir. Bu nedenle, heterojenliğin bu parametrelerde belirlenmesi, obstetrik şiddetin kapsamını ve itici güçlerini anlamak için kritik bir öneme sahiptir.

5.3. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Anlatı Sentezi Bulgularının Tartışılması

Bu meta-analizde kadınların gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde obstetrik şiddete maruz kalması ile ilişkili çok sayıda sosyo-demografik, obstetrik, sağlık hizmeti sağlayıcısı ve yenidoğan ile ilgili risk faktör olduğu belirlendi. Diğer meta-analiz çalışmalarında elde edilen bulgularla uyumlu olarak, Gebeyehu ve ark. doğum sırasında komplikasyon varlığının, devlet hastanelerinde bakım almanın, düşük refah endeksinin

(47); Fernandes ve ark. ise örgün eğitimi olmamanın, doğum komplikasyonunun, kamu tesisinde doğum yapmanın (50) obstetrik şiddet için risk faktörleri olduğunu bildirmektedir. Çalışma bulgularının aksine, müdahaleli doğum (47, 50, 163), kırsal alanda yaşama (50, 164), ortaöğretim veya daha üst eğitim düzeyi (165, 166), ilk çocuk olması (166, 167), son 12 ayda düşük ruh hali bildirme, fiziksel tacize veya tecavüze uğrama (166), dört ve üzeri çocuk doğurmuş olma, doğumun kadın sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmiş olması (163), ikiden az sağlık personeli tarafından doğum hizmeti alma, tıbbi malzeme sıkıntısı olan bir sağlık kuruluşunda doğum hizmeti alma, doğumun erkek sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi (168), 10-19 yaş aralığında doğum yapan kadınlar, sezaryen doğum (164), göçmen geçmişi olan ve yüksek eğitim düzeyine sahip olma (169) obstetrik şiddet için risk faktörü olarak bildirilmektedir. Bu sonuçlar, obstetrik şiddetin risk faktörlerinin karmaşık bir etkileşim içinde olduğunu ve kadınların gebelik ve doğum deneyimlerinin sosyo-demografik, obstetrik ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ilgili faktörlerden etkilendiğini ortaya koymakta; bu nedenle, etkili müdahale stratejilerinin geliştirilmesi için bu faktörlerin dikkatlice değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Nitekim her kadının geçmişi, sağlık durumu veya sosyal statüsü ne olursa olsun sağlık personeli tarafından onur ve saygıyla muamele görme hakkı vardır. Bu, genç, yaşlı, bekar, fakir, eğitimsiz, HIV pozitif veya toplumunda azınlık olan kadınları içermektedir ancak bu faktörlerle sınırlı değildir (170).

Bu meta-analizde kadınların gebelik, doğum veya doğum sonrası dönemde obstetrik şiddete maruz kalması ile ilişkili bazı sosyo-demografik ve obstetrik faktörlerin koruyucu faktör olduğu belirlendi. Çalışma bulgularına benzer şekilde literatür de ikinci veya daha fazla doğum yaptığını bildiren kadınların (165, 169) daha az obstetrik şiddet deneyimlediği bildirilmektedir. Çalışma bulgularının aksine ise evli olma (166), evli olmama (bekar, dul veya boşanmış) (165), doğum için doğrudan tesise gitme, sezaryen doğum yapma (166), doğumun kadın sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi (165), hafta içi gündüz doğum yapma (171), ileri yaş (169) ve Müslümanlık (171) obstetrik şiddet için koruyucu olan diğer faktörlerdir. Bu faktörler, obstetrik şiddete maruz kalma riskinin, kadınların gebelik ve doğum süreçlerinde karşılaştıkları sosyo-demografik ve obstetrik faktörlerle bağlantılı olduğunu ve bazı faktörlerin koruyucu etkiler sağladığını göstermekte, böylece sağlık hizmeti sunumunda dikkate alınması gereken önemli unsurların varlığını vurgulamaktadır.

5.4. Araştırmaya Dahil Edilen Çalışmaların Yayın Yanlılığının Tartışılması

Meta-analizde yayın yanlılığı, çalışmalardaki belirli bulguların yayınlanmaması veya belirli dil ve kriterlerde çalışmaların tercih edilmesi gibi nedenlerle analiz sonuçlarını olumsuz etkileyebilir; bu nedenle, yayın yanlılığını tespit etmek için huni grafiği ve Egger testi gibi çeşitli yöntemler kullanılır (119). Bu meta-analizde yayın yanlılığı için yapılan huni grafiği ve Egger testi analizlerinde toplam obstetrik şiddet ($t= 3.853$, $df: 39$, $p<0.001$), çevrimiçi çalışma ortamı ($t= 2.505$, $df: 10$, $p= 0.031$), kesitsel araştırmalar ($t= 4.267$, $df: 33$, $p= 0.0001$) ve orta yanlılık riski ($t= 2.295$, $df: 25$, $p= 0.030$) veri setlerinde yayın yanlılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Bu sonuçlar, yayın yanlılığı riskini en aza indirmek ve elde edilen yaygınlık tahminlerinin geçerliliği ile genelleştirilebilirliğini artırmak için sağlam metodolojik tasarıma sahip çalışmaların önemini ortaya koymaktadır. Gelecekteki araştırmalarda, farklı çalışma türleri ve örneklem gruplarını içeren daha geniş veri setlerinin kullanılması, yayın yanlılığını azaltarak daha güvenilir sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayabilir. Nitekim, genel kanıt kalitesinin değerlendirilmesi sonucunun çok düşük kesinlikte olması da bu sonuçları destekler niteliktedir (172).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Obstetrik şiddetin yaygınlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla meta-analiz yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

- Obstetrik şiddetin birleştirilmiş yaygınlığı %61.7 olarak belirlenmiş olup, her 10 kadından 6'sının obstetrik şiddet maruziyeti olduğu söylenebilir.
- Elde edilen yüksek heterojenlik ($I^2 = 99.258$) değeri, farklı coğrafi bölgeler ve çalışma koşullarının obstetrik şiddet üzerindeki etkisini vurgulamaktadır.
- Meta-regresyon analizi, obstetrik şiddet üzerinde ülkelerin gelir düzeyi, çalışma ortamı, tasarım türü ve yanlılık riski gibi moderatör değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir.
- Çalışmaların yapıldığı ülkelere göre yapılan alt grup analizi, obstetrik şiddetin Batı Şeria'dan Fransa'ya kadar geniş bir yelpazede farklı prevalanslarla görüldüğünü ortaya koymaktadır.
- Düşük gelirli ülkelerde, kurum tabanlı ve kesitsel tasarımlı çalışmalarda obstetrik şiddetin daha yüksek oranlarda raporlandığı gözlemlenmektedir.
- Yanlılık riski ile ilgili yapılan analizler ise, düşük yanlılık riskine sahip çalışmaların daha yüksek obstetrik şiddet prevalansları sunduğunu göstermektedir.
- Obstetrik şiddet ile ilişkili 40 risk faktörü ve 14 koruyucu faktör olduğu belirlendi.

Yukarıda verilmiş olan sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıda yer almaktadır:

- Kadınlar İçin Bilgilendirme ve Eğitim Programları: Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların hakları ve olası şiddet durumlarına karşı bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Kadınların bu dönemde karşılaştıkları şiddet hakkında bilgilendirilmesi, şiddeti tanımlayabilmeleri ve şiddete uğradıklarında uygun desteği alabilmeleri açısından faydalı olacaktır.
- Kadınların Güçlendirilmesi: Kadınlar için psikolojik destek ve güçlendirme programları sunulmalı, kadınların şiddetle karşılaştıklarında seslerini duyurabilmeleri teşvik edilmelidir. Toplumda kadınların haklarına saygı gösterilmesi, onları güçlendirecek bir adım olacaktır.

- Toplum Temelli Destek Ağı: Yerel yönetimler ve STK'lar, obstetrik şiddete karşı kadınları destekleyecek ağlar kurmalı, kadınların bu ağlardan faydalanabilmesi için bilinçlendirici faaliyetlerde bulunmalıdır.
- Çeşitli Coğrafi Bölgelerde Araştırmalar: Bu meta-analizin bulguları, obstetrik şiddet prevalansının coğrafi ve kültürel farklılıklara bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir. Gelecek araştırmalarda, farklı ülkeler ve kültürel bağlamlarda obstetrik şiddet hakkında daha fazla veri toplanarak, bölgesel farklar ve bağlamın etkisi daha ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir.
- Uzun Dönemli Çalışmalar ve Müdahale Araştırmaları: Gelecek araştırmalar, obstetrik şiddetle mücadelede etkili müdahalelerin nasıl geliştirilip uygulanabileceğini araştırmalıdır. Uzun dönemli çalışmalar, obstetrik şiddeti önlemeye yönelik sağlık politikalarının etkisini değerlendirebilir.
- Risk ve Korumucu Faktörlerin Derinlemesine Analizi: Bu çalışmada, obstetrik şiddet ile ilişkili 40 risk faktörü ve 14 koruyucu faktör belirlendi. Gelecek araştırmalarda, bu faktörlerin daha derinlemesine incelenmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve şiddetle mücadelede etkili stratejilerin geliştirilmesi açısından önemli olacaktır.
- Şiddet Algısı ve Kadınların Deneyimlerinin İrdelenmesi: Araştırmalar, kadınların obstetrik şiddeti algılama biçimlerini ve bu şiddetle karşılaştıklarında yaşadıkları psikolojik ve fiziksel etkileri daha ayrıntılı bir şekilde ele almalıdır. Kadınların şiddet deneyimlerinin niteliksel olarak incelenmesi, sağlık hizmetleri ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesi açısından faydalı olabilir.
- Eğitim ve Farkındalık Programları: Sağlık çalışanlarına yönelik düzenlenecek eğitim programları, obstetrik şiddet konusunda farkındalığı artırmalı ve kadınların bu tür şiddete karşı nasıl destek alabileceklerini öğrenmeleri sağlanmalıdır. Eğitimlerde, şiddet içeren davranışların tanımlanması, etkileri ve kadınların hakları hakkında kapsamlı bilgiler verilmelidir.
- Destek Sistemleri Kurulması: Sağlık kurumlarında, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların şiddet deneyimlerini bildirebileceği güvenli destek sistemleri oluşturulmalıdır. Bu sistemler, kadınların şiddet mağduru olabileceklerini hissettikleri durumda güvenli bir ortamda destek alabilmelerini sağlamalıdır.

- İyileştirilmiş İzleme ve Değerlendirme: Sağlık kurumları, obstetrik şiddeti izlemek ve raporlamak için daha sistematik bir yaklaşım benimsemelidir. Çalışanlar arasında şiddet olaylarını raporlama kültürünün oluşturulması, şiddetle mücadelede etkili bir izleme sağlanabilir.
- Politika Geliştirme: Obstetrik şiddetle mücadele için sağlık politikaları oluşturulmalı ve bu politikalar, sağlık çalışanlarıyla birlikte toplum genelinde de yaygınlaştırılmalıdır. Sağlık sistemleri, obstetrik şiddetin engellenmesine yönelik daha güçlü yasa ve düzenlemelere ihtiyaç duymaktadır.
- Uluslararası İşbirlikleri: Obstetrik şiddetle mücadelede uluslararası işbirlikleri güçlendirilmeli, farklı ülkeler arasında deneyim paylaşımı ve iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. Bu, global ölçekte obstetrik şiddetin önlenmesine yönelik etkili stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunabilir.
- Yasal Düzenlemeler ve Uygulama: Ülkeler, obstetrik şiddetin yasal bir suç olarak kabul edilmesi gerektiği konusunda adımlar atmalıdır. Yasal düzenlemelerin yanı sıra, bu tür şiddetle mücadeleye yönelik etkin denetim ve uygulama mekanizmaları oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (2024). Violence against women [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>. [Accessed 25 March 2024].
2. Kilci Ş, Demirel ÖB, Saruhan A (2020). Bir kadın hakkı ihlali: obstetrik şiddet. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 29: 122–128.
3. Chervenak FA, McLeod-Sordjan R, Pollet SL, De Four Jones M, Gordon MR, Combs A, Bornstein E, Lewis D, Katz A, Warman A, Grünebaum A (2023). Obstetric violence is a misnomer. *Am J Obstet Gynecol* 230: S1138–S1145.
4. Alnabilsy R, Sharon D (2023). The experience of pregnancy and childbirth overshadowed by obstetric violence and structural barriers of the Israeli health system from the perspective of Arab and Jewish women. *Qual Health Res* 33: 647–659.
5. Pérez D'Gregorio R (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet* 111: 201–202.
6. Faheem A (2021). The nature of obstetric violence and the organisational context of its manifestation in India: a systematic review. *Sex Reprod Health Matters* 29: 2004634.
7. Finuoli DL, Di M, Finuoli L (2023). Obstetric Violence in Italy. *Hospitals* 1: 3–15.
8. Chadwick R (2021). Breaking the frame: obstetric violence and epistemic rupture. *Agenda* 35: 104–115.
9. World Health Organization (2014). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: World Health Organization [online]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>. [Accessed 10 February 2024].
10. Avci N, Kaydirak MM (2023). A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey. *Midwifery* 121: 103658.
11. Aşci Ö, Bal MD (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.

12. Çetin SA, Ergün G, Işık I (2024). Obstetric violence in southwestern Turkey: risk factors and its relationship to postpartum depression. *Health Care Women Int* 45: 217–235.
13. Okyay EK, Bal Z, Barut S, Güney E (2022). Components of obstetric violence: A descriptive study on physical abuse, non-consented care and non-confidential care. *J Clin Med Kaz* 19: 32–39.
14. Shetty RK, Samant PY, Honavar PU (2021). Obstetric violence: a health system study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 10: 1551–1560.
15. Mihret MS (2019). Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes* 12: 600.
16. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya S, Ponce de León R, Damaso AH, Domingues MR, da Silveira MF (2018). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health* 15: 54.
17. Bhattacharya S, Sundari Ravindran TK (2018). Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BMC Pregnancy Childbirth* 18: 338.
18. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ (2020). Obstetric violence in Spain (Part I): women's perception and interterritorial differences. *Int J Environ Res Public Health* 17: 7726.
19. Abuya T, Sripad P, Ritter J, Ndwiga C, Warren CE (2018). Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. *Reprod Health Matters* 26: 48–61.
20. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, Thwin SS, Aderoba AK, Vogel JP, Irinyenikan TA, Adeyanju AO, Mon NO, Adu-Bonsaffoh K, Landoulsi S, Guure C, Adanu R, Diallo BA, Gülmezoglu AM, Soumah AM, Sall AO, 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: 1750–1763.

21. Galle A, Manaharlal H, Cumbane E, Picardo J, Griffin S, Osman N, Roelens K, Degomme O (2019). Disrespect and abuse during facility-based childbirth in southern Mozambique: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 19: 369.
22. Hameed W, Avan BI (2018). Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. *PloS One* 13: e0194601.
23. Lansky S, De Souza KV, De Moraes Peixoto ER, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, De Oliveira Cunha R, De Lima Friche AA (2019). Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Cien Saude Colet* 24: 2811–2824.
24. Montesinos-Segura R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Rondan A, Helguero-Santin LM, Martinez-Ninanqui FW, Centeno DL, Jiménez-Meza Y, Taminche-Canayo RC, Paucar-Tito L, Villamonte-Calanche W (2018). Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynaecol Obstet* 140: 184–190.
25. Mena-Tudela D, González-Chordá VM, Soriano-Vidal FJ, Bonanad-Carrasco T, Centeno-Rico L, Vila-Candel R, Castro-Sánchez E, Cervera Gasch Á (2020). Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Educ Today* 88: 104364.
26. Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T (2019). Obstetric violence: clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* X 1: 100007.
27. Carolina V, Ramos S, Rafaela Da Silva S, Cividini FR, Morgado DL (2022). Reflections in the literature on the performance of nursing to prevent obstetric violence in primary care. *Res Soc Dev* 11: e380111234668–e380111234668.
28. Garcia LM (2020). A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nurs Forum* 55: 654–663.
29. Castro R, Frías SM (2020). Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. *Violence Against Women* 26: 555–572.

30. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ, Andreu-Pejó L, Cervera-Gasch Á (2021). Obstetric violence in Spain (Part III): healthcare professionals, times and areas. *Int J Environ Res Public Health* 18: 3359.
31. Yıldız H (2019). Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya Sağlık Örgütü önerileri. *KOU Sag Bil Derg* 5: 98–105.
32. World Health Organization (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [online]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. [Accessed: 12 May 2024].
33. United Nations (2021). The Sustainable Development Goals Report [online]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/>. [Accessed 25 March 2024].
34. Kujawski S, Mbaruku G, Freedman LP, Ramsey K, Moyo W, Kruk ME (2015). Association between disrespect and abuse during childbirth and women's confidence in health facilities in Tanzania. *Matern Child Health J* 19: 2243–2250.
35. Annborn A, Finnbogadóttir HR (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery* 105: 103212.
36. Leite TH, Marques ES, Mesenburg MA, Freitas da Silveira M, Leal M do C (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort “Birth in Brazil”. *Lancet Reg Health Am* 19: 100438.
37. Leite TH, Carvalho TDG, Marques ES, Pereira APE, da Silva AAM, Nakamura-Pereira M, Leal M do C (2022). The association between mistreatment of women during childbirth and postnatal maternal and child health care: findings from “Birth in Brazil.” *Women Birth* 35: 28–40.
38. Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM (2022). Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: an observational study. *Midwifery* 108: 103297.

39. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, De Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, Stein A, Coll CVN (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *J Affect Disord* 256: 441–447.
40. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MDC (2022). Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Cien Saude Colet* 27: 483–491.
41. Martinez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM (2021). Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: a cross-sectional study. *J Pers Med* 11: 338.
42. Sanga NE, Joho AA (2023). Intrapartum violence during facility-based childbirth and its determinants: a cross-sectional study among postnatal women in Tanzania. *Womens Health (Lond)* 19: 17455057231189544.
43. Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti JJ (2018). “When helpers hurt”: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy Childbirth* 18: 211.
44. Martins A de C, Barros GM (2016). Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Revista Dor* 17: 215–218.
45. Shrivastava S, Sivakami M (2020). Evidence of “obstetric violence” in India: an integrative review. *J Biosoc Sci* 52: 610–628.
46. Fraser LK, Cano-Ibáñez N, Amezcua-Prieto C, Khan KS, Lamont RF, Jørgensen JS (2024). Prevalence of obstetric violence in high-income countries: a systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 00: 1–16.
47. Gebeyehu NA, Adella GA, Tegegne KD (2023). Disrespect and abuse of women during childbirth at health facilities in Eastern Africa: systematic review and meta-analysis. *Front Med* 10: 1117116.
48. Kassa ZY, Husen S (2019). Disrespectful and abusive behavior during childbirth and maternity care in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Res Notes* 12: 83.

49. Kassa ZY, 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 Int Health Hum Rights* 20: 23.
50. Fernandes A da C, Supriyanto S, Wahjuni CU, Notobroto HB, Wild K (2023). Factors associated with disrespect and abuse of women during labour and birth in health facilities in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Pharm Educ* 23: 53–59.
51. Işık B, Nazik E (2023). Obstetrik şiddet ve ebe/hemşirelerin sorumlulukları. *AvrasyaSBD* 6: 109–115.
52. Chadwick R (2017). Ambiguous subjects: obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Fem Psychol* 27: 489–509.
53. Chadwick RJ (2016). Obstetric violence in South Africa. *S Afr Med J* 106: 5–8.
54. Chattopadhyay S, Mishra A, Jacob S (2018). ‘Safe’, yet violent? Women’s experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Cult Health Sex* 20: 815–829.
55. Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cericco M, Vannacci A (2018). Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: a community-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 224: 208–209.
56. Savage V, Castro A (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health* 14: 138.
57. Barata C, Simões V, Soromenho F (2023). Obstetric violence: a form of gender-based violence. In: Banwel S, Black L, Cecil DK, Djamba YK, Kimuna SR, Milne E, Seal L, Tenkorang EY, editors. *The Emerald International Handbook of Feminist Perspectives on Women’s Acts of Violence* Bingley, UK: Emerald Publishing, pp 203–217.
58. Perrotte V, Chaudhary A, Goodman A, Perrotte V, Chaudhary A, Goodman A (2020). “At least your baby is healthy”: obstetric violence or disrespect and abuse in childbirth occurrence worldwide: a literature review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 10: 1544–1562.

59. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ, Andreu-Pejó L, Cervera-Gasch Á (2021). Obstetric violence in Spain (Part III): healthcare professionals, times, and areas. *Int J Environ Res Public Health* 18: 3359.
60. Karaçam Yılmaz ZD, Yetişkin G, Keser Özcan N (2023). Obstetrik şiddeti anlamak. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi* 5: 109–114.
61. Bowser D, Hill MPKH (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project Harvard School of Public Health University Research Co, LLC.
62. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, Aguiar C, Saraiva Coneglian F, Diniz ALA, Tunçalp Ö, Javadi D , Oladapo OT, Khosla R, Hindin MJ, Gülmezoglu AM(2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine* 12: e1001847.
63. Mayra K, Sandall J, Matthews Z, Padmadas SS (2022). Breaking the silence about obstetric violence: body mapping women’s narratives of respect, disrespect and abuse during childbirth in Bihar, India. *BMC Pregnancy Childbirth* 22: 318.
64. Diaz-Tello F (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters* 24: 56–64.
65. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, McLemore M, Cadena M, Nethery E, Rushton E, Schummers L, Declercq E, GVtM-US Steering Council (2019). The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health* 16: 77.
66. Perera D, Munas M, Swahnberg K, Wijewardene K, Infanti JJ, Group OBOTAS (2022). Obstetric violence is prevalent in routine maternity care: a cross-sectional study of obstetric violence and its associated factors among pregnant women in Sri Lanka’s Colombo District. *Int J Environ Res Public Health* 19.
67. Molla W, Wudneh A, Tilahun R (2022). Obstetric violence and associated factors among women during facility based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 22: 565.

68. Farouk SL, Amole TG, Kabir M, Abubakar IS, Iliyasu Z (2021). Obstetrics violence among parturient women in Kano State, north-west Nigeria. *Sex Reprod Healthc* 29: 100620.
69. Yalley AA (2023). We beat them to help them push”: midwives’ perceptions on obstetric violence in the Ashante and Western Regions of Ghana. *Women* 3: 22–40.
70. Martins L de CA, Silva EB da, Dilélio AS, Costa MC da, Colomé ICDS, Arboit J (2018). Gender violence: knowledge and professional conduct of the family health strategy. *Rev Gaucha Enferm* 39: e20170030.
71. Khalil M, Carasso KB, Kabakian-Khasholian T (2022). Exposing obstetric violence in the Eastern Mediterranean Region: a review of women’s narratives of disrespect and abuse in childbirth. *Front Glob Womens Health* 3: 850796.
72. Isık B, Nazik E (2023). Determination of obstetric violence and affecting factors: a cross-sectional research. doi:10.21203/RS.3.RS-3291631/V1.
73. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, Vogel JP, Bohren MA (2017). A qualitative study of women’s and health providers’ attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reprod Health* 14: 4.
74. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, Oyeniran AA, Ogunlade M, Metiboba L, Osunsan OR, Idris HA, Alu FE, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Hindin MJ (2016). “By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her”: a qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM Popul Health* 2: 640–655.
75. Jardim DMB, Modena CM (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem* 26: 3069.
76. Yalley AA, Abioye D, Appiah SCY, Hoeffler A (2023). Abuse and humiliation in the delivery room: Prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. *Front Public Health* 11: 988961.

77. Ratcliffe HL, Sando D, Lyatuu GW, Emil F, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP (2016). Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. *Reprod Health* 13: 79.
78. Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, Emil F, Wegner MN, Chalamilla G, Langer A (2016). The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 16: 236.
79. Kruk ME, Paczkowski M, Mbaruku G, De Pinho H, Galea S (2009). Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: a population-based discrete choice experiment. *Am J Public Health* 99: 1666–1672.
80. Chadwick RJ, Cooper D, Harries J (2014). Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: a qualitative study. *Midwifery* 30: 862–868.
81. da Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK (2014). Obstetric violence according to obstetric nurses. *Rev Rene* 15: 720–728.
82. da Silva TM, Feitosa Sousa KHJ, da Silva Oliveira AD, Miranda Amorim FC, Landim Almeida CAP (2020). Obstetric violence: theme approach in the training of Certified Nurse-Midwives. *Acta Paul Enferm* 33: eAPE20190146.
83. Balensiefen AM (2023). Nursing-related interventions to obstetric violence: a literature nursing-related interventions to obstetric violence: a literature review Honors Undergraduate Theses, University of Central Florida, College of Nursing, United States.
84. Santos Zanchetta M, Silva Santos W, Ventura de Souza K, Rodrigues Pina V, Hwu H, Stahl H, Argumedo-Stenner H, Osei-Boateng J, Zimmerman R, Dumont Pena É, Cabral IE, de Oliveira Carvalho AL, Pereira AV, Gomes Vieira BD, Alves VH, Ventura Felipe IC, Guruge S, St. Amant O, Costa E, Vda de Escobar HP (2021). Amplifying voices on obstetric violence: recommendations for advocacy by an obstetric nurse. *Esc Anna Nery* 25: e20200449.
85. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol* 18: 143.

86. Higgins J, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Page M, Welch V (Eds.) (2024). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.5 (updated August 2024) Cochrane [online]. Available from: www.training.cochrane.org/handbook. [Accessed 1 October 2024].
87. Impellizzeri FM, Bizzini M (2012). Systematic review and meta-analysis: a primer. *Int J Sports Phys Ther* 7: 493–503.
88. Muka T, Glisic · Marija, Milic J, Verhoog S, Bohlius J, Bramer W, Chowdhury R, Franco OH (2020). A 24-step guide on how to design, conduct, and successfully publish a systematic review and meta-analysis in medical research. *Eur J Epidemiol* 35: 49–60.
89. Hansen C, Steinmetz H, Block J (2022). How to conduct a meta-analysis in eight steps: a practical guide. *Management Review Quarterly* 72: 1–19.
90. Tawfik GM, Dila KAS, Mohamed MYF, Tam DNH, Kien ND, Ahmed AM, Huy NT (2019). A step by step guide for conducting a systematic review and meta-analysis with simulation data. *Trop Med Health* 47: 46.
91. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Med Inform Decis Mak* 7: 16.
92. Cleyle S, Booth A (2006). Clear and present questions: formulating questions for evidence based practice. *Library Hi Tech* 24: 355–368.
93. Cooke A, Smith D, Booth A (2012). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res* 22: 1435–1443.
94. Karaçam Z (2013). Sistematik derleme metodolojisi: sistematik derleme hazırlamak için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 6: 26–33.
95. Palazuelos D, Ellis K, Im DDE, Peckarsky M, Schwarz D, Farmer DB, Dhillon R, Johnson A, Orihuela C, Hackett J, Bazile J, Berman L, Ballard M, Panjabi R, Ternier R, Slavin S, Lee S, Selinsky S, Mitnick CD (2013). 5-SPICE: the application of an original framework for community health worker program design, quality improvement and research agenda setting. *Glob Health Action* 6: 19658.

96. Gusenbauer M, Haddaway NR (2020). Which academic search systems are suitable for systematic reviews or meta-analyses? Evaluating retrieval qualities of Google Scholar, PubMed, and 26 other resources. *Res Synth Methods* 11: 181–217.
97. Pigott TD, Polanin JR (2019). Methodological guidance paper: high-quality meta-Analysis in a systematic review. *Review of Educational Research* 90: 24–46.
98. Harari MB, Parola HR, Hartwell CJ, Riegelman A (2020). Literature searches in systematic reviews and meta-analyses: A review, evaluation, and recommendations. *J Vocat Behav* 118: 103377.
99. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C (2016). PRESS peer review of electronic search strategies: 2015 guideline statement. *J Clin Epidemiol* 75: 40–46.
100. Terzi H, Kitis Y (2022). Kapsamlı literatür taramasının değerlendirilmesinde yeni bir çerçeve: PRESS 2015 rehberi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 16: 231–244.
101. Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, Koffel JB, PRISMA-S Group (2021). PRISMA-S: an extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. *Syst Rev* 10: 39.
102. Deliktaş A, Kabukcuoğlu K, Kış A (2016). Hemşirelikte meta-analiz uygulama süreci: metodolojiye yönelik bir rehber. *International Journal of Human Sciences* 13: 1906–1925.
103. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 372: 71.

104. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, Cates CJ, Cheng HY, Corbett MS, Eldridge SM, Emberson JR, Hernán MA, Hopewell S, Hróbjartsson A, Junqueira DR, Jüni P, Kirkham JJ, Lasserson T, Li T, McAleenan A, Reeves BC, Shepperd S, Shrier I, Stewart LA, Tilling K, White IR, Whiting PF, Higgins JPT (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 366: 4898.
105. Nahcivan N, Seçginli S (2017). Sistematik derlemeye dahil edilen nicel araştırmaların metodolojik kalitesi nasıl değerlendirilir. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics* 3: 10–19.
106. Sterne JAC, Hernán MA, McAleenan A, Reeves BC, Higgins JPT (2019). Assessing risk of bias in a non-randomized study. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* pp 621–641.
107. Aşık Z, Özen M (2019). Meta-analiz basamakları ve raporlanması. *The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)* 13: 232–240.
108. Mikolajewicz N, Komarova S V. (2019). Meta-analytic methodology for basic research: a practical guide. *Front Physiol* 10: 203.
109. Morgan RL, Thayer KA, Bero L, Bruce N, Falck-Ytter Y, Gherzi D, Guyatt G, Hooijmans C, Langendam M, Mandrioli D, Mustafa RA, Rehfuss EA, Rooney AA, Shea B, Silbergeld EK, Sutton P, Wolfe MS, Woodruff TJ, Verbeek JH, Holloway AC, Schünemann HJ (2016). GRADE: Assessing the quality of evidence in environmental and occupational health. *Environ Int* 92–93: 611–616.
110. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TA, Thacker SB (2000). Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis of observational studies in epidemiology (MOOSE) group. *JAMA* 283: 2008–2012.
111. Lee YH (2019). Strengths and limitations of meta-analysis. *The Korean Journal of Medicine* 94: 391–395.
112. Noble JH (2006). Meta-analysis: Methods, strengths, weaknesses, and political uses. *J Lab Clin Med* 147: 7–20.

113. Khan S, Memon B, Memon MA (2019). Meta-analysis: a critical appraisal of the methodology, benefits and drawbacks. *Br J Hosp Med (Lond)* 80: 636–641.
114. Lawrentschuk N, McCall J, Güller U (2009). Critical appraisal of meta-analyses: an introductory guide for the practicing surgeon. *Patient Saf Surg* 3: 16.
115. Munn Z, Stern C, Aromataris E, Lockwood C, Jordan Z (2018). What kind of systematic review should i conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Med Res Methodol* 18: 5.
116. Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C (2020). Systematic reviews of prevalence and incidence. Joanna Briggs Institute reviewer’s manual Adelaide, South Australia: The Joanna Briggs Institute pp 1–5.
117. Fentahun S (2024). Prevalence of depression and its associated factors among Ethiopian students: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 14: 76580.
118. Hoy D, Brooks P, Woolf A, Blyth F, March L, Bain C, Baker P, Smith E, Buchbinder R (2012). Assessing risk of bias in prevalence studies: modification of an existing tool and evidence of interrater agreement. *J Clin Epidemiol* 65: 934–939.
119. Benligül EM, Bektas M, Arslan G (2022). Meta-analizi anlamak ve yorumlamak: hemşireler için öneriler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 15: 86–98.
120. Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG (2019). Analysing data and undertaking meta-analyses. In: Julian P.T. Higgins, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* John Wiley & Sons, Ltd, pp 241–284.
121. Higgins JPT, Thompson SG (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med* 21: 1539–1558.
122. World Bank (2023). World bank country and lending groups [online]. Available from: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. [Accessed: 10 October 2024].

123. McCarthy KJ, Blanc AK, Warren CE, Kimani J, Mdawida B, Ndwidga C (2016). Can surveys of women accurately track indicators of maternal and newborn care? A validity and reliability study in Kenya. *J Glob Health* 6: 020502.
124. Umar N, Schellenberg J, Hill Z, Alas Bhattacharya A, Muzigaba M, Tunçalp Ö, Umar Sambo N, Shuaibu A, Marchant T (2022). To call or not to call: exploring the validity of telephone interviews to derive maternal self-reports of experiences with facility childbirth care in northern Nigeria. *BMJ Glob Health* 7: e008017.
125. Bhandari A, Wagner T (2006). Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Med Care Res Rev* 63: 217–235.
126. Adinew YM, Hall H, Marshall A, Kelly J (2021). Disrespect and abuse during facility-based childbirth in central Ethiopia. *Glob Health Action* 14: 1923327.
127. Bekele W, Bayou NB, Garedew MG (2020). Magnitude of disrespectful and abusive care among women during facility-based childbirth in Shambu town, Horro Guduru Wollega zone, Ethiopia. *Midwifery* 83: 102629.
128. Gebremichael MW, Worku A, Medhanyie AA, Berhane Y (2018). Mothers' experience of disrespect and abuse during maternity care in northern Ethiopia. *Glob Health Action* 11: 1465215.
129. Halil HM, Zeleke YT, Abdo RA, Benti AT (2020). Mistreatment and its associated factors among women during labor and delivery in Hospitals of Silte Town, Southern Ethiopia. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 8: 2342–2349.
130. Ibrahim IM, Mohammed OA, Mare KU, Mohammed MW, Aychiluhm SB (2022). Disrespect and abuse during focused antenatal care and associated factors among pregnant women who visited public health facilities in Awsi Rasu of Afar Region Northeast Ethiopia. *SAGE Open Med* 10: 20503121221139564.
131. Ukke GG, Gurara MK, Boynito WG (2019). Disrespect and abuse of women during childbirth in public health facilities in Arba Minch town, south Ethiopia - a cross-sectional study. *PloS One* 14: e0205545.
132. Usso AA, Adem HA, Alemu A, Mohammed A (2023). Disrespect and abuse during childbirth in East Hararghe Zone public health facilities, eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *Front Glob Womens Health* 4: 1237098.

133. Yosef A, Kebede A, Worku N (2020). Respectful maternity care and associated factors among women who attended delivery services in referral Hospitals in Northwest Amhara, Ethiopia: a cross-sectional study. *J Multidiscip Healthc* 13: 1965–1973.
134. Dasari P, Sastry JG, Thulasingham M, Fisher J, Chandrasekaran N (2024). Determinants of respectful maternity care at a tertiary care teaching institute in South India: A mixed-methods study. *Int J Gynaecol Obstet* 164: 721–731.
135. Dorairajan G, Gopalakrishnan V, Chinnakali P, Balaguru S (2021). Experiences and felt needs of women during childbirth in a tertiary care center: a hospital-based cross-sectional descriptive study. *J Obstet Gynaecol India* 71: 21–26.
136. Goli S, Ganguly D, Chakravorty S, Siddiqui MZ, Ram H, Rammohan A, Acharya SS (2019). Labour room violence in Uttar Pradesh, India: evidence from longitudinal study of pregnancy and childbirth. *BMJ open* 9: e028688.
137. Nawab T, Erum U, Amir A, Khalique N, Ansari MA, Chauhan A (2019). Disrespect and abuse during facility-based childbirth and its sociodemographic determinants - a barrier to healthcare utilization in rural population. *J Family Med Prim Care* 8: 239–245.
138. Rajkumari B, Devi NS, Ningombam J, Ingudam D (2021). Assessment of respectful maternity care during childbirth: experiences among mothers in Manipur. *Indian J Public Health* 65: 11–15.
139. Sharma SK, Rathod PG, Tembhurne KB, Ukey UU, Narlawar UW (2022). Status of respectful maternity care among women availing delivery services at a tertiary care center in central India: a cross-sectional study. *Cureus* 14: e27115.
140. Sudhinaraset M, Treleaven E, Melo J, Singh K, Diamond-Smith N (2016). Women's status and experiences of mistreatment during childbirth in Uttar Pradesh: a mixed methods study using cultural health capital theory. *BMC Pregnancy Childbirth* 16: 332.
141. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: a cross-sectional study. *Women Birth* 34: e526–e536.

142. Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM (2021). Long-term high risk of postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) and associated factors. *J Clin Med* 10: 488.
143. Mena-Tudela D, Iglesias-Casas S, Cervera-Gasch A, Andreu-Pejó L, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ (2022). Breastfeeding and obstetric violence during the SARS-CoV-2 pandemic in Spain: maternal perceptions. *Int J Environ Res Public Health* 19: 15737.
144. Ezeanochie MC, Yamah OE (2023). Prevalence and factors associated with disrespect and abuse among women who delivered in a University Teaching Hospital in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 161: 685–691.
145. John M., Duke E., Esienumoh E. (2020). Respectful maternity care and midwives' caring behaviours during childbirth in two hospitals in Calabar, Nigeria. *Afr J Biomed Res* 23: 165–169.
146. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN (2015). Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet* 128: 110–113.
147. Baji P, Rubashkin N, Szebik I, Stoll K, Vedam S (2017). Informal cash payments for birth in Hungary: are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care? *Soc Sci Med* 189: 86–95.
148. Rubashkin N, Baji P, Szebik I, Schmidt E, Vedam S (2021). Examining obstetric interventions and respectful maternity care in Hungary: do informal payments for continuity of care link to quality? *Birth* 48: 309–318.
149. Yakupova V, Suarez A, Kharchenko A (2021). Birth experience, postpartum PTSD and depression before and during the pandemic of COVID-19 in Russia. *Int J Environ Res Public Health* 19: 335.
150. Yakupova V, Suarez A (2022). Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery* 112: 103385.
151. Hajizadeh K, Vaezi M, Meedya S, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Mirghafourvand M (2020). Prevalence and predictors of perceived disrespectful maternity care in postpartum Iranian women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 20: 463.

152. Hajizadeh K, Mirghafourvand M (2021). Relationship of post-traumatic stress disorder with disrespect and abuse during childbirth in a group of Iranian postpartum women: a prospective study. *Ann Gen Psychiatry* 20: 8.
153. Akkour K, AlTayash SF, AlMuhanna G, AlMogren R, AlSultan S, AlMukaynizi H, AlHadlaq L, AlShahrani F, Iqbal S, Batais M (2022). The IDEAL approach to establish contemporary maternity care during labor. *J Family Med Prim Care* 11: 4349–4356.
154. Correa M, Klein K, Vasquez P, Williams CR, Gibbons L, Cormick G, Belizan M (2022). Observations and reports of incidents of how birthing persons are treated during childbirth in two public facilities in Argentina. *Int J Gynaecol Obstet* 158: 35–43.
155. Dornelas ACV de R, Rodrigues LDS, Penteado MP, Batista RFL, Bettiol H, Cavalli R de C, Grandi C, Cardoso VC (2022). Abuse, disrespect and mistreatment during childbirth care: contribution of the Ribeirão Preto cohorts, Brazil. *Cien Saude Colet* 27: 535–544.
156. Dwekat IMM, Ismail TAT, Ibrahim MI, Ghayeb F, Abbas E (2022). Mistreatment of women during childbirth and associated factors in northern West Bank, Palestine. *Int J Environ Res Public Health* 19: 13180.
157. Fors M, González P, Jacho S, Mena-Tudela D, Falcón K (2023). Unveiling the intersection: exploring obstetric violence in the Era of COVID-19 in Ecuador. *BMC Public Health* 23: 2554.
158. Leavy E, Cortet M, Huissoud C, Desplanches T, Sormani J, Viaux-Savelon S, Dupont C, Pichon S, Gaucher L (2023). Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 23: 241.
159. Scandurra C, Zapparella R, Policastro M, Continisio GI, Ammendola A, Bochicchio V, Maldonato NM, Locci M (2022). Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health. *Cult Health Sex* 24: 1466–1480.
160. Awad A, Shalash A, Abu-Rmeileh NME (2022). Women's experiences throughout the birthing process in health facilities in Arab countries: a systematic review. *Reprod Health* 19: 68.

161. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, Markovitz A, Ndwiga C, Ramsey K, Ratcliffe H, Ugwu EO, Warren CE, Jolivet RR (2017). Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health* 14: 127.
162. Migliavaca CB, Stein C, Colpani V, Barker TH, Ziegelmann PK, Munn Z, Falavigna M (2022). Meta-analysis of prevalence: I2 statistic and how to deal with heterogeneity. *Res Synth Methods* 13: 363–367.
163. Tagesse B, Tamiso A, Mayisso K, Zenebe A (2021). Prevalence and associated factors of disrespectful and abusive care during childbirth among women who gave birth in health facilities in Hawassa City, Southern Ethiopia. *Ethiop J Health Biomed Sci* 11: 67–82.
164. Madeiro A, Rufino AC, Acaqui RF, Barbosa CM, Martins VMML, de Sousa AMC (2022). Disrespect and abuse during childbirth in maternity hospitals in Piauí, Brazil: a cross-sectional study. *Int J Gynaecol Obstet* 159: 961–967.
165. Siraj A, Teka W, Hebo H (2019). Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 19: 185.
166. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP (2018). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan* 33: e26–e33.
167. Tekle Bobo F, Kebebe Kasaye H, Etana B, Woldie M, Feyissa TR (2019). Disrespect and abuse during childbirth in Western Ethiopia: Should women continue to tolerate? *PLoS One* 14: e0217126.
168. Girma Waktola E, Garoma Abeya S, Beggi K (2021). Mistreatment and associated factors among delivering mothers in Dodota District Public Health Facility, Arsi, Oromiya, Ethiopia. *American Journal of Nursing and Health Sciences* 2: 66–78.
169. van der Pijl MSG, Verhoeven CJM, Verweij R, van der Linden T, Kingma E, Hollander MH, de Jonge A (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reprod Health* 19: 160.

170. 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. *Int J Gynaecol Obstet* 131: 49–52.
171. Banks KP, Karim AM, Ratcliffe HL, Betemariam W, Langer A (2018). Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. *Health Policy Plan* 33: 317–327.
172. Prasad M (2024). Introduction to the GRADE tool for rating certainty in evidence and recommendations. *Clinical Epidemiology and Global Health* 25: 101484.





EKLER

Ek 1. PROSPERO Kaydı

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews


National Institute for
Health Research

UNIVERSITY of York
Centre for Reviews and Dissemination

Systematic review

A list of fields that can be edited in an update can be found [here](#)

1. * Review title.

Give the title of the review in English

Evaluation of prevalence of obstetric violence and its associated factors: A meta-analysis study

2. Original language title.

For reviews in languages other than English, give the title in the original language. This will be displayed with the English language title.

3. * Anticipated or actual start date.

Give the date the systematic review started or is expected to start.

01/01/2023

4. * Anticipated completion date.

Give the date by which the review is expected to be completed.

31/12/2024

5. * Stages of review at time of this submission.

This field uses answers to initial screening questions. It cannot be edited until after registration.

Tick the boxes to show which review tasks have been started and which have been completed.

Update this field each time any amendments are made to a published record.

The review has not yet started: Yes

Ek 1. (Devam)

PROSPERO **International prospective register of systematic reviews**



Review stage	Started	Completed
Preliminary searches	No	No
Piloting of the study selection process	No	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	No	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

Provide any other relevant information about the stage of the review here.

6. * Named contact.

The named contact is the guarantor for the accuracy of the information in the register record. This may be any member of the review team.

Ebru Kucuk

Email salutation (e.g. "Dr Smith" or "Joanne") for correspondence:

Miss Kucuk

7. * Named contact email.

Give the electronic email address of the named contact.

8. Named contact address

Give the full institutional/organisational postal address for the named contact.

Karadeniz Technical University, Turkiye

9. Named contact phone number.

Give the telephone number for the named contact, including international dialling code.

10. * Organisational affiliation of the review.

Full title of the organisational affiliations for this review and website address if available. This field may be

Ek 1. (Devam)

PROSPERO **International prospective register of systematic reviews**



completed as 'None' if the review is not affiliated to any organisation.

Karadeniz Technical University

Organisation web address:

<https://www.ktu.edu.tr/en>

11. * Review team members and their organisational affiliations.

Give the personal details and the organisational affiliations of each member of the review team. Affiliation refers to groups or organisations to which review team members belong. **NOTE: email and country now MUST be entered for each person, unless you are amending a published record. PLEASE USE AN INSTITUTIONAL EMAIL ADDRESS IF POSSIBLE.**

Miss Ebru Kucuk. Karadeniz Technical University
Assistant/Associate Professor K?ymet Yesilcicek Calik. Karadeniz Technical University

12. * Funding sources/sponsors.

Details of the individuals, organizations, groups, companies or other legal entities who have funded or sponsored the review.

This research did not receive specific funding from any funding agency in the public, commercial or non-profit sectors.

Grant number(s)

State the funder, grant or award number and the date of award

13. * Conflicts of interest.

List actual or perceived conflicts of interest (financial or academic).

None

14. Collaborators.

Give the name and affiliation of any individuals or organisations who are working on the review but who are not listed as review team members. **NOTE: email and country must be completed for each person, unless you are amending a published record.**

15. * Review question.

State the review question(s) clearly and precisely. It may be appropriate to break very broad questions down into a series of related more specific questions. Questions may be framed or refined using PICO or similar where relevant.

2. What are the factors associated with obstetric violence experienced by pregnant women and puerperium?

Ek 1. (Devam)

16. ~~16. Search~~ Sources.

State the sources that will be searched (e.g. Medline). Give the search dates, and any restrictions (e.g. language or publication date). Do NOT enter the full search strategy (it may be provided as a link or attachment below.)

In this study, the screening of national and international databases will be carried out between 01/01/2023 and 01/09/2023. Databases used to identify studies for the systematic review: MEDLINE Ultimate, CINAHL Ultimate, Scopus, OVID, Web of Science. Keywords such as "women", "disrespect and abuse", "obstetric violence" and "violence" will be used in the searches. The bibliography of included studies and systematic reviews published on the topic will be examined to identify additional studies. This systematic review will include studies published in English between 2007 and 2023.

17. URL to search strategy.

Upload a file with your search strategy, or an example of a search strategy for a specific database, (including the keywords) in pdf or word format. In doing so you are consenting to the file being made publicly accessible. Or provide a URL or link to the strategy. Do NOT provide links to your search **results**.

Alternatively, upload your search strategy to CRD in pdf format. Please note that by doing so you are consenting to the file being made publicly accessible.

Do not make this file publicly available until the review is complete

18. * Condition or domain being studied.

Give a short description of the disease, condition or healthcare domain being studied in your systematic review.

Obstetric violence includes actions, neglect, and disrespectful treatment in healthcare services that physically or psychologically harm women during pregnancy, delivery, and the postpartum period. This review will examine the prevalence and associated factors of obstetric violence against women during pregnancy, childbirth, and postpartum.

19. * Participants/population.

Specify the participants or populations being studied in the review. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Exclusion: All women who have not received prenatal care, care during labour and post-natal care.

20. ~~20. Change~~ Intervention(s), exposure(s).

Give full and clear descriptions or definitions of the interventions or the exposures to be reviewed. The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

Ek 1. (Devam)

PROSPERO **International prospective register of systematic reviews**



The exposure will be the mistreatment of the mother or newborn during childbirth and the immediate postpartum period. We will include any related terminology such as "obstetric violence", and "disrespect and abuse" as long as it refers to any form of violence that emerges from the interaction between women and providers or institutions. We will accept any definition or operationalization of the exposure considering there

~~Obstetric violence during pregnancy, childbirth, and puerperium within a health facility.~~

21. * Comparator(s)/control.

Where relevant, give details of the alternatives against which the intervention/exposure will be compared (e.g. another intervention or a non-exposed control group). The preferred format includes details of both inclusion and exclusion criteria.

None

22. Types of study to be included.

Give details of the study designs (e.g. RCT) that are eligible for inclusion in the review. The preferred format includes both inclusion and exclusion criteria. If there are no restrictions on the types of study, this should be stated.

Descriptive or quantitative research designs (e.g. cross-sectional or cohort studies) will be included. We will exclude experimental or quasi-experimental studies, randomised controlled trials, editorials, letters to the editor, literature reviews and duplicate documents, opinion pieces and editorials, policy papers and general

~~We will only include patients written in English in a specific study, and conference abstracts.~~

23. Context.

Give summary details of the setting or other relevant characteristics, which help define the inclusion or exclusion criteria.

24. Outcome(s).

Give the pre-specified main (most important) outcomes of the review, including details of how the outcome is defined and measured and when these measurement are made, if these are part of the review inclusion criteria.

Prevalence of obstetric violence

Factors associated with obstetric violence

Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for you main outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat.

The existence of the outcome resulting variables will be numerically obtained and estimated proportions will be calculated at a 95% confidence interval (CI) for each outcome variable.

25. * Additional outcome(s).

List the pre-specified additional outcomes of the review, with a similar level of detail to that required for main outcomes. Where there are no additional outcomes please state 'None' or 'Not applicable' as appropriate to the review

Not applicable.

Measures of effect

Please specify the effect measure(s) for you additional outcome(s) e.g. relative risks, odds ratios, risk difference, and/or 'number needed to treat'.

26.4 Date extraction (selection and coding).

Describe how studies will be selected for inclusion. State what data will be extracted or obtained. State how this will be done and recorded.

Articles will be screened and selected according to the PRISMA protocol (www.prisma-statement.org). All database search results and other identified reports will be stored in ENDNOTE. Two reviewers will independently screen titles and abstracts for eligibility according to the study question and inclusion criteria (E.K. and A.D.Y.) Any disagreements between the two reviewers will be resolved through consensus. If an ~~Supplemental~~ ^{Supplemental} ~~disagreement~~ ^{disagreement} ~~between the two reviewers~~ ^{between the two reviewers} ~~will be resolved through consensus~~ ^{will be resolved through consensus} ~~and a third reviewer will be consulted for a final decision~~ ^{and a third reviewer will be consulted for a final decision} (K.Y.C.).

Step 2: Title and abstract review (two independent researchers, conflicts resolved by a third).

Step 3: Full-text review (two independent researchers, conflicts resolved by a third).

Data extraction tools developed by researchers to obtain research data will be used. With this data extraction tool, the authors of the study and the year of publication, the country and year of the study, the research design, the sample size, the participant characteristics, the main results of the studies (prevalence, type, and associated factors of obstetric violence) will be collected. Data extraction will be carried out independently by two researchers (E.K. and A.D.Y.) in order to reduce the potential bias risk, and then checked="checked" value="1" in a session with both researchers and converted into a single text. Developing differences of opinion will be resolved through discussion and, when necessary, with support from the third researcher (K.Y.Ç.). Missing data will be requested from study authors via email.

22.4.4 Risk of bias (quality) assessment.

State which characteristics of the studies will be assessed and/or any formal risk of bias/quality assessment tools that will be used.

The quality assessment of the studies included in this systematic review will be carried out independently by

PROSPERO
International prospective register of systematic reviews



two researchers (E.K. and A.D.Y.), and they will be checked="checked" value="1" in a session with the third researcher and turned into a common text. The differences of opinion that developed will resolve through discussion in this session. Also, Critical Assessment Checklists by the Joanna Briggs Institute (JBI) will be used to examine the methodological quality of studies (Munn et al. 2014).

28. Strategy for data synthesis.

Describe the methods you plan to use to synthesise data. This **must not be generic text** but should be **specific to your review** and describe how the proposed approach will be applied to your data. If meta-analysis is planned, describe the models to be used, methods to explore statistical heterogeneity, and software package to be used.

The results of the studies included in this systematic review will be combined by making a meta-analysis. For each outcome variable, estimated percentages will be calculated at a 95% confidence interval (CI).

Comprehensive Meta-Analysis Version 4-Free Trial (<https://www.meta-analysis.com/pages/demo.php>) was used for meta-analysis. The heterogeneity between studies was assessed by the Cochran Q and Higgins I² tests, and it was accepted that an I² greater than 50% indicates significant heterogeneity. Random Effect in case of I² more than 50% and Fix Effect results in case of less. All tests were calculated as two-tailed and a p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

29. * Analysis of subgroups or subsets.

State any planned investigation of 'subgroups'. Be clear and specific about which type of study or participant will be included in each group or covariate investigated. State the planned analytic approach.

Subgroup analysis will be conducted where there is sufficient data to investigate.

30. * Type and method of review.

Select the type of review, review method and health area from the lists below.

Type of review

Cost effectiveness

No

Diagnostic

No

Epidemiologic

No

Individual patient data (IPD) meta-analysis

No

Intervention

No

Living systematic review

Ek 1. (Devam)

PROSPERO International prospective register of systematic reviews



No

Meta-analysis

Yes

Methodology

No

Narrative synthesis

No

Network meta-analysis

No

Pre-clinical

No

Prevention

No

Prognostic

No

Prospective meta-analysis (PMA)

No

Review of reviews

No

Service delivery

No

Synthesis of qualitative studies

No

Systematic review

Yes

Other

No

Health area of the review

Alcohol/substance misuse/abuse

No

Blood and immune system

No

Cancer

No

Cardiovascular

Ek 1. (Devam)

PROSPERO **International prospective register of systematic reviews**



No

Care of the elderly

No

Child health

No

Complementary therapies

No

COVID-19

No

Crime and justice

No

Dental

No

Digestive system

No

Ear, nose and throat

No

Education

No

Endocrine and metabolic disorders

No

Eye disorders

No

General interest

No

Genetics

No

Health inequalities/health equity

No

Infections and infestations

No

International development

No

Mental health and behavioural conditions

No

Musculoskeletal

Ek 1. (Devam)

PROSPERO International prospective register of systematic reviews



No

Neurological

No

Nursing

Yes

Obstetrics and gynaecology

Yes

Oral health

No

Palliative care

No

Perioperative care

No

Physiotherapy

No

Pregnancy and childbirth

No

Public health (including social determinants of health)

No

Rehabilitation

No

Respiratory disorders

No

Service delivery

No

Skin disorders

No

Social care

No

Surgery

No

Tropical Medicine

No

Urological

No

Wounds, injuries and accidents

Ek 1. (Devam)

PROSPERO International prospective register of systematic reviews



No

Violence and abuse

No

31. **Language.**

Select each language individually to add it to the list below, use the bin icon to remove any added in error.

English

There is an English language summary.

32. * **Country.**

Select the country in which the review is being carried out. For multi-national collaborations select all the countries involved.

Türkiye

33. **Other registration details.**

Name any other organisation where the systematic review title or protocol is registered (e.g. Campbell, or The Joanna Briggs Institute) together with any unique identification number assigned by them. If extracted data will be stored and made available through a repository such as the Systematic Review Data Repository (SRDR), details and a link should be included here. If none, leave blank.

34. **Reference and/or URL for published protocol.**

If the protocol for this review is published provide details (authors, title and journal details, preferably in Vancouver format)

Add web link to the published protocol.

Or, upload your published protocol here in pdf format. Note that the upload will be publicly accessible.

No I do not make this file publicly available until the review is complete

Please note that the information required in the PROSPERO registration form must be completed in full even if access to a protocol is given.

35. **Dissemination plans.**

Do you intend to publish the review on completion?

No

Ek 1. (Devam)

PROSPERO **International prospective register of systematic reviews**



Give brief details of plans for communicating review findings.?

36. Keywords.

Give words or phrases that best describe the review. Separate keywords with a semicolon or new line. Keywords help PROSPERO users find your review (keywords do not appear in the public record but are included in searches). Be as specific and precise as possible. Avoid acronyms and abbreviations unless these are in wide use.

Obstetric Violence; Obstetrics; Pregnancy; Violence; Violence Against Women

37. Details of any existing review of the same topic by the same authors.

If you are registering an update of an existing review give details of the earlier versions and include a full bibliographic reference, if available.

Not applicable.

38. * Current review status.

Update review status when the review is completed and when it is published. New registrations must be ongoing so this field is not editable for initial submission.

Please provide anticipated publication date

Review_Ongoing

39. Any additional information.

Provide any other information relevant to the registration of this review.

40. Details of final report/publication(s) or preprints if available.

Leave empty until publication details are available OR you have a link to a preprint (NOTE: this field is not editable for initial submission). List authors, title and journal details preferably in Vancouver format.

Give the link to the published review or preprint.

Ek 2. Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review) Formu

PRESS (Peer Review of Electronic Search Strategies) rehberi doğrultusunda hazırlanan değerlendirme yönergesi ve ilgili açıklamalar aşağıda yer almaktadır. Tarama sürecinde, özellikle örnek “Search Strategy” tablosunda yer alan “Free-text” terimleri başta olmak üzere, yardımınıza ihtiyaç duyulmaktadır. Revizyona ihtiyaç olduğunu düşündüğünüz alanları ilgili bölümlerde yer alan “YORUM” bölümüne, anahtar kelimelerle ilgili önerilerinizi “Search Strategy” tablosundaki “YORUM/EK” bölümüne belirtebilirsiniz.
AÇIKLAMALAR
Boole İşleçleri (AND, OR, NOT)
Boole işleçleri kullanılarak (AND, OR, NOT) tarama genişletilebilir veya daraltılabilir.
AND: Taramayı daraltmak için ve birbiri ile ilgili anahtar kelimeleri ve kavramları aramak için kullanılır. Taranılan anahtar kelimelerin her ikisinin de ilgili olduğu yayınların belirlenmesini sağlar. Ör: cancer AND survivor şeklinde yapılan bir taramada hem cancer hem de survivor terimlerini içeren sonuçları getirir.
OR: Taramayı, eş anlamlı terimler ile çeşitlendirmek ve genişletmek amacıyla kullanılır. Ör: cancer OR tumor şeklinde yapılan bir tarama, cancer, tumor ya da her ikisini de içeren sonuçları getirir.
NOT: Taramada, bir terimi kapsam dışında bırakmak amacıyla kullanılır. Ör: human NOT animal şeklinde yapılan bir tarama, human terimini içeren ancak animal terimini içermeyen sonuçları getirir.
Sınırlayıcı (Limiters) Kullanımı
Birçok veritabanı, aramaları belli özelliklere göre sınırlandırmaya imkân sağlamaktadır. Örneğin, arama yapılacak tarih aralığı belirlenebilir, sadece belli bir dilde hazırlanmış olan yayınlar aranabilir veya sadece tam metni erişime açık olan yayınlar arasında arama yapılabilir.
Kesme (Truncation) Özelliği
Bir kelime kökünden türetilmiş farklı kelimeler bir tek tarama yapılarak bulunabilir. Bunun için arama yaparken kelime köküne “*” veya “#” işareti eklenir. <i>Örneğin; treat* şeklinde yapılan bir taramada, treat, treatment, treatments, treated ve treaty kelimelerine ait sonuçlara ulaşılır.</i> School# olarak arama yapıldığında school ve schools kelimelerini içeren kayıtlar listelenir.
Joker Karakterler (Wildcards)
Joker karakterler, farklı yazımları olan kelimelerin taranmasını sağlar. Farklı veri tabanları, farklı joker karakterler kullanır. Veri tabanlarının yardım sayfalarından hangi karakterleri kullandıkları öğrenilebilir. Çoğu veri tabanı zorunlu (mandated) ve seçeneqli (optional) olmak üzere 2 çeşit joker karakter kullanır. Zorunlu joker bir karakter yerine geçerken seçeneqli joker 0 veya 1 karakter yerine geçer. <i>Örneğin, ACS Publications veri tabanı “?” karakterini zorunlu joker ve “*” karakterini seçeneqli joker olarak kullanır. “Wom?n” anahtar kelimesi ile arama yapıldığında woman ve women kelimeleri ile ilgili sonuçlar görüntülenir. “Colo*r” anahtar kelimesi ile arama yapıldığında ise color ve colour kelimeleri ile ilgili sonuçlara ulaşılır.</i>
Yakınlık (Proximity) İşleçleri (NEAR/n, NEXT)
NEAR/n: “n” 1 ve 99 arasında bir sayı olmak üzere, iki terim arasında “near/n” şeklinde yazıldığında söz konusu terimler arasında en fazla “n” sayıda kelime bulunacak şekilde söz öbeklerini türeterek taramayı sağlar. Terimlerin sırası önemli değildir. Bazı veri tabanlarında “near” yerine “adj” kullanılmaktadır. Ör: television NEAR/2 violence şeklinde yapılan bir tarama, television violence, violence on television sonucunu getirir ancak television may be the culprit in recent high school violence sonucunu getirmez.
NEXT: Bu bağlaç, söz konusu terimler arasına yazıldığında, bir söz öbek-ği oluşturulması ve terimlerin belirtilen sırada taranmasını sağlar. Ör: living next beyond next cancer şeklinde yapılan bir tarama, living beyond cancer sonucunu, terimleri ardı sıra ekleyerek getirir.

Ek 2. (Devam)

DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ		
	KRİTERLER	YORUM
1. Araştırma sorularının dönüştürülmesi	- Tarama stratejisi, PICO/araştırma soruları ile uyumlu mu? - Tarama kavramları anlaşılır mı? - Çok fazla veya çok az PICO ögesi dahil edilmiş mi? - Tarama kavramları çok dar veya çok geniş mi? - Tarama sonucunda çok fazla veya çok az sonuç mu elde edilmiş? (Lütfen hangisi olduğunu belirtiniz.) - Alışılmadık veya kompleks stratejiler açıklanmış mı?	A. Revizyona gerek yoktur. B. Revizyon önerilir. C. Revizyon gereklidir
2. Boole ve yakınlık işleçleri	- Boole veya yakınlık işleçleri uygun bir şekilde kullanılmış mı? - Köşeli ayraç ile yuvalama kullanımı tarama için uygun ve etkili mi? “NOT” kullanılmış ise istenmeyen durumlara yol açması mümkün mü? - AND yerine yakınlık işleçleri (adj, near, with vs.) veya tümcecik taraması kullanılarak duyarlık artırılabilir mi? - Yakınlık işleçlerinin genişliği uygun mu? (örneğin, adj5, adj2'den)	A. Revizyona gerek yoktur. B. Revizyon önerilir. C. Revizyon gereklidir
3. Konu başlıkları (veritabanına özel)	- Konu başlıkları (subject headings) ilgili mi? - İlgili konu başlıklarında eksik var mı? (örneğin, önceki dizin terimleri?) - Herhangi bir konu başlığı çok geniş veya çok dar mı? - Konu başlıkları aşırı fazla veya tam tersi mi? - Ana başlıklar (major headings) kullanılmış mı? Eğer öyleyse gerekçesi yeterli mi? - Alt başlıklarda (subheadings) eksik var mı? - Alt başlıklar konu başlıklarına eklenmiş mi? ((Değişken alt başlıklar (floating subheading) tercih edilebilir.)) - Değişken alt başlıklar ilgili mi ve uygun şekilde kullanılıyor mu? - Her kavram için hem free-text (literatür temelli) hem de konu başlıkları kullanılmış mı?	A. Revizyona gerek yoktur. B. Revizyon önerilir. C. Revizyon gereklidir
4. Free-text (literatür temelli) tarama	- Tarama, free textlerin tüm yazım biçimlerini içeriyor mu? (örneğin, Birleşik Krallık ve ABD yazımları) - Tarama, tüm eş anlamlıları veya zıt anlamlıları (örneğin, karşıt sözcükler) içeriyor mu? - Tarama ilgili kesmeyi (Truncation) getiriyor mu? (örn, kesmeler doğru yerde kullanılmış mı? - Kesme çok geniş veya çok dar mı? - Kısaltmalar veya kısa adlar uygun şekilde kullanılmış mı? İlgili olmayan sonuçları getiriyor mu? Tarama, kısaltması veya kısa adı kullanılan terimin uzun halini içeriyor mu? - Anahtar kelimeler yeterince spesifik mi yoksa çok mu geniş? Çok fazla veya çok az anahtar kelime mi kullanılmış? Stopwords (as, a, an, the, by vs.) kullanılmış mı? - Uygun alanlar taranıyor mu? Örneğin, key words (kw), title-abstract (ti.ab) seçim, uygun mu? Dahil edilecek veya hariç tutulacak başka alanlar var mı (veritabanına özel)? - Herhangi bir uzun dize, birkaç kısa tarama ifadesine bölünmeli mi?	A. Revizyona gerek yoktur. B. Revizyon önerilir. C. Revizyon gereklidir

Ek 2. (Devam)

5. Yazım, söz dizimi ve satır numaraları	• Yazım hataları var mı? • Sistem söz diziminde herhangi bir hata var mı? Örneğin, farklı bir tarama arayüzüne ait kesme sembolü kullanımı vs. • Yanlış satır kombinasyonları veya yitik satır var mı? (örneğin, “OR” veya “AND” ifadelerinde yapılan bir hatayı gösterebilecek nihai toplamda yer almayan satırlar)	A. Revizyona gerek yoktur. B. Revizyon önerilir. C. Revizyon gereklidir
6. Sınırlayıcı ve filtreler	• Tüm sınırlayıcı ve filtreler uygun şekilde kullanılmış mı ve araştırma sorularıyla ilgili mi? • Tüm sınırlayıcı ve filtreler uygun şekilde kullanılmış mı ve bunlar veri tabanı ile ilgili mi? • Potansiyel olarak yararlı sınırlayıcı veya filtreler eksik mi? Sınırlayıcı veya filtreler çok geniş veya çok dar mı? Herhangi bir sınırlayıcı veya filtre eklenebilir veya çıkarılabilir mi? • Kullanılan filtreler için kaynaklar belirtilmiş mi?	A. Revizyona gerek yoktur. B. Revizyon önerilir. C. Revizyon gereklidir
Kısaltmalar: PICO: hasta, girişim, karşılaştırma, sonuç; tw: text word; af: all field		

Ek 2. (Devam)

PRESS 2015 Rehberi Değerlendirme Formu-Tarama Önerisi & Akran Değerlendirmesi

Taramayı Yapan: Ebru KÜÇÜK	e-mail: ebrukucuk96@gmail.com
Tarama formatının değerlendirilmeye sunulduğu tarih:	
Değerlendirmenin tamamlanması talep edilen tarih: [Maksimum=Beş iş günü]	
Başlık:	
Obstetrik Şiddetin Yaygınlığı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi: Bir Meta Analiz Çalışması Evaluation of Prevalence of Obstetric Violence and its Associated Factors: A Meta-Analysis Study	
Araştırmanın Amacı:	
Bu araştırmanın amacı, sistematik bir sentezleme yöntemi olan meta-analiz yöntemi kullanılarak obstetrik şiddetin yaygınlığını ve obstetrik şiddet ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesidir.	
Araştırma Soruları:	
1. Kadınların maruz kaldıkları obstetrik şiddetin yaygınlığı (gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde) nedir? 2. Kadınların maruz kaldıkları obstetrik şiddet ile ilişkili faktörler (gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde) nelerdir? 1. What is the prevalence of obstetric violence (during pregnancy, childbirth, and postpartum) to which women are exposed? 2. What are the factors associated with obstetric violence (during pregnancy, childbirth, and postpartum) to which women are exposed?	
Veri Tabanları (örnek: MEDLINE, CINAHL...)[Zorunlu]	
Web of Science (WOS), MEDLINE Ultimate (EBSCOhost), CINAHL Ultimate (EBSCOhost), Scopus, OVID	
Ara Yüz (örnek: Ovid, EBSCO...)[Zorunlu]	
Ebscho	
PECO(s) Format---	
P	Gebe olan ve/veya doğum sürecinde olan ve/veya doğum yapan kadınlar
E	Obstetrik şiddet türlerinden en az bir tanesine maruz kalma
C	--
O	Obstetrik şiddetin genel yaygınlığı ve/veya obstetrik şiddet ile ilişkili faktörler
S	Tanımlayıcı araştırmalar, Kesitsel araştırmalar, Kohort araştırmalar
Tarama stratejisi; P (population), E (Exposure), O (Outcomes) konseptleri çerçevesinde yapılandırıldı.	
Dahil edilme kriterleri	
18 yaş ve üzeri gebe olan ve/veya doğum sürecinde olan ve/veya doğum yapan kadınlar - İngilizce dilinde yayımlanmış çalışmalar - Tanımlayıcı araştırmalar, Kesitsel Araştırmalar, Kohort araştırmalar - Tam metin yayımlanmış çalışmalar - Araştırma Makaleleri - Obstetrik şiddetin yaygınlığını ve/veya ilişkili faktörleri inceleyen araştırmalar - Çalışmalarda sunulan verilerin, meta analizde etki büyüklüğünü hesaplamak için yeterli sayısal veri içermesi - Metodolojik kalitesi orta ve yüksek olarak değerlendirilen çalışmalar 2023 yılı ve öncesi yayınlanan çalışmalar - Çalışmada grupların toplam sayılarının ve belirlenen ana çıktılardaki değişimlerin niceliksel ve tam olarak sunulmuş olduğu çalışmalar	
Dahil edilmeme kriterleri	
18 yaş altı katılımcısı olan çalışmalar - İngilizce dili dışında yayınlanmış çalışmalar - Vaka kontrol çalışmaları, Gözlemsel çalışmalar, Randomize kontrollü araştırmalar, Yarı deneysel araştırmalar, Kontrollü klinik araştırmalar, Ön test ve son test kontrollü araştırmalar, Aralıklı zaman seri araştırmaları, Nitel çalışmalar, çalışma protokolleri, pilot çalışmalar, kongre bildirileri, editör yorumu, görüşme, iş ilanı, reklam, mektup, haber, bülten, rapor, tezler - Çalışmanın sadece özetine ulaşılması - Belirlenmiş değişkenlerin istatistiksel bulgularının yer almaması - Analiz için yeterli sayısal veri içermemesi - Metodolojik kalitesi düşük olarak değerlendirilen çalışmalar 2006 yılı ve öncesi ile 2024 ve sonrası yayınlanan çalışmalar - Çalışmada grupların toplam sayılarının ve belirlenen ana çıktılardaki değişimlerin niceliksel ve tam olarak sunulmayan çalışmalar	
Tarama Filtresi uygulandı mı?	
X Evet X Hayır	
EVET ise, hangisi/hangileri?	
Yıl ve dil filtresi	

Ek 2. (Devam)

SEARCH STRATEGY

CONCEPT 1: POPULATION	
Gebe olan ve/veya doğum yapan tüm yaş grubundaki kadınlar	
MeSH terms	women mothers pregnancy delivery, obstetric term birth parturition peripartum period postpartum period
Connection	OR
CONCEPT 2: EXPOSURE	
Mesh terms	violence
Definition of WHO	obstetrical violence obstetric violence disrespect, abuse
Free text terms	mistreatment abuse
Connection	OR
CONCEPT 3: OUTCOMES	
Concept 3a: prevalance	
MeSH terms	prevalence (mesh) incidence (mesh)
Connection	OR
Concept 3b: factors	
MeSH terms	risk factors
Free text terms	associated factors factors associated
Connection	OR
CONCEPT 4: Exclusion	
MeSH terms	intimate partner violence domestic violence spouse abuse
Connection	OR
TOTAL Connection	Population AND exposure AND outcomes NOT Exclusion

*Tarama stratejisinde kullanılan tüm terimler “başlık ve özet” alanlarında taranacaktır.

Ek 3. Tarama Stratejisi Hakem Değerlendirmesi (Peer-Review) Yürüten Uzmanlar

Prof. Dr. Nursan ÇINAR Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Zekiye Karaçam Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı
Prof. Dr. HAVVA ÖZTÜRK Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Doç. Dr. MELTEM KAYDIRAK İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Aysel ÖZSABAN Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Öğr. Gör. Beyhan KARPUZ Karadeniz Teknik Üniversitesi Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı
Uğurcan ÖZKAN EBSCO Bilgi Hizmetleri, Türkiye Temsilcisi

Ek 4. Araştırma Tarama Stratejisi

Web of Science Core Collections 07.08.2024		
#1	TS=(wom*n)	2024157
#2	TS=(mother*)	390934
#3	TS=(maternal)	405312
#4	#1 OR #2 OR #3	2507551
#5	TS=(pregnan*)	718021
#6	TS=(deliver*, obstetric)	22838
#7	TS=(“term birth”*)	3367
#8	TS=(lab*r)	433545
#9	TS=(childbirth*)	30524
#10	TS=(puerperium)	5475
#11	TS=(“postnatal period”)	7787
#12	TS=(postpartum)	91407
#13	TS=(parturition*)	25732
#14	TS=(“perinatal period”)	8473
#15	TS=(“peripartum period”*)	1554
#16	TS=(postnatal)	145182
#17	TS=(birth*)	563080
#18	TS=(peripartum*)	8740
#19	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18	1654841
#20	TS=(disrespect*)	3245
#21	TS=(abus*)	279022
#22	TS=(mistreatment)	5053
#23	TS=(maltreatment)	25814
#24	TS=(“obstetric* violence”)	389
#25	#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24	294091
#26	TS=(prevalence*)	1330042
#27	TS=(incidence*)	1087835
#28	TS=(frequenc*)	3054467
#29	29: TS=(“risk factor”*)	1181225
#30	TS=(“associated factors”)	41533
#31	TS=(“factors associated”)	214736
#32	#26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31	6057791
#33	TS=(“intimate partner violence”)	25610
#34	TS=(“intimate partner abus”*)	522
#35	TS=(“dating violen”*)	4143
#36	TS=(“domestic violen”*)	27210
#37	TS=(“family violen”*)	5271
#38	TS=(“spouse abus”*)	705
#39	TS=(“partner abus”*)	1289
#40	#33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39	46400
#41	#4 AND #19 AND #25 AND #32	4944
#42	#41 NOT #40	3317
#43	#41 NOT #40 and 2007 or 2008 or 2009 or 2010 or 2011 or 2012 or 2013 or 2014 or 2015 or 2016 or 2017 or 2018 or 2019 or 2020 or 2021 or 2022 or 2023 (Publication Years) and Article (Document Types) and English (Languages)	2027

Ek 4. (Devam)

SCOPUS		
28.04.2024		
S1	(TITLE-ABS-KEY (wom*n)) OR (TITLE-ABS-KEY (mother*)) OR (TITLE-ABS-KEY (maternal))	2689316
S2	TITLE-ABS-KEY pregnan*)) OR (TITLE-ABS-KEY (deliver*, AND obstetric)) OR (TITLE-ABS-KEY (“term birth*”)) OR (TITLE-ABS-KEY (lab*r)) OR (TITLE-ABS-KEY (childbirth*)) OR (TITLE-ABS-KEY (puerperium)) OR (TITLE-ABS-KEY (“postnatal period”)) OR (TITLE-ABS-KEY (postpartum)) OR (TITLE-ABS-KEY (parturition*)) OR (TITLE-ABS-KEY (“perinatal period”)) OR (TITLE-ABS-KEY (“peripartum period*”)) OR (TITLE-ABS-KEY (postnatal)) OR (TITLE-ABS-KEY (birth*)) OR (TITLE-ABS-KEY (peripartum*))	2341026
S3	(TITLE -ABS-KEY (violen*)) OR (TITLE-ABS-KEY (disrespect*)) OR (TITLE-ABS-KEY (abus*)) OR (TITLE-ABS-KEY (mistreatment)) OR (TITLE-ABSKEY (maltreatment)) OR (TITLE-ABS-KEY (“obstetric* violence”))	661634
S4	TITLE-ABS-KEY (prevalence*)) OR (TITLE-ABS-KEY (incidence*)) OR (TITLE-ABS-KEY (frequenc*)) OR (TITLE-ABS-KEY (“risk factor*”)) OR (TITLE-ABS-KEY (“associated factors”)) OR (TITLE-ABS-KEY (“factors associated”))	7993459
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	8629
S6	TITLE-ABS-KEY (“intimate partner violence”)) OR (TITLE-ABS-KEY (“intimate partner abus*”)) OR (TITLE-ABS-KEY (“dating violen*”)) OR (TITLEABS-KEY (“domestic violen*”)) OR (TITLE-ABS-KEY (“family violen*”)) OR (TITLE-ABS-KEY (“spouse abus*”)) OR (TITLE-ABS-KEY (“partner abus*”))	52056
S7	S5 NOT S6	5977
S8	S7 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , “english”)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , “ar”)) AND (LIMIT TO (EXACTKEYWORD , “human”)) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2007-2023)	2672

Ek 4. (Devam)

CINAHL Ultimate 27.04.2024		
S1	MH "Women+"	42184
S2	MH "Mothers+"	57900
S3	TI wom#n OR AB wom*n	485,223
S4	TI mother* OR AB mother*	102,402
S5	TI maternal OR AB maternal	100,072
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	618,991
S7	MH "Pregnancy+"	247,505
S8	MH "Delivery, Obstetric+"	17,190
S9	MH "Term Birth+"	1,494
S10	MH "Labor+"	16,502
S11	MH "Childbirth+"	36,218
S12	MH "Puerperium+"	897
S13	MH "Postnatal Period+"	18,007
S14	MH "Perinatal Period+"	478
S15	TI pregnan* OR AB pregnan*	171,937
S16	TI "perinatal period" OR AB "perinatal period"	2,074
S17	TI "peripartum period*" OR AB "peripartum period*"	327
S18	TI deliver*, obstetric OR AB deliver*, obstetric	1,460
S19	TI "term birth*" OR AB "term birth*"	1,114
S20	TI labo*r OR AB labo*r	44,165
S21	TI childbirth* OR AB childbirth*	14,921
S22	TI parturition* OR AB parturition*	959
S23	TI puerperium OR AB puerperium	1,052
S24	TI "postnatal period" OR AB "postnatal period"	1,667
S25	TI postpartum OR AB postpartum	30,011
S26	TI postnatal OR AB postnatal	20,262
S27	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26	353,013
S28	MH "Violence+"	83,066
S29	TI violen* OR AB violen*	54,960
S30	TI disrespect* OR AB disrespect*	1,031
S31	TI abus* OR AB abus*	69,846
S32	TI ("disrespect* and abus*") OR AB ("disrespect* and abus*")	159
S33	TI mistreatment OR AB mistreatment	1,448
S34	TI maltreatment OR AB maltreatment	6,257
S35	TI "obstetric* violence" OR AB "obstetric* violence"	184
S36	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35	146,921
S37	MH "Prevalence+"	108,907
S38	MH "Incidence+"	81,394
S39	MH "Risk Factors+"	227,218
S40	TI prevalence* OR AB prevalence*	234,937
S41	TI incidence* OR AB incidence*	209,576
S42	TI frequenc* OR AB frequenc*	180,595
S43	TI "risk factor*" OR AB "risk factor*"	229,494
S44	TI "associated factors" OR AB "associated factors"	12,038
S45	TI "factors associated" OR AB "factors associated"	69,868
S46	S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45	942,352
S47	S6 AND S27 AND S36 AND S46	2,121
S48	MH "Intimate Partner Violence+"	13,282
S49	MH "Domestic Violence+"	49,293
S50	TI "intimate partner violence" OR AB "intimate partner violence"	9,737
S51	TI "intimate partner abus*" OR AB "intimate partner abus*"	254
S52	TI "dating violen*" OR AB "dating violen*"	1,384
S53	TI "domestic violen*" OR AB "domestic violen*"	7,254
S54	TI "family violen*" OR AB "family violen*"	1,592
S55	TI "spous* abus*" OR AB "spous* abus*"	223
S56	TI "partner abus*" OR AB "partner abus*"	584
S57	S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56	54,048
S58	S47 NOT S57	934
S59	Sınırlayıcılar - Yayınlanma Tarihi: 20070101-20231231; İngilizce Dili; Araştırma Makalesi Geniştiriciler - Geliştirilmiş Bağlantılı Konular Arama modları - Tümce Araması	556

Ek 4. (Devam)

MEDLINE Ultimate 27.04.2024		
ID	Search	Hits
S1	MH women	15,204
S2	MH mothers	58,469
S3	TI women OR AB women	1,229,524
S4	TI mother* OR AB mother*	269,189
S5	TI maternal OR AB maternal	320,110
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	1,593,618
S7	MH pregnancy	1,009,837
S8	MH delivery, obstetric	33,677
S9	MH term birth	3,255
S10	MH parturition	14,891
S11	MH peripartum period	1,850
S12	MH postpartum period	32,058
S13	TI pregnan* OR AB pregnan*	611,854
S14	TI deliver*, obstetric OR AB deliver*, obstetric	3,650
S15	TI "term birth*" OR AB "term birth"	2,991
S16	TI lab*r OR AB lab*r	130,038
S17	TI childbirth* OR AB childbirth*	23,703
S18	TI puerperium OR AB puerperium	6,552
S19	TI "postnatal period" OR AB "postnatal period"	7,580
S20	TI postpartum OR AB postpartum	70,961
S21	TI parturition* OR AB parturition*	16,354
S22	TI "perinatal period" OR AB "perinatal period"	8,125
S23	TI "peripartum period*" OR AB "peripartum period"	1,344
S24	TI postnatal OR AB postnatal	123,230
S25	TI birth* OR AB birth*	409,703
S26	TI peripartum* OR AB peripartum*	6,681
S27	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26	1,538,964
S28	MH violence	35,851
S29	TI violen* OR AB violen*	80,382
S30	TI disrespect* OR AB disrespect*	1,423
S31	TI abus* OR AB abus*	160,769
S32	TI mistreatment OR AB mistreatment	2,408
S33	TI maltreatment OR AB maltreatment	10,347
S34	TI "obstetric* violence" OR AB "obstetric* violence"	192
S35	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34	244,196
S36	MH prevalence	350,975
S37	MH incidence	305,623
S38	MH risk factors	977,246
S39	TI prevalence* OR AB prevalence*	843,501
S40	TI incidence* OR AB incidence*	977,909
S41	TI frequenc* OR AB frequenc*	1,147,659
S42	TI "risk factor*" OR AB "risk factor"	803,579
S43	TI "associated factors" OR AB "associated factors"	37,573
S44	TI "factors associated" OR AB "factors associated"	192,150
S45	S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44	3,974,924
S46	MH intimate partner violence	6,522
S47	MH domestic violence	7,835
S48	MH spouse abuse	7,592
S49	TI "intimate partner violence" OR AB "intimate partner violence"	11,331
S50	TI "intimate partner abus*" OR AB "intimate partner abus"	251
S51	TI "dating violen*" OR AB "dating violen"	1,363
S52	TI "domestic violen*" OR AB "domestic violen"	7,993
S53	TI "family violen*" OR AB "family violen"	1,915
S54	TI "spouse abus*" OR AB "spouse abus"	217
S55	TI "partner abus*" OR AB "partner abus"	608
S56	S46 OR S47 OR S48 OR S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55	27,663
S57	S6 AND S27 AND S35 AND S45	4,913
S58	S57 NOT S56	2,983
S59	Sınırlayıcılar - Yayınlanma Tarihi: 20070101-20231231; İngilizce Dili Geniştiriciler - Geliştirilmiş Bağlantılı Konular Arama modları - Tümce Araması	1,876

Ek 4. (Devam)

OVID 28.04.2027		
ID	Search	Hits
1	“wom*n”.ab,ti.	1428322
2	“mother*”.ab,ti.	271337
3	maternal.ab,ti.	319872
4	1 or 2 or 3	1773615
5	“pregnan*”.ab,ti.	613372
6	“deliver*, obstetric”.ab,ti.	117
7	“term birth* “.ab,ti.	2992
8	“lab*r”.ab,ti.	131457
9	“childbirth*”.ab,ti.	24066
10	puerperium.ab,ti.	6639
11	“postnatal period”.ab,ti.	7599
12	postpartum.ab,ti.	71502
13	“parturition*”.ab,ti.	16376
14	“perinatal period”.ab,ti.	8118
15	“peripartum period* “.ab,ti.	1350
16	postnatal.ab,ti.	122830
17	“birth*”.ab,ti.	413103
18	“peripartum*”.ab,ti.	6638
19	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	1115946
20	“violen*”.ab,ti.	79581
21	“disrespect*”.ab,ti.	1431
22	“abus*”.ab,ti.	158329
23	mistreatment.ab,ti.	2364
24	maltreatment.ab,ti.	10218
25	“obstetric* violence “.ab,ti.	193
26	20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25	230055
27	“prevalence*”.ab,ti.	838398
28	“incidence*”.ab,ti.	975672
29	“frequenc*”.ab,ti.	1143940
30	“risk factor* “.ab,ti.	798882
31	“associated factors”.ab,ti.	37285
32	“factors associated”.ab,ti.	191083
33	27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32	3392242
34	4 and 19 and 26 and 33	3854
35	“intimate partner violence”.ab,ti.	11239
36	“intimate partner abus* “.ab,ti.	250
37	“dating violen* “.ab,ti.	1345
38	“domestic violen* “.ab,ti.	7934
39	“family violen* “.ab,ti.	1898
40	“spouse abus* “.ab,ti.	219
41	“partner abus* “.ab,ti.	603
42	35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41	21177
43	34 not 42	2491
44	43 and 2007:2023.(sa_year).	1690
45	44 and “Journal Article” [Publication Type]	1666

Ek 6. Birincil taramada dahil edilmeyen çalışmalar ve dışlama nedenleri

Dışlama Kriteri (Sayı)	Çalışma Numarası
Örnekleme uygun olmayan (n = 50)	1-50
Dili uygun olmayan (n = 3)	51-53
Dahil etme kriterlerine uygun sonuç çıktıları bulunmayan (n = 2)	54-55
Dahil edilen bir makale ile aynı veri seti sunulan (n = 1)	56
Diğer (n = 9)	57-65
Tam metnine ulaşılamayan (n=1)	66

1. Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, Warren CE (2015). The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth* 15: 224
2. Abuya T, Sripad P, Ritter J, Ndwiga C, Warren CE (2018). Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments. *Reprod Health Matters* 26: 48-61.
3. Adu-Bonsaffoh K, Mehrtash H, Guure C, Maya E, Vogel JP, Irinyenikan TA, Aderoba AK, Balde MA, Adanu R, Bohren MA, Tuncalp Ö (2021). Vaginal examinations and mistreatment of women during facility-based childbirth in health facilities: secondary analysis of labour observations in Ghana, Guinea and Nigeria. *BMJ Global Health* 5: e006640.
4. Ahmed HM (2022). Rate and types of childbirth mistreatment and abuse and its association with satisfaction with birth care: a cross-sectional study of 1196 Kurdish women. *Matern Child Health J* 26: 1322-1327.
5. Al-Khushayban FA, Alharbi MK, Alsheha MA, Bedaiwi MF, Alolayan SS, Aljasser RI, Alanazi AM, Bedaiwi BF, Almuhaimeed FA, Almeathem FK (2022). The prevalence of violence against women during pregnancy and after delivery in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Cureus* 14: e26417.
6. Ashish KC, Bhattarai P, Basnet O, Shrestha A, Rijal G, Skalkidou A (2023). Association of disrespectful care after childbirth and COVID-19 exposure with postpartum depression symptoms-a longitudinal cohort study in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth* 23: 145.
7. Azhar Z, Oyebo O, Masud H (2018). Disrespect and abuse during childbirth in district Gujrat, Pakistan: a quest for respectful maternity care. *PloS One* 13: e0200318.
8. Banks KP, Karim AM, Ratcliffe HL, Betemariam W, Langer A (2018). Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. *Health Policy Plan* 33: 317-327.
9. Berhe ET, Gesesew HA, Ward PR, Gebremeskel TG (2022). Neglected and non-consented care during childbirth in public health facilities in Central Tigray, Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 22: 386.
10. Brenes Monge A, Fernández Elorriaga M, Poblano Verástegui O, Valdez Santiago R, Martínez Nolasco MA, Yáñez Álvarez I, Saturno Hernández PJ (2021). Disrespect and abuse in obstetric care in Mexico: an observational study of deliveries in four hospitals. *Matern Child Health J* 25: 565-573.
11. Castro R, Frias SM (2020). Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey." *Violence Against Women* 26: 555-572.
12. Farouk SL, Amole T G, Kabir M, Abubakar IS, Ilyasu Z (2021). Obstetrics violence among parturient women in Kano State, north-west Nigeria. *Sex Reprod Healthc* 29: 100620.
13. Freedman LP, Kujawski SA, Mbuyita S, Kuwawenaruwa A, Kruk ME, Ramsey K, Mbaruku G (2018). Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth. *Reprod Health Matters* 26: 107-122.
14. Gurung R, Moinuddin M, Sunny AK, Bhandari A, Axelin A, Kc A (2022). Mistreatment during childbirth and postnatal period reported by women in Nepal—a multicentric prevalence study. *BMC Pregnancy Childbirth* 22: 319.
15. Guure C, Aviisah PA, Adu-Bonsaffoh K, Mehrtash H, Aderoba AK, Irinyenikan TA, Balde MD, Adeyaniu O, Maung TM, Tuncalp Ö, Maya, E. (2023). Mistreatment of women during childbirth and postpartum depression: secondary analysis of WHO community survey across four countries. *BMJ Global Health* 8: e011705.
16. Hameed W, Avan BI (2018). Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. *PloS One* 13: e0194601
17. Hameed W, Uddin M, Avan BI (2021). Are underprivileged and less empowered women deprived of respectful maternity care: inequities in childbirth experiences in public health facilities in Pakistan. *PLoS One* 16: e0249874.
18. Tabar JH, Shahoie R, Zaheri F, Mansori K, Nasab LH (2023). Prevalence of disrespect and abuse during childbirth and its related factors in women hospitalized in the postpartum ward. *J Family Med Prim Care* 12: 246-252.

Ek 6. (Devam)

19. Ijadunola MY, Olotu EA, Oyedun OO, Eferakeya SO, Ilesanmi FI, Fagbemi A, Fasae OC (2019). Lifting the veil on disrespect and abuse in facility-based child birth care: findings from South West Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth* 19: 39.
20. Ismail AM, Ismail A, Hirst JE (2023). Prevalence and risk factors of obstetric violence in the Gaza strip: a retrospective study from a conflict setting *Int J Gynaecol Obstet* 163: 383-391.
21. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP (2018). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan* 33: e26-e33.
22. Larson E, Hermosilla S, Kimweri A, Mbaruku GM, Kruk ME (2014). Determinants of perceived quality of obstetric care in rural Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 14: 483.
23. Larson E, Mbaruku G, Kujawski SA, Mashasi I, Kruk ME (2019). Disrespectful treatment in primary care in rural Tanzania: beyond any single health issue. *Health Policy Plan* 34: 508-513.
24. Larsson B, Rubertsson C, Hildingsson I (2023). Previous negative experiences of healthcare reported by Swedish pregnant women with fear of birth-a mixed method study. *Sex Reprod Healthc* 36: 100859.
25. Leite TH, Pereira APE, do Carmo Leal M, da Silva, AAM (2020). Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord* 273: 391-401.
26. Leite TH, Marques ES, Mesenburg MA, da Silveira MF, do Carmo Leal M (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort "Birth in Brazil". *Lancet Reg Health Am* 19: 100438
27. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, Ryding EL Tabor A, Bidens Study Group (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 94: 508-517.
28. Madeiro A, Rufino AC, Acaqui RF, Barbosa CM, Martins VMML, de Sousa AMC (2022). Disrespect and abuse during childbirth in maternity hospitals in Piauí, Brazil: a cross-sectional study. *Int J Gynaecol Obstet* 159: 961-967.
29. Maldie M, Egata G, Chanie MG, Muche A, Dewau R, Worku N, Alemu MG, Ewunetie GE, Birhane T, Addisu E, Ayele WM, Adane, M. (2021). Magnitude and associated factors of disrespect and abusive care among laboring mothers at public health facilities in Borena District, South Wollo, Ethiopia. *PLoS One* 16: e0256951.
30. Martins ACM, Giugliani ERJ, Nunes LN, Bizon AMBL, de Senna AFK, Paiz JC, Avilla JC, Giugliani C (2021). Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: a cross-sectional study. *Women Birth* 34: e337-e345.
31. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya S, Ponce de León R, Damaso AH, Domingues MR, da Silveira MF (2018). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health* 15: 54.
32. Molla W, Wudneh A, Tilahun R (2022). Obstetric violence and associated factors among women during facility based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 22: 565.
33. Montesinos-Segura R, Urrunaga-Pastor D, Mendoza-Chuctaya G, Taype-Rondan A Helguero-Santin LM, Martinez-Ninanqui FW, Centeno DL, Jiménez-Meza Y, Taminche-Canayo RC, Paucar-Tito L, Villamonte-Calanche, W. (2018). Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynaecol Obstet* 140: 184-190.
34. Okedo-Alex I N, Akamike IC, Eze II, Onwasigwe CN (2021). Does disrespect and abuse during childbirth differ between public and private hospitals in Southeast Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth* 21: 852.
35. Okedo-Alex I N, Akamike IC, Igwilo U, Onwasigwe CN (2022). What factors are associated with forms of mistreatment during facility-based childbirth? A survey of referral health facilities in south-east Nigeria. *J Biosoc Sci* 54: 776-791.
36. Pathak P, Ghimire B (2020). Perception of women regarding respectful maternity care during facility-based childbirth. *Obstet Gynecol Int* 2020: 5142398.
37. Shafi A, Redi M (2022). Comparison of disrespect maternity care among immediate postnatal women in health centre and hospital of Siltie Zone Southern region, Ethiopia 2020. *Pan Afr Med J* 43: 51
38. Sharma G, Penn-Kekana L, Halder K, Filippi V (2019). An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. *Reprod Health* 16: 7.
39. Sheferaw ED, Bazant E, Gibson H, Fenta HB, Ayalew F, Belay TB, Worku MM, Kebebe AE, Woldie SA, Kim YM, van den Akker T, Stekelenburg J (2017). Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. *Reprod Health* 14: 60
40. Sheferaw ED, Kim YM, Van Den Akker T, Stekelenburg J (2019). Mistreatment of women in public health facilities of Ethiopia. *Reprod Health* 16: 130.

Ek 6. (Devam)

41. Shemelis D, Gelagay AA, Boke MM (2022). Prevalence and risk factor for mistreatment in childbirth: in health facilities of Gondar city, Ethiopia. *PloS One* 17: e0268014.
42. Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, De Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, Stein A, Coll CV (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *J Affect Disord* 256: 441-447.
43. Siraj, A., Teka, W., & Hebo, H. (2019). Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19, 1-9.
44. Tekle Bobo F, Kebebe Kasaye H, Etana B, Woldie M, Feyissa TR (2019). Disrespect and abuse during childbirth in Western Ethiopia: should women continue to tolerate?. *PloS One* 14: e0217126.
45. Usso AA, Adem HA, Dessie Y, Tura AK (2021). Utilization of immediate postpartum long acting reversible contraceptives among women who gave birth in public health facilities in eastern ethiopia: a cross-sectional study. *Int J Reprod Med* 2021: 1307305.
46. Van der Pijl MS, Verhoeven CJ, Verweij R, van der Linden, T, Kingma E, Hollander MH, De Jonge A (2022). Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reprod Health* 19: 160.
47. Wassihun B, Deribe L, Worede N, Gultie T (2018). Prevalence of disrespect and abuse of women during child birth and associated factors in Bahir Dar town, Ethiopia. *Epidemiol Health* 40: e2018029
48. Wassihun B, Zeleke S (2018). Compassionate and respectful maternity care during facility based child birth and women's intent to use maternity service in Bahir Dar, Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 18(1): 294.
49. Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore M, Cadena M, Nethery E, Rushton E, Schummers L, Declercq E, GVtM-US Steering Council (2019). The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health* 16: 77.
50. Yalley AA, Abioye D, Appiah SCY, Hoeffler A (2023). Abuse and humiliation in the delivery room: prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. *Front Public Health* 11: 988961.
51. Batram-Zantvoort S, Alaze A, Lazzerini M, Mariani I, Covi B, Miani C (2023). Violated birth integrity during the COVID-19 pandemic in Germany: experiences of women with maternity care *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 66: 302-311.
52. Castro CM, Rates SS (2022). Obstetric violence in Chile: women's perceptions and differences among health centers. *Rev Panam Salud* 46: e24.
53. Malet S, Choux C, Akrich M, Simon E, Sagot P (2020). Mistreatment during childbirth: A prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 48: 790-799.
54. Alzyoud F, Khoshnood K, Alnatour A, Oweis A (2018). Exposure to verbal abuse and neglect during childbirth among Jordanian women. *Midwifery* 58: 71-76.
55. Gurung R, Ruysen H, Sunny AK, Day LT, Penn-Kekana L, Målqvist M, Ghimire B, Singh D, Basnet O, Sharma S, Shaver T, Moran AC, Lawn JE, Ashish KC, EN-BIRTH Study Group. (2021). Respectful maternal and newborn care: measurement in one EN-BIRTH study hospital in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21: 228.
56. Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM (2021). Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (PTSD) following obstetric violence: a cross-sectional study. *J Pers Med* 11: 338.
57. Adugna A, Kindie K, Abebe GF (2023). Respectful maternity care and associated factors among mothers who gave birth in three hospitals of Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. *Front Public Health* 10: 1055898.
58. Kalu KU, Onyeonoro UU, Nwamoh UN, Amuzie CI (2022). Magnitude and pattern of facility-based disrespect and abusive treatment of women during childbirth in Abia State, Nigeria. *Ghana Med J* 56: 110-116.
59. ME Abu-Rmeileh N, Wahdan Y, Mehrtash H, Hamad KA, Awad A, Tunçalp Ö (2022). Exploring women's experiences during childbirth in health facilities during COVID-19 pandemic in occupied palestinian territory: a cross-sectional community survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 22: 957.
60. Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, Faida E, Guerino C, Langer A (2014). Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: are women living with HIV more vulnerable?. *J Acquir Immune Defic Syndr* 67: S228-S234.
61. Umar N, Wickremasinghe D, Hill Z, Usman UA, Marchant T (2019). Understanding mistreatment during institutional delivery in northeast Nigeria: a mixed-method study. *Reprod Health* 16: 174.
62. Sethi R, Gupta S, Oseni L, Mtimuni A, Rashidi T, Kachale F (2017). The prevalence of disrespect and abuse during facility-based maternity care in Malawi: evidence from direct observations of labor and delivery. *Reprod Health* 14: 111.

63. Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, Faida E, Wegner MN, Guerino C, Langer A (2016). The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 16: 236.
64. Gogoi A, Manoranjini M, Ravi T, Kaur M, Gupta M, Rajagopal V (2022). Determinants of respectful maternity care in India: a cross-sectional study. *WHO South East Asia J Public Health* 11: 3-9.
65. Paiz JC, de Jesus Castro SM, Giugliani ERJ, dos Santos Ahne SM, Aqua CBD, Giugliani C (2022). Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy Childbirth* 22: 664.
66. Ghoneim HM, Taha OT, Elgedawy AM (2023). Prevalence of neglect and abuse during labor and delivery in a Tertiary hospital. *International Journal of Childbirth* 13: 261-269.



Ek 7. İkincil taramada dahil edilmeyen çalışmalar ve dışlama nedenleri

Dışlama Kriteri (Sayı)	Çalışma Numarası
Örnekleme uygun olmayan (n = 29)	1-29
Dili uygun olmayan (n = 7)	30-36
Dahil etme kriterlerine uygun sonuç çıktıları bulunmayan (n = 7)	37-43
Dahil edilen bir makale ile aynı veri seti sunulan (n = 2)	44-45
Diğer (n = 8)	46-53
Tam metnine ulaşılamayan (n=1)	54

1. Abamila N, Agago, T, Garede M (2022). Disrespect and abusive maternity care and associated factors in the labor and delivery wards of public health facilities in Assosa Zone, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Reproductive Health* 14: 9-9.
2. Amare NS, Mekuriyaw AM, Tesema GW, Ambaw YL (2022). Proportion and associated factors of respectful maternity care during childbirth in North Showa zone public health institutions, North Showa, Ethiopia: an institutional-based cross-sectional study. *Front Public Health* 10: 878019.
3. Amole TG, Tukur MJ, Farouk SL, Ashimi AO (2019). Disrespect and abuse during facility based childbirth: the experience of mothers in Kano, Northern Nigeria. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology* 36: 21-27.
4. Asare A, Tabong PTN (2023). Forms of support and experiencing maltreatment and disrespect during childbirth at a health facility: a self-reported cross-sectional study in Ghana. *J Patient Exp* 10: 23743735231174758.
5. Asefa A, Bekele D (2015). Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health* 12: 33.
6. Balde MD, Nasiri K, Mehrtash H, Soumah AM, Bohren MA, Irinyenikan TA, Maung MT, Thwin SS, Aderoba AK, Vogel JP, Mon NO, Adu-Bonsaffoh K, Tunçalp Ö (2022). Labour companionship and women's experiences of mistreatment during childbirth: results from a multi-country community-based survey. *BMJ Glob Health* 5: e003564.
7. Birie B, Niguse W (2023). Experience of respectful maternity care during childbirth and associated factors in public hospitals of the South West Region of Ethiopia: An institution-based, cross-sectional study. *BMJ OPEN* 13: e066849.
8. Bulto GA, Demissie DB, Tulu AS (2020). Respectful maternity care during labor and childbirth and associated factors among women who gave birth at health institutions in the West Shewa zone, Oromia region, Central Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 20: 443.
9. Souza KJD, Rattner D, Gubert MB (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica* 51: 69.
10. Dey A, Shakya HB, Chandurkar D, Kumar S, Das AK, Anthony J, Shetye M, Krishnan S, Silverman JG, Raj A (2017). Discordance in self-report and observation data on mistreatment of women by providers during childbirth in Uttar Pradesh, India. *Reprod Health* 14: 149.
11. Ferede WY, Erega BB, Sisay FA, Ayalew AB, Belachew YY, Yimer TS (2024). Consented maternal care and associated factors among mothers who gave birth at public health institutions in South Wollo Zone, Amhara region, Ethiopia 2022. *SAGE Open Med* 12: 20503121241227083.
12. Ferede WY, Gudayu TW, Gessesse DN, Erega BB (2022). Respectful maternity care and associated factors among mothers who gave birth at public health institutions in South Gondar Zone, Northwest Ethiopia 2021. *Womens Health (Lond)* 18: 17455057221116505.
13. Gebregziabher S, Hawulte B, Abera L, Goshu AT (2022). Disrespect and abuse experienced by women giving birth in public health facilities of Eastern Ethiopia: a multicenter cross-sectional study. *J Int Med Res* 50: 03000605221130015.
14. Ghimire NP, Joshi SK, Dahal P, Swahnberg K (2021). Women's experience of disrespect and abuse during institutional delivery in Biratnagar, Nepal. *Int J Environ Res Public Health* 18: 9612.
15. Hughes CS, Kamanga M, Jenny A, Ziemann B, Warren C, Walker D, Kazembe A (2022). Perceptions and predictors of respectful maternity care in Malawi: a quantitative cross-sectional analysis. *Midwifery* 112: 103403.
16. Krishnamoorthy Y, Elangovan V, Krishnan M, Sinha I, Samuel G, Kanth K (2023). Institutional disrespect and abuse during health-care utilization in public health facilities of Tamil Nadu: a facility-based cross-sectional survey. *Indian J Public Health* 67: 47-53.
17. Keedle H, Keedle W, Dahlen HG (2024). Dehumanized, violated, and powerless: an Australian survey of women's experiences of obstetric violence in the past 5 years. *Violence Against Women* 30: 2320-2344.
18. Kujawski S, Mbaruku G, Freedman LP, Ramsey K, Moyo W, Kruk ME (2015). Association between disrespect and abuse during childbirth and women's confidence in health facilities in Tanzania. *Matern Child Health J* 19: 2243-2250.

Ek 7. (Devam)

19. Lansky S, Souza KVD, Peixoto ERDM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, de Oliveira Cunha R, Friche AADL (2019). Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Cien Saude Colet* 24: 2811-2824.
20. Mengistie T, Mulatu T, Alemayehu A, Yadeta TA, Dheresa M (2022). Respectful maternity care among women who gave birth at public hospitals in Hadiya Zone, Southern Ethiopia. *Front Public Health* 10: 949943.
21. Santiago RV, Monreal LA, Rojas Carmona A, Domínguez MS (2018). "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy Childbirth* 18: 244.
22. Siyoum M, Astatkie A, Tenaw Z, Abeje A, Melese T (2020). Respectful family planning service provision in Sidama zone, Southern Ethiopia. *PloS One* 15: e0238653.
23. Ugwa EA, Nweke J, Ani OE, Agbor IE (2019). Factors affecting disrespect and abuse during facility-based care in rural and urban setting in Kano, northwest Nigeria; a mixed-method study. *Texila International Journal of Public Health* 7: 1-12.
24. Ugwa EA, Nweke J, Ani OE, Agbor IE (2019). The proportion and nature of disrespect and abuse during facility-based care in a rural and an urban setting in Kano, northwest Nigeria; a mixed-method study." *Texila International journal of Public Health* 7: 1-9.
25. Wochefu BB, Abdo AA, Koboto DD (2021). Compassionate and respectful maternity care and associated factors among women attending delivery services at public health facilities of Hawassa City, Southern Ethiopia. *Int Arch Nurs Health Care* 7: 165.
26. Yadav P, Smitha MV, Jacob J, Begum J (2022). Intrapartum respectful maternity care practices and its barriers in Eastern India. *J Family Med Prim Care* 11: 7657-7663.
27. Zeleke AM, Bayeh GM (2022). Maternal disrespect and abuse among mothers who gave childbirth at public health facilities and associated factors in Gondar town, Northwest, Ethiopia. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 10: 3165-3174.
28. Diamond-Smith N, Treleaven E, Murthy N, Sudhinaraset M (2017). Women's empowerment and experiences of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow, India: results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17: 335.
29. Limmer CM, Stoll K, Vedam S, Leinweber J, Gross MM (2023). Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: development and validation of a German self-report tool. *Midwifery* 126: 103809.
30. Andrade PDON, Silva JQPD, Diniz CMM, Caminha MDFC (2016). Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 16: 29-37.
31. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M (2015). Routine behaviors in birth care that constitute obstetrical violence. *Utopía y Praxis Latinoamericana* 20: 113-120.
32. Medina CM, Pérez MÁDL, Mandujano MJD, de la Cruz LGC, Jiménez PR, Rosales BES, Limón MDRR (2019). Prevalencia de violencia obstétrica a pacientes durante el trabajo de parto a puerperio mediato por el personal de un hospital público. *Lux Médica* 14: 27-36.
33. Rodrigues FA, Lira SVG, Magalhães PH, Freitas ALV, Mitros VMS, Almeida PC (2017). Violence obstetric in the parturition process in maternities linked to the Stork Network. *Reprod Clim* 32: 78-84.
34. Kajioune I, de Brouwere V, Manoussi A, Elomrani S, Assarag B (2023). L'expérience de l'accouchement en milieu surveillé dans la province d'Essaouira au Maroc: Quelle réalité?. *Sex Reprod Health Matters* 31: 2272712.
35. Shakibazadeh E, Taherkhani F, Yekaninejad MS, Shojaeizadeh D, Tajvar M (2021). Prevalence of disrespectful maternity care in hospitals affiliated with TUMS and its associated factors. *Journal of Hayat* 27: 1-16.
36. Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela* 73: 171-180.
37. Brandão T, Cañadas S, Galvis A, de Los Ríos MM, Meijer M, Falcon K (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *Int J Gynaecol Obstet* 143: 84-88.
38. Chellamuthu L, Kanagat S, Dakshinamurthy S, Boratne AV (2023). Assessment on quality of healthcare services during childbirth: a community-based mixed-method study in the women of puducherry. *Indian J Community Med* 48: 550-555.
39. Çetin SA, Ergün G, Işık I (2024). Obstetric violence in southwestern Turkey: Risk factors and its relationship to postpartum depression *Health Care Women Int* 45: 217-235.
40. Saini SK, Kaur D (2023). A descriptive study to assess the experiences of mothers of infants (42 days-6 months of age) on respectful maternity care residing in Dadu Majra Colony, UT, Chandigarh (2021-2022). *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research* 10: 170-179.
41. Meijer M, Brandão T, Cañadas S, Falcon K (2020). Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: a descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 148: 355-360.
42. Okyay EK, Bal Z, Barut S, Güney E (2022). Components of obstetric violence: A descriptive study on physical abuse, non-consented care and non-confidential care. *J Clin Med Kaz* 19: 32-39.

Ek 7. (Devam)

43. Alnemari BA, Albizrah NA, Arain FR, Alotaib HA, Assalmi HM, Alqurashi AA (2020). Obstetric violence experienced during child birth in Taif city, Saudi Arabia. *World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East Journal of Family Medicine* 99: 1-10.
44. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ (2021). Obstetric violence in Spain (part II): interventionism and medicalization during birth *Int J Environ Res Public Health* 18: 199.
45. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Valero-Chilleron MJ Andreu-Pejó L, Cervera-Gasch Á (2021). Obstetric violence in Spain (Part III): healthcare professionals, times, and areas. *Int J Environ Res Public Health* 18: 3359.
46. Altahir A, Alaal AA, Mohammed A, Eltayeb D (2018). Proportion of disrespectful and abusive care during childbirth among women in Khartoum State-2016. *Am J Public Heal Res* 6: 237-242.
47. Amsalu B, Aragaw A, Sintayehu Y, Sema A, Belay Y, Tadese G, Kassie N, Guta A, Tibebu A, Tiruye G (2022). Respectful maternity care among laboring women in public hospitals of Benishangul Gumuz Region, Ethiopia: a mixed cross-sectional study with direct observations. *SAGE Open Med* 10: 20503121221076995.
48. Baranowska B, Doroszewska A, Kubicka-Kraszyńska U, Pietrusiewicz J, Adamska-Sala I, Kajdy A, Sys D, Tataj-Puzyna U, Bączek G, Crowther S (2019). Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 19: 520.
49. Mekonnen A, Fikadu G, Esmeal A (2019). Disrespectful and abusive maternity care during childbirth in Bale zone Public Hospitals, southeast Ethiopia: cross-sectional study. *Clin Pract* 16: 1273-1280.
50. Ogunlaja A, Fehintola OA, Ogunlaja IP, Popoola G, Idowu A, Awotunde OT, Fehintola OF (2017). Respectful maternity care” or “Disrespect and abuse during maternity care”; experience of pregnant women in Ogbomoso, South West Nigeria. *Rwanda Med J* 74: 6-9.
51. Patel P, Makadia K, Kedia G (2015). Study to assess the extent of disrespect and abuse in facility based child birth among women residing in urban slum area of Ahmedabad. *Age* 20: 40.
52. Raval H, Puwar T, Vaghela P, Mankiwala M, Pandya AK, Kotwani P (2021). Respectful maternity care in public health care facilities in Gujarat: a direct observation study. *J Family Med Prim Care* 10: 1699-1705.
53. Singh A, Chhugani M, James MM (2018). Direct observation on respectful maternity care in India: a cross sectional study on health professionals of three different health facilities in New Delhi. *Indian J Sci Res* 7: 821-825.
54. Kitaw M, Tessema M (2019). Respectful maternity care and associated factors among mothers in the immediate post - partum period, in public health facilities of Addis Ababa.” *Int J Pregnancy Child Birth* 5: 10-17.

Ek 8. Veri Çekme Formu

İlk Yazar; Yayın Yılı	Ülke	Çalışma Tasarım	Çalışma Ortamı	Veri toplama zamanı	Örneklemin özellikleri	Yaş aralığı	Örneklem sayısı	Obstetrik şiddetin yaygınlığı	Obstetrik şiddet ile ilişkili faktörler

Ek 9. Kalite Değerlendirme Aracı

JBİ CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR STUDIES REPORTING PREVALENCE DATA

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	☐	☐	☐	☐
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	☐	☐	☐	☐
3. Was the sample size adequate?	☐	☐	☐	☐
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	☐	☐	☐	☐
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	☐	☐	☐	☐
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	☐	☐	☐	☐
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	☐	☐	☐	☐
8. Was there appropriate statistical analysis?	☐	☐	☐	☐
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Ek 10. Yanlılık Riski Değerlendirme Aracı

Appendix 1: Risk of Bias Tool

Name of author(s): _____ Year of publication: _____

Name of paper/study:- _____

This tool is designed to assess the risk of bias in population-based prevalence studies. Please read the additional notes for each item when initially using the tool. Note: If there is insufficient information in the article to permit a judgement for a particular item, please answer **No (HIGH RISK)** for that particular item.

Risk of bias item	Criteria for answers (please circle one option)	Additional notes and examples
External Validity		
1. Was the study's target population a <u>close representation</u> of the national population in relation to relevant variables, e.g. age, sex, occupation?	• Yes (LOW RISK): The study's target population was a <u>close</u> representation of the national population. • No (HIGH RISK): The study's target population was clearly <u>NOT</u> representative of the national population.	The target population refers to the group of people or entities to which the results of the study will be generalised. Examples: • The study was a national health survey of people 15 years and over and the sample was drawn from a list that included all individuals in the population aged 15 years and over. The answer is: Yes (LOW RISK). • The study was conducted in one province only, and it is not clear if this was representative of the national population. The answer is: No (HIGH RISK). • The study was undertaken in one village only and it is clear this was not representative of the national population. The answer is: No (HIGH RISK).
2. Was the sampling frame a <u>true or close representation</u> of the target population?	• Yes (LOW RISK): The sampling frame was a <u>true or close</u> representation of the target population. • No (HIGH RISK): The sampling frame was <u>NOT</u> a <u>true or close</u> representation of the target population.	The sampling frame is a list of the sampling units in the target population and the study sample is drawn from this list. Examples: • The sampling frame was a list of almost every individual within the target population. The answer is: Yes (LOW RISK). • The cluster sampling method was used and the sample of clusters/villages was drawn from a list of all villages in the target population. The answer is: Yes (LOW RISK). • The sampling frame was a list of just one particular ethnic group within the overall target population, which comprised many groups. The answer is: No (HIGH RISK).
3. Was some form of <u>random selection</u> used to select the sample, OR, was a census undertaken?	• Yes (LOW RISK): A census was undertaken, OR, some form of random selection was used to select the sample (e.g. simple random sampling, stratified random sampling, cluster sampling, systematic sampling). • No (HIGH RISK): A census was <u>NOT</u> undertaken, AND some form of random selection was <u>NOT</u> used to select the sample.	A census collects information from every unit in the sampling frame. In a survey, only part of the sampling frame is sampled. In these instances, random selection of the sample helps minimise study bias. Examples: • The sample was selected using simple random sampling. The answer is: Yes (LOW RISK). • The target population was the village and every person in the village was sampled. The answer is: Yes (LOW RISK). • The nearest villages to the capital city were selected in order to save on the cost of fuel. The answer is: No (HIGH RISK).
4. Was the likelihood of non-response <u>bias minimal</u> ?	• Yes (LOW RISK): The response rate for the study was $\geq 75\%$, OR, an analysis was performed that showed no significant difference in relevant demographic characteristics between responders and non-responders. • No (HIGH RISK): The response rate was $< 75\%$, and if any analysis comparing responders and non-responders was done, it showed a significant difference in relevant demographic characteristics between responders and non-responders.	Examples: • The response rate was 68%; however, the researchers did an analysis and found no significant difference between responders and non-responders in terms of age, sex, occupation and socio-economic status. The answer is: Yes (LOW RISK). • The response rate was 65% and the researchers did NOT carry out an analysis to compare relevant demographic characteristics between responders and non-responders. The answer is: No (HIGH RISK). • The response rate was 69% and the researchers did an analysis and found a significant difference in age, sex and socio-economic status between responders and non-responders. The answer is: No (HIGH RISK).

Ek 10. (Devam)

Internal Validity		
5. Were data collected <u>directly from</u> the subjects (as opposed to a proxy)?	• Yes (LOW RISK): All data were collected directly from the subjects. • No (HIGH RISK): In some instances, data were collected from a proxy.	A proxy is a representative of the subject. Examples: • All eligible subjects in the household were interviewed separately. The answer is: Yes (LOW RISK). • A representative of the household was interviewed and questioned about the presence of low back pain in each household member. The answer is: No (HIGH RISK).
6. Was an acceptable case definition used in the study?	• Yes (LOW RISK): An acceptable case definition was used. • No (HIGH RISK): An acceptable case definition was <u>NOT</u> used.	• For a study on low back pain, the following case definition was used: "Low back pain is defined as activity-limiting pain lasting more than one day in the area on the posterior aspect of the body from the bottom of the 12th rib to the lower gluteal folds." The answer is: Yes (LOW RISK). • For a study on back pain, there was no description of the specific anatomical location 'back' referred to. The answer is: No (HIGH RISK). • For a study on osteoarthritis, the following case definition was used: "Symptomatic osteoarthritis of the hip or knee, radiologically confirmed as Kellgren-Lawrence grade 2-4". The answer is: LOW RISK.
7. Was the study instrument that measured the parameter of interest (e.g. prevalence of low back pain) shown to have <u>reliability and validity (if necessary)</u> ?	• Yes (LOW RISK): The study instrument had been shown to have reliability and validity (if this was necessary), e.g. test-retest, piloting, validation in a previous study, etc. • No (HIGH RISK): The study instrument had <u>NOT</u> been shown to have reliability or validity (if this was necessary).	• The authors used the COPCORD questionnaire, which had previously been validated. They also tested the inter-rater reliability of the questionnaire. The answer is: Yes (LOW RISK). • The authors developed their own questionnaire and did not test this for validity or reliability. The answer is: No (HIGH RISK).
8. Was the <u>same mode of data collection</u> used for all subjects?	• Yes (LOW RISK): The same mode of data collection was used for all subjects. • No (HIGH RISK): The same mode of data collection was <u>NOT</u> used for all subjects.	The mode of data collection is the method used for collecting information from the subjects. The most common modes are face-to-face interviews, telephone interviews and self-administered questionnaires. Examples: • All eligible subjects had a face-to-face interview. The answer is: Yes (LOW RISK). • Some subjects were interviewed over the telephone and some filled in postal questionnaires. The answer is: No (HIGH RISK).
9. Was the <u>length of the shortest prevalence period</u> for the parameter of interest appropriate?	• Yes (LOW RISK): The shortest prevalence period for the parameter of interest was appropriate (e.g. point prevalence, one-week prevalence, one-year prevalence). • No (HIGH RISK): The shortest prevalence period for the parameter of interest was not appropriate (e.g. lifetime prevalence)	The prevalence period is the period that the subject is asked about e.g. "Have you experienced low back pain over the previous year?" In this example, the prevalence period is one year. The longer the prevalence period, the greater the likelihood of the subject forgetting if they experienced the symptom of interest (e.g. low back pain). Examples: • Subjects were asked about pain over the past week. The answer is: Yes (LOW RISK). • Subjects were only asked about pain over the past three years. The answer is: No (HIGH RISK).
10. Were the <u>numerator(s) and denominator(s)</u> for the parameter of interest appropriate?	• Yes (LOW RISK): The paper presented appropriate numerator(s) AND denominator(s) for the parameter of interest (e.g. the prevalence of low back pain). • No (HIGH RISK): The paper did present numerator(s) AND denominator(s) for the parameter of interest but one or more of these were inappropriate.	There may be errors in the calculation and/or reporting of the numerator and/or denominator. Examples: • There were no errors in the reporting of the numerator(s) AND denominator(s) for the prevalence of low back pain. The answer is: Yes (LOW RISK). • In reporting the overall prevalence of low back pain (in both men and women), the authors accidentally used the population of women as the denominator rather than the combined population. The answer is: No (HIGH RISK).
11. Summary item on the overall risk of study bias		

Ek 12. PRISMA 2020 Kontrol Listesi

PRISMA 2020 Kontrol Listesi			
Bölüm ve Konu	Madde #	Kontrol listesi maddesi	Maddenin bildirildiği yer
BAŞLIK			
Başlık	1	Raporu sistematik derleme olarak tanımlayın.	
ÖZET			
Özet	2	PRISMA 2020 Özetler için kontrol listesine bakın.	
GİRİŞ			
Gerekçe	3	Mevcut bilgi bağlamında derlemenin gerekçesini açıklayın.	
Amaç	4	Derlemenin ele aldığı amaç(lar)ın veya soru(lar)ın açık bir beyanını sağlayın.	
YÖNTEMLER			
Uygunluk kriterleri	5	Derleme için dâhil etme ve hariç tutma kriterlerini ve sentez için çalışmaların nasıl gruplandırıldığını belirtin.	
Bilgi kaynakları	6	Çalışmaların tanımlamak için aranan veya başvuru alan tüm veri tabanlarını, kayıtları, web sitelerini, kuruluşları, referans listelerini ve diğer kaynakları belirtin. Her kaynağın en son arandığı veya başvurulduğu tarihi belirtin.	
Arama stratejisi	7	Kullanılan filtreler ve sınırlar dâhil olmak üzere tüm veri tabanları, kayıtlar ve web siteleri için tam arama stratejilerini sunun.	
Seçim süreci	8	Bir çalışmanın derlemeye dâhil edilme kriterlerini karşılayıp karşılamadığına karar vermek için her kaydı kaç gözden geçirenin taradığı ve her raporun bağımsız olarak çalışıp çalışmadığı ve uygunsa, süreçte kullanılan otomasyon araçlarının ayrıntıları dâhil, kullanılan yöntemleri belirtin.	
Veri toplama süreci	9	Raporlardan veri toplamak için kullanılan yöntemleri, her bir rapordan kaç gözden geçirenin veri topladığı, bağımsız olarak çalışıp çalışmadıkları, çalışma araştırmacılarından veri alma veya onaylama süreçleri ve varsa, süreçte kullanılan otomasyon araçlarının ayrıntılarını belirtin.	
Veri maddeleri	10a	Verilerin arandığı tüm sonuçları listeleyin ve tanımlayın. Her çalışmada her bir sonuç alanıyla uyumlu olan tüm sonuçların aranıp aranmadığını (örn. tüm ölçümler, zaman noktaları, analizler için) ve değilse, hangi sonuçların toplanacağına karar vermek için kullanılan yöntemleri belirtin.	
	10b	Verilerin arandığı diğer tüm değişkenleri listeleyin ve tanımlayın (örn. katılımcı ve müdahale özellikleri, finansman kaynakları). Eksik veya net olmayan bilgiler hakkında yapılan varsayımları açıklayın.	
Çalışma bias riski değerlendirmesi	11	Dâhil edilen çalışmalarda bias riskini değerlendirmek için kullanılan yöntemleri, kullanılan araç(lar)ın ayrıntıları, her çalışmayı kaç gözden geçirenin değerlendirdiğini ve bağımsız olarak çalışıp çalışmadıklarını ve varsa, süreçte kullanılan otomasyon araçlarının ayrıntılarını belirtin.	
Etki ölçümleri	12	Her sonuç için, sonuçların sentezinde veya sunumunda kullanılan etki ölçümlerini (örn. risk oranı, ortalama fark) belirtin.	
Sentez yöntemleri	13a	Her bir sentez için hangi çalışmaların uygun olduğuna karar vermek için kullanılan süreçleri tanımlayın (örneğin, çalışma müdahale özelliklerini tablo haline getirmek ve her sentez için planlanan gruplarla karşılaştırma (madde # 5))	
	13b	Eksik özet istatistiklerinin veya veri dönüştürmelerinin işlenmesi gibi verileri sunum veya sentez için hazırlamak için gereken tüm yöntemleri açıklayın.	
	13c	Bireysel çalışmaların ve sentezlerin sonuçlarını tablo haline getirmek veya görsel olarak sunmak için	
	13d	kullanılan tüm yöntemleri açıklayın.	
	13e	Sonuçları sentezlemek için kullanılan yöntemleri açıklayın ve seçim (ler) için bir mantık sağlayın. Meta analiz yapıldıysa, istatistiksel heterojenliğin varlığını ve kapsamını belirlemek için modelleri, yöntemleri ve kullanılan yazılım paketlerini tanımlayın.	
	13f	Çalışma sonuçları arasında olası heterojenlik nedenlerini araştırmak için kullanılan yöntemleri açıklayın (örn. alt grup analizi, meta-regresyon).	
Bias değerlendirmesini raporlama	14	Sentezlenen sonuçların sağlamlığını değerlendirmek için yapılan tüm duyarlılık analizlerini açıklayın.	
Keskinlik değerlendirmesi	15	Bir sentezde eksik sonuçlardan kaynaklanan bias riskini değerlendirmek için kullanılan tüm yöntemleri açıklayın (bias bildiriminden kaynaklanan).	
SONUÇLAR			
Çalışma seçimi	16a	Araştırmada belirlenen kayıt sayısından derlemeye dâhil edilen çalışma sayısına kadar arama ve seçim sürecinin sonuçlarını ideal olarak bir akış diyagramı kullanarak açıklayın.	
	16b	Dâhil etme kriterlerini karşıyor gibi görünebilecek, ancak hariç tutulan çalışmalardan alıntı yapın ve neden hariç tutulduklarını açıklayın.	
Çalışma özellikleri	17	Dâhil edilen her bir çalışmadan alıntı yapın ve özelliklerini sunun.	
Çalışmalarda bias riski	18	Dâhil edilen her çalışma için bias riski değerlendirmelerini sunun.	
Bireysel çalışmaların sonuçları	19	Tüm sonuçlar için, her çalışma için şunları sunun: (a) her grup için özet istatistikler (uygun olduğunda) ve (b) ideal olarak yapılandırılmış tablolar veya grafikler kullanarak bir etki tahmini ve kesinliği (örn. güvenilirlik/güven aralığı).	
Sentezin sonuçları	20a	Her sentez için, katkıda bulunan çalışmaların özelliklerini ve bias riskini kısaca özetleyin.	
	20b	Yapılan tüm istatistiksel sentezlerin sonuçlarını sunun. Meta-analiz yapıldıysa, her bir özet tahmini ve kesinliğini (örn. güvenilirlik/güven aralığı) ve istatistiksel heterojenlik ölçümlerini sunun. Grupları karşılaştırıyorsanız, etkinin yönünü tanımlayın.	
	20c	Çalışma sonuçları arasında olası heterojenlik nedenlerinin tüm araştırmalarının sonuçlarını sunun.	
	20d	Sentezlenen sonuçların sağlamlığını değerlendirmek için yapılan tüm duyarlılık analizlerinin sonuçlarını sunun.	
Biasları bildirme	21	Değerlendirilen her bir sentez için eksik sonuçlardan kaynaklanan (biasların bildiriminden kaynaklanan) bias riski değerlendirmelerini sunun.	
Kanıtın kesinliği	22	Değerlendirilen her bir sonuç için kanıt olarak kesinlik (veya güvenilirlik) değerlendirmeleri sunun.	
TARTIŞMA			
Tartışma	23a	Diğer kanıt bağlamında sonuçların genel bir yorumunu sağlayın.	
	23b	Derlemede yer alan kanıt sınırlılıklarını tartışın.	
	23c	Derleme süreçlerinin kullanımının sınırlılıklarını tartışın.	
	23d	Uygulama, politika ve gelecekteki araştırmalar için sonuçların etkilerini tartışın.	
DİĞER BİLGİ			
Kayıt ve protokol	24a	Kayıt adı ve kayıt numarası içeren derleme için kayıt bilgilerini sağlayın veya incelemenin kaydedilmediğini belirtin.	
	24b	Derleme protokolüne nereden erişilebileceğini belirtin veya bir protokolün hazırlanmadığını belirtin.	
	24c	Kayıt sırasında veya protokolda sağlanan bilgilerdeki değişiklikleri açıklayın.	
Destek	25	Derleme için finansal veya finansal olmayan destek kaynaklarını ve derlemede finansman sağlayanların ve sponsorların rolünü açıklayın.	
Çıkar çatışması	26	Derleme yazarlarının çıkar çatışmalarını beyan edin.	
Veri, kod ve diğer materyallerin mevcudiyeti	27	Aşağıdakilerden hangilerinin halka açık olduğunu ve nerede bulunabileceklerini bildirin: şablon veri toplama formları; dâhil edilen çalışmalardan elde edilen veriler; tüm analizler için kullanılan veriler; analitik kod; derlemede kullanılan diğer materyaller.	

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Ebru KÜÇÜK
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2020
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2017
Lise	Gazi Anadolu Lisesi	2013

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Rize Devlet Hastanesi	2017-2018
2. Araştırma Görevlisi	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2018-Devam

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

YAYINLAR

1. Küçük E, Çalık KY (2021). Women's experiences and frequency of vaginal examination during labor. Clinical and Experimental Health Sciences 11: 426-431.
2. Küçük E, Çalık KY, Erkaya R, Kanbay Y (2021). Oxford COVID-19 aşısı güven ve uyum ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi 7: 197-214.

3. Çalık KY, Erkaya R, Küçük E, Kanbay Y (2022). Covid-19 aşısı kararsızlığı ölçeği: Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 11: 287-299.
4. Çalık KY, Küçük E, Beydağ KD (2022). Pregnant women voice their concerns and delivery method preferences during the COVID-19 pandemic in Turkey. J Reprod Infant Psychol 40: 590-601.
5. Çalık KY, Küçük E, Halimoğlu B (2022). The effect of an educational palliative care intervention on the quality of life of patients with incurable cancer and their caregivers. Support Care Cancer 30: 2427-2434.
6. Çalık KY, Erkaya R, Küçük E, Durum HN (2022). Phobia of coronavirus (covid-19) pandemic in Turkish society. Psychiatr Danub 34: 208-216.
7. Küçük E, Çalık KY, Tayar N (2023). The effect of perceived insufficient milk on transition to supplementary food and factors affecting it during the first six months postpartum in Turkey: a cross-sectional study. Health Care Women Int 44: 295-313.
8. Küçük E, Çalık KY (2023). Maternal and neonatal outcomes of vaginal examination frequency during labor. Health Care Women Int 44: 1454-1465.
9. Çalık KY, Kanbay Y, Küçük E (2024). Development of a breastfeeding support scale in the workplace and psychometric properties of Turkish version: a validity and reliability. Women Health 64: 745-758.

BİLDİRİLER

1. Çalık KY, Küçük E (2018). İntrapartum dönemde uygulanan vajinal muayene sıklığı ve kadınların görüşleri. 1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, İzmir, Türkiye, 18-21 Ekim 2018, 344-350.
2. Meral B, Küçük E, Çalık KY, Bulut HK (2019). Doğumdan hemen sonra başlatılan tene temasın anne-bebek üzerine etkisi. 2. Uluslararası, 3. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Konya, Türkiye, 3-6 Ekim 2019, 151-157.
3. Çalık KY, Küçük E, Tayar N (2019). Yetersiz anne sütü algısının ek gıdaya geçişe etkisi. 2. Uluslararası, 3. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Konya, Türkiye, 3-6 Ekim 2019, 231.
4. Çalık KY, Küçük E, Halimoğlu B (2020). Kanseri tanısıyla yatan kadınların bakım vericilerine verilen palyatif bakım eğitiminin kendisinin ve hastanın yaşam kalitesine etkisi. 2. Uluslararası 3. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, İstanbul, Türkiye, 18-19 Aralık 2020, 28-29

5. Küçük E, Çalık KY, Erkaya R, Kanbay Y (2023). Gebe kadınlar için obstetrik şiddet ölçeğinin geliştirilmesi, geçerliliği ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. 7. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi, Trabzon, Türkiye, 8-10 Mayıs 2023, 421-423.
6. Çalık KY, Erkaya R, Küçük E, Kanbay Y (2023). Obstetrik şiddet ölçeğinin geliştirilmesi, doğrulanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi. 7. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi, Trabzon, Türkiye, 8-10 Mayıs 2023, 517-519.

ÖDÜLLER / TEŞVİKLER/ BURSLAR

1. Sözel Bildiri Üçüncülük Ödülü (Gebe kadınlar için obstetrik şiddet ölçeğinin geliştirilmesi, geçerliliği ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi) 7. Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi, Trabzon, Türkiye, 8-10 Mayıs 2023.

