T.C.

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GEBELERDE ALGILANAN CİNSİYET ROLÜ VE DOĞUM KORKUSU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Gamze BAYSAL

EYLÜL, 2024

T.C.

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GEBELERDE ALGILANAN CİNSİYET ROLÜ VE DOĞUM KORKUSU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Gamze BAYSAL

DANIŞMAN

Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE

EYLÜL, 2024

ONAY SAYFASI

Tez Başlığı: **Gebelerde Algılanan Cinsiyet Rolü ve Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**

Tezi Hazırlayan: **Gamze BAYSAL**

Tez Savunma Tarihi:26.09.2024

İmza

Üye (Jüri Başkanı): Doç. Dr. Meltem MERİÇ

Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur/bulunmamıştır.

İmza

Üye: Doç. Dr. Neslihan YILMAZ SEZER

Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ebelik Bölümü

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur/bulunmamıştır.

İmza

Üye (Danışman): Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE

Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Bu tez, tarafımdan incelenmiş ve yüksek lisans tezi olarak uygun bulunmuştur/bulunmamıştır.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

_____

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Belgin Akın

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Lokman Hekim Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm.

Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

( ) Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir. (Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

( ) Tezimin/Raporumun ……. tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

( ) Tezimin/Raporumun…… tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

( ) Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

26/09/2024

Gamze BAYSAL

ETİK BEYAN

LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, tez çalışmamda bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları bilimsel etik kurallar gözeterek ifade ettiğimi ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim (26/09/2024).

Gamze BAYSAL

ÖZET

GEBELERDE ALGILANAN CİNSİYET ROLÜ VE DOĞUM KORUSU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Gamze BAYSAL

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE

Ankara, EYLÜL 2024

Bu araştırma, gebelerde algılanan cinsiyet rolü ile doğum korkusu arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesinde 260 nullipar gebe ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Bem Cinsiyet Rolü Envanteri ve Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A Versiyonu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, pearson korelasyon, lineer regresyon, t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve post hoc (Tukey, LSD) analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmamızda gebelerin yaş ortalaması 28,03±4,95, gebelik haftaları ortalaması 33,56±4,21, ortalama kadınsılık puanı 113,35±10,49, ortalama erkeksilik puanı 95,39±13,58 olarak bulunmuştur. Gebelerin %23,1'inin düşük, %26,5'inin orta, %35'inin yüksek, %15,4'ünün ise klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir. Gebelerin %34,2'sinin "Belirsiz" cinsiyet rolünü, %28,1'inin "Androjen" cinsiyet rolünü, %20,4'ünün "Kadınsı" cinsiyet rolünü, %17,3'ünün "Erkeksi" cinsiyet rolünü benimsediği tespit edilmiştir. Cinsiyet rolüne göre gruplar incelendiğinde, kadınsı cinsiyet rolüne sahip gebelerin doğum korkusu puan ortalaması 71,56±24,34'tür ve diğer cinsiyet rollerine sahip gebelere göre en yüksektir. Araştırmamızda yaş grupları, gelir durumu, gebelikte destek varlığı, sigara kullanımı, doğum şekli tercihi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, eşin eğitim düzeyi ve eşin çalışma durumu gibi değişkenler açısından doğum korkusu puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Gebelik ve doğum sürecinde kadına bakım veren sağlık profesyonelleri, cinsiyet rollerini doğum korkusunu etkileyebilecek bir faktör olarak değerlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Doğum, Doğum Korkusu, Algılanan Cinsiyet Rolü, Ebelik.

ABSTRACT

DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED GENDER ROLE AND FEAR OF CHILDBIRTH IN PREGNANT WOMEN

Gamze BAYSAL

Master's Thesis

Health Sciences Institute

Department of Midwifery

Supervisor Lecturer, Phd Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE

Ankara, SEPTEMBER 2024

This study was conducted as a descriptive and correlational study to examine the relationship between perceived gender role and fear of childbirth in pregnant women. The study was conducted in a training and research hospital with 260 nulliparous pregnant women. The data were collected using the Personal Information Form, Bem Gender Role Inventory and version A of the Wijma delivery expectancy questionnaire (W-DEQ A) prepared by the researchers. The data obtained in the study were evaluated using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation, linear regression, t-test, one-way analysis of variance (ANOVA) and post hoc (Tukey, LSD) analyses using IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) statistical program. The significance level was accepted as $p<0.05$ in the evaluation of the data.

In our study, the mean age of pregnant women was 28.03±4.95 years, the mean gestational age was 33.56±4.21 weeks, the mean femininity score was 113.35±10.49, and the mean masculinity score was 95.39±13.58. It was determined that 23.1% of the pregnant women had low, 26.5% had moderate, 35% had high, and 15.4% had clinical level of fear of childbirth. It was determined that 34.2% of the pregnant women adopted the "ambiguous" gender role, 28.1% adopted the "androgynous" gender role, 20.4% adopted the "feminine" gender role, and 17.3% adopted the "masculine" gender role. When the groups were analyzed according to gender role, the mean fear of childbirth score of pregnant women with feminine gender role was 71.56±24.34 and was the highest compared to pregnant women with other gender roles. In our study, no significant difference was found between fear of childbirth scores in terms of variables such as age groups, income status, presence of support during pregnancy, smoking, mode of delivery preference, education level, employment status, family type, spouse's education level and spouse's employment status. Health professionals who provide care to women during pregnancy and childbirth should consider gender roles as a factor that may affect fear of childbirth.

Keywords: Pregnancy, Childbirth, Fear of Childbirth, Perceived Gender Role, Midwifery.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleri ile desteğini esirgemeyen, pozitif enerjisi ile bana çalışma azmi veren ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım değerli danışman hocam Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE'ye

Tez jürimde olmayı kabul ederek benim için zaman ayırdıkları, çalışmama önemli katkıları ve verdikleri destek için değerli hocalarım Doç. Dr. Meltem MERİÇ ve Doç. Dr. Neslihan YILMAZ SEZER'e.

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek olan, kalbimde sıcacık sevgilerini hissettiğim, annem Emine GÜNAY ve babam Muzaffer GÜNAY'a,

Varlığıyla bana güç veren, eğitimim süresince hep desteğini hissettiren sevgili hayat arkadaşım Mustafa Kaan BAYSAL'a ve biricik oğlum Burak BAYSAL'a,

Tez sürecimde desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Hazal KİNGÜTMEZ, Büşra YÜKSELŞAR ve Meserret ASLAN, Kübra KARA ve Yasemin KÜÇÜK'e

Çalışmama gönüllü katılarak ebelik bilimine destek veren tüm gebelere,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI……..……iii
ETİK BEYAN iv
ÖZET v
ABSTRACT vi
TEŞEKKÜR vii
İÇİNDEKİLER…….……..….....viii
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xi
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ xii
1. GİRİŞ 1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2 Araştırmanın Amacı 2
1.3 Araştırmanın Soruları 3
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1 Doğum Korkusu.. 4
2.1.1 Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörler.. 6
2.1.2 Doğum Korkusunun Sonuçları.. 9
2.2 Cinsiyet Rolü ile İlgili Kavramlar 10
2.2.1 Cinsiyet ve Cinsel Kimlik 10
2.2.2 Cinsiyet Rolü Kavramı 11
2.2.3 Cinsiyet Rolü Kuramları 12
2.2.3.1 Psikanalitik Kuram 12
2.2.3.2 Biyolojik Kuram 13
2.2.3.3 Sosyal Öğrenme Kuramı……..14
2.2.3.4 Bilişsel Gelişim Kuramı.. 14
2.2.3.5 Toplumsal Cinsiyet Şeması Kuramı.. 15
2.3 Doğum Korkusu ile Baş Etmede Ebelerin Rol ve Sorumlulukları.. 16
3. GEREÇ VE YÖNTEM 18
3.1 Araştırmanın Türü 18
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 18

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 18
3.4 Veri Toplama Araçları 19
3.4.1 Kişisel Bilgi Formu 19
3.4.2 Bem Cinsiyet Rolü Envanteri 19
3.4.3 Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ)A Versiyonu 20
3.5 Araştırmanın Uygulanması 20
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi 21
3.7 Araştırmanın Etik Boyutu 21
4. BULGULAR 23
5. TARTIŞMA 32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 35
6.1 Sonuçlar 35
6.2 Öneriler 36
KAYNAKÇA 37
EKLER 49
EK-1: Kişisel Bilgi Formu 49
EK-2: Bem Cinsiyet Rolü Envanteri 50
EK-3: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu 51
EK-4: Etik Kurul Onayı 55
EK-5: Kurum İzni 56
EK-6: Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği(W-DEQ) A Versiyonu Kullanım İzni 57
EK-7: Aydınlatılmış Onam Formu 58
EK-8: İntihal Raporu 59

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı…….……23
Tablo 2. Gebelerin Doğum Korkusu Düzeylerine Göre Dağılımı……...…25
Tablo 3. Gebelerin W-DEQ A Puanlarının Dağılımı ...…….…...…25
Tablo 4. Gebelerin BCRE Puanlarının Dağılımı …….……...25
Tablo 5. Gebelerin Cinsiyet Rolüne Göre Dağılımı ……..……...…26
Tablo 6. W-DEQ A Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı …27
Tablo 7. BCRE Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı…….29
Tablo 8. Gebelerin BCRE Puanlarının, W-DEQ A Ölçek Puanları Üzerine Etkisi...31

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Gebelerin Cinsiyet Rolüne Göre Dağılımı..... 26

SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

BCRE	Bem Cinsiyet Rolü Envanteri
W-DEQ A	Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A Versiyonu
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum korkusu, doğum öncesi anksiyete bozuklukları arasında sıkça gözlemlenen bir durum olup kadının hem kendi bedenine hem de doğum sürecine dair algılarını kapsamaktadır (Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes ve Hauck, 2009). Doğum korkusunun gebelik sürecindeki kadınların psikolojik iyilik hallerini ve doğum sonrası dönemdeki deneyimlerini etkilediği belirtilmektedir (Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmäki ve Saisto, 2009).

Literatürde doğum korkusu nedenleri; bilinmeyenden korkma, doğum ağrısından korkma, perineal travmalardan korkma, doğumda karar verme sürecine dahil olmamaktan korkma, doğum sürecinde yalnız kalmaktan korkma, bebeğin sağlığı hakkında endişelenme ve ölüm korkusu olarak belirtilmektedir (Salomonsson, Wijma ve Alehagen, 2010; Fenwick, Toohill, Slavin, Creedy ve Gamble, 2018; O'Donovan, 2018).

O'Connell ve diğerleri (2017) tarafından yapılan meta-analizde; doğum korkusu yaygınlık oranlarının %3,7 ile %43 arasında değiştiği, genel olarak tüm dünyada %14 oranında görüldüğü tespit edilmiştir (O'Connell, Leahy-Warren, Khashan, Kenny ve O'Neill, 2017). Doğum korkusu, gebeliğin her döneminde görülebilmektedir. Doğum korkusu ile sezaryen tercihi arasında açık bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Nieminen, Stephansson ve Ryding, 2009; Vaajala, Liukkonen, Kuitunen, Ponkilainen, Mattila ve Kekki, 2023).

Doğum korkusu, genellikle fiziksel acı, komplikasyonlar ve bebeğin sağlığına ilişkin kaygılar gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanmaktadır (Saisto ve Halmesmäki, 2003). Ancak, doğum korkusunun kadınların kendi cinsiyet rollerine dair algılarıyla nasıl etkileşime girdiğini anlamak, bu korkuların altında yatan derin psikolojik ve sosyokültürel dinamikleri ortaya koyabilir (Ryding, Wirfelt, Wangborg, Sjögren ve Edman, 1998).

Algılanan cinsiyet rolü, bireyin kendi cinsiyetine dair sahip olduğu kişisel ve toplumsal beklentilerin bir yansımasıdır. Bu algı, kadınların gebelik sürecindeki rollerini ve doğuma dair yaklaşımlarını şekillendirebilir (Eagly ve Wood, 2012). Toplumun kadınlardan beklediği annelik rolü, bazı kadınlar için stres kaynağı olabilmekte ve bu durum, doğum korkusunu arttırır (Rubin, 1975).

Cinsiyet rolleri, bireylerin yaşamlarının çeşitli evrelerinde karşılaştıkları sosyal beklentiler ve normlar tarafından şekillendirilir. Bu roller, gebelik sürecinde kadınların kendi bedenleri ve toplumsal rolleri hakkında sahip oldukları algıları derinden etkileyebilir. Cinsiyet normları, kadınların doğum sürecine dair hissettikleri kaygıların ve korkuların şekillenmesinde kritik bir rol oynar (Bussey ve Bandura, 1999; Connell, 2005).

Ebelik, gebelik sürecinde kadınların fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılayan, doğum korkusunu azaltmaya yönelik destek sağlayan önemli sağlık hizmet gruplarından biridir. Ebelik bakımı, kadınların doğum sürecine olan güvenlerini artırarak, cinsiyet rolleriyle ilgili algılarını olumlu etkilemektedir. Ebeler, gebelere bireysel danışmanlık, eğitim ve doğum öncesi hazırlık sağlayarak, onların doğuma dair endişelerini gidermeye yardımcı olmaktadır (Homer, Friberg, Dias, Hoope-Bender, Sandall, Speciale ve Bartlett, 2014). Bu destek, kadınların doğum sürecine daha güçlü bir şekilde katılmalarını ve kendilerini daha iyi ifade etmelerini sağmaktadır. Araştırmalar, ebelik bakımının kadınların doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu ve gebelik boyunca daha olumlu deneyimler yaşamalarına katkıda bulunduğunu göstermektedir (Sandall, Soltani, Gates, Shennan ve Devane, 2016). Ebelik hizmetlerinin kadın merkezli ve bütüncül yaklaşımı, gebelikte algılanan cinsiyet rolleri ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin yönetilmesinde önemli bir rol oynar ve kadınların daha sağlıklı bir gebelik süreci geçirmelerine olanak tanır (Berg ve Terstad, 2006).

Gebeliğin ilk trimesterinde anne adayları genellikle belirsizlik ve karmaşık duygular yaşarken, bu duygular ikinci trimesterden itibaren yerini giderek artan doğum korkusuna bırakır. Özellikle üçüncü trimesterde bu korku daha belirgin hale gelir. Doğum korkusunun özellikle 20. gebelik haftasından sonra artmaya başladığı belirten çalışmalar mevcuttur (Rouhe ve diğerleri, 2009; Ayrıca, nulliparlar kadınların kendileri için bilinmezliklerle dolu gebelik sürecinde multiparlara göre daha yoğun doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (Şen, Dağ ve Şenveli, 2015; Beiranvand, Moghadam, Salsali, Majd, Birjandi ve Khalesi, 2017). Literatürde nullipar gebelerde algılanan cinsiyet rolü ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Uludağ, Cerit ve Karatepe, 2022). Gebelik ve doğum sürecinde cinsiyet rolü ve doğum korkusu arasındaki ilişkiyi belirlemek, kadınların sahip oldukları algıları ve bu algıların psikolojik ve sosyal boyutlarını anlamak

açısından önemli bir araştırma alanıdır. Bu bilgiler doğrultusunda, araştırmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Araştırma gebelerde algılanan cinsiyet rolü ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3 Araştırmanın Soruları

Araştırmanın amacına yönelik sorular aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

Nullipar gebelerde;

1. Algılanan cinsiyet rolü nedir?
2. W-DEQ A puan ortalaması nedir?
3. Tanımlayıcı özelliklere göre doğum korkusu düzeyinde farklılaşma var mıdır?
4. Tanımlayıcı özelliklere göre cinsiyet rollerinde farklılaşma var mıdır?
5. Algılanan cinsiyet rolü ve doğum korkusu arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Doğum Korkusu

Gebelik ve doğum, sonuçları öngörülemeyen mutluluk, memnuniyet, kaygı gibi pek çok duyguyu içeren süreçlerdir. Kadının süreci algılaması, dini ve kültürel faktörler, duygusal durum, sağlık personelinin davranışları ve doğum süreciyle ilgili belirsizlikler doğum korkusunun nedenleri arasında görülmektedir (Wigert, Nilsson, Dencker, Begley, Jangsten, Sparud-Lundin, Mollberg ve Patel, 2020; Leonard, 2022).

Doğum korkusu, kadının doğuma yönelik yaşadığı endişeli duygu ve düşünceler bütünü olarak tanımlanmaktadır (Wijma, 2003). Doğum korkusu, doğumla ilgili küçük kaygılardan, aşırı korku ve endişeyle ruhsal iyilik halini olumsuz etkilemeye kadar çeşitli seviyelerde yaşanabilmektedir. Şiddetli doğum korkusu 'tokofobi' olarak adlandırılmaktadır ve patolojik bir korku olduğu belirtilmektedir. Tokofobi kelimesi Yunanca doğum anlamına gelen 'tokos' ve korku anlamına gelen 'phobos' kelimelerinden gelir. Tokofobi kelimesi ile doğum korkusu genellikle birbirinin yerine kullanılmaktadır (Hofberg ve Ward, 2003; O'Connell, Khashan, Leahy-Warren, Stewart ve O'Neill, 2021; Klabbers, Bakel, Heuvel ve Vingerhoets, 2016).

Primer tokofobi, doğum deneyimi olmayan kadınların yaşadığı doğum korkusudur. Kadın hiç gebe kalmamış olsa bile doğum eyleminden korkabilmektedir. Doğum korkusu erken yaşlara ya da ergenlik dönemine dayanabilmektedir. Sekonder tokofobi ise olumsuz bir obstetrik olay ile ilgilidir. Olumsuz ya da travmatik doğum deneyimi sonrası gelişen korkular ya da travma sonrası stres bozukluğu ile bağlantılıdır. (Bhatia ve Jhanjee, 2012; Handelzalts Becker, Ahren, Lurie, Raz, Tamir ve Sadan, 2015).

Doğum korkusunun; izolasyon, suçluluk duygusu, utanç, gebeliği gizleme veya sonlandırmayı isteme, bebekle bağlanma sorunları, uykusuzluk, bulantı, kâbus görme, depresyon ve panik atak, uzamış doğum, planlı veya acil sezaryene neden olabileceği belirtilmektedir (O'connel ve diğerleri, 2021, Mello, Toledo, Mendes, Melarato ve Mello, 2021). Yin ve diğerleri tarafından Çin'de yapılan çalışmada, son trimesterdeki gebelerde görülen yüksek doğum korkusu düzeyi ve postpartum ruhsal hastalık sıklığı arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Doğum korkusunun doğum sonrası depresyon ve anksiyeteye neden olan bir faktör olduğu belirtilmektedir. Ayrıca doğum

korkusu ve postpartum bir aylık dönemde emzirme ilişkisine bakıldığında; doğum korkusu olan kadınlarda sadece anne sütü ile besleme oranları daha düşük olduğu görülmüştür (Yin, Shi, Heinonen, Räisänen, Fang, Jiang ve Chen, 2024).

Doğum korkusu, gebeler için doğal bir tepki olsa da doğum şeklini etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Doğum sürecindeki belirsizlikler, ağrı yaşama korkusu, sık tıbbi izlem yapılmasından kaynaklı gebelik ve doğumun tehlikeli olduğu düşüncesi gebelerin kaygılanmasına neden olabilir. Ayrıca kadınlara gebelik sürecinde bazı davranışların dikte edilmesi, kadın üzerinde toplumsal baskıya neden olmaktadır. Bu durum, kadınların gebelik ve doğum ile ilgili risk algısının artmasına ve elektif sezaryene yönelmelerine neden olabilmektedir (Rouhe ve diğerleri, 2009; Kułak Bejda, Kourkouta, Tsaloglidou, Koukourikos, Aydin Avci, Çelik Eren, Shpakou, Khvoryk, Hutsikava ve Waszkiewicz, 2024). Dünya'da artan sezaryen oranları ve doğum korkusunun sezaryen istemine yol açan faktörlerden biri olması, kadınlar için geçmişe kıyasla vajinal doğumun daha korkutucu hale gelmesine yol açabilmektedir (Mortazavi ve Agah, 2018).

Doğum korkusu prevelansının ülkelere ve ölçüm yöntemlerine göre değişiklik göstermekle birlikte %4 ile %20 arasında olduğu belirtilmektedir (O'Connell ve diğerleri, 2017; Nilsson, Lundgren ve Karlström, 2018). Türkiye'de Gökçe İsbir ve diğerleri tarafından gebe kadınlarda doğum korkusunun yaygınlığını ve etkileyen faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, kadınların %42,4'ünün doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir. Gebelerin en çok istenmeyen durumların oluşmasından, doğum sürecindeki belirsizlikten ve sağlık çalışanlarının olumsuz tutumlarından korktuğu belirtilmiştir. (Gökçe İsbir, Serçekuş, Yenal, Okumuş, Durgun Ozan, Karabulut, Abbasoğlu, Gönenç, Sarı, Aktaş ve Erdoğan, 2024).

Demšar ve diğerleri (2018) tarafından, nullipar 191 gebe ile yapılan çalışmada; gebelerin %25'inin yüksek oranda doğum korkusuna sahip olduğu tespit edilmiştir. En çok görülen korku nedenlerinin başında epizyotomi korkusunun olduğu ve elektif sezaryen ile tokofobi arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (Demšar, Svetina, Verdenik, Tul, Blickstein ve Globevnik Velikonja, 2018). Nullipar kadınlarda doğum korkusunun doğum şekline etkisinin incelendiği çalışmada, yüksek doğum korkusunun sezaryen tercihine neden olduğu belirtilmiştir. Bebeğin zarar göreceğine dair kaygı, düşük doğum öz yeterliliği, acı çekme korkusu gibi faktörlerin nullipar

kadınlarda sezaryen tercihiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Elgzar, Alshahrani ve Ibrahim, 2023). Finlandiya'da, 2004-2018 yılları arasında doğum korkusu epidemiyolojisinin incelendiği bir kohort çalışmasında; doğum korkusu tanılı kadınlarda elektif sezaryen oranı, doğum korkusu tanısı olmayan kadınlara göre belirgin şekilde yüksek bulunmuştur (Vaajala, 2023). Çin'de yapılan bir çalışmada; yüksek eğitim düzeyi, nulliparite, yüksek gelir, düşük aile desteği ve düşük doğum öz yeterliliği üçüncü trimesterdeki gebelerde doğum korkusu nedenleri olarak belirlenmiştir (Xu, Wang, Li, Li ve Zhang, 2024). Türkiye'de yapılan bir araştırmada, gebelerde yüksek doğum korkusu düzeyleri olduğu tespit edilmiştir. Yüksek eğitim düzeyi ve gelirin giderden az olması doğum korkusunu artıran nedenlerdendir. Eş desteği gören, son trimesterde sağlık personelinden danışmanlık ve eğitim alan kadınların daha az doğum korkusu yaşadıkları belirtilmiştir (Bilge, Dönmez, Olgaç ve Pirinççi, 2022).

2.1.1 Doğum Korkusunu Etkileyen Faktörler

Literatürde doğum korkusunun nedenlerini belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmış ve farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Genel olarak doğum korkusu yaşayan kadınlarda daha yaygın görülen özelliklerin; işsizlik, düşük eğitim düzeyi, sigara kullanımı, yetersiz eş desteği, istenmeyen gebelik, psikiyatrik hastalık öyküsü, yakın zamanda yaşanan olumsuz bir olay nedeniyle oluşan duygusal kriz, ağrı korkusu, kontrolü kaybetme korkusu, hastanelerden ve enjeksiyonlardan korkma ve cinsel taciz öyküsü olduğu belirtilmektedir. (Sjögren, 1997; Waldenström, Hildingsson ve Ryding, 2006; Lilliecreutz ve Josefsson, 2008). Parite, gebelik haftası, önceki doğum deneyimi ve kadın yaşının doğum korkusunu etkileyen faktörlerden olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada, 25 yaşından küçük kadınların 35 yaşından büyük kadınlara göre daha fazla doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir (Ternström, Hildingsson, Haines ve Rubertsson, 2015).

Korku hissi gebelerde psikolojik rahatsızlık yaratmakta, katekolaminlerde artışa neden olmakta, oksitosin salınımı engellenmekte ve doğum eyleminin uzamasına neden olmaktadır. Yaşanan yoğun korku doğum sürecinde çeşitli komplikasyonlar için risk olarak kabul edilmektedir (Dwiarin, Chou, Gau ve Liu, 2022). Multipar kadınlarda doğum korkusunun en sık görülme nedeni travmatik veya enstrümental doğum deneyimi olarak belirtilmektedir (Dencker, Nilsson, Begley,

Jangsten, Mollberg, Pate, Wigert, Hessman, Sjöblom ve Sparud-Lundin, 2019). Kadınların yaklaşık %10-34'ünün olumsuz ya da travmatik doğum deneyimi yaşadığı tahmin edilmektedir (Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari ve Sarafraz, 2018). Norveç'te yapılan bir kohort çalışmasında, gebelerin %12'si doğum yapmaktan korktuğunu belirtmiştir. Doğum korkusu olan kadınlarda düşük eğitim düzeyi, sigara kullanımı, istismar öyküsü ve depresyon belirtileri olduğu bildirilmiştir. Doğum korkusu olan kadınların, doğum korkusu olmayanlara göre daha çok sezaryen isteminde bulundukları tespit edilmiştir (Henriksen, Borgen, Risløkken ve Lukasse, 2020).

Gebelik ve doğum sürecinde bilgi eksikliği ve bilinmeyene karşı duyulan korku, gebeleri endişeli ve kaygılı hale getirmektedir (Elsharkawy, Alruwaili, Mohamed Elsayed Ramadan, Alruwaili, Ouda, Oraby, Mansy ve Abdelaziz, 2024). Primipar gebelerde doğuma hazırlık sınıflarına katılım durumu ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada; doğum korkusu, depresyon ve kaygı düzeyleri derslere düzenli katılan grupta katılmayanlara gruba göre belirgin düzeyde düşük bulunmuştur (Hassanzadeh, Abbas-Alizadeh, Meedya, Mohammad-Alizadeh-Charandabi ve Mirghafourvand, 2020).

Öz yeterlilik, olumlu doğum deneyimi için önemli bir faktör olmakla birlikte kadının doğum sürecindeki ağrı algısını etkilemektedir. Doğum öz yeterliliği, kadını doğum sürecinde motive edebilir ve doğum korkusunun hafiflemesini sağlayabilir. (Dwiarini, 2022). Primipar kadınların, multipar kadınlara göre daha düşük doğum öz yeterliliği ve daha yüksek doğum korkusuna sahip olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Shakarami, Mirghafourvand, Abdolalipour, Jafarabadi ve Iravani, 2021). İran'da yapılan bir çalışmada, adölesan gebelerin yetişkin gebelere göre daha düşük doğum öz yeterliliğine sahip oldukları ve daha yoğun doğum korkusu yaşadıkları bildirilmiştir (Effati Daryani, Mohammadi ve Mirghafourvand, 2023).

Depresif semptomlar ve doğum korkusu arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Gebelerde sosyal destek eksikliği, nulliparite, obstetrik komplikasyon öyküsü ve düşük eğitim düzeyinin depresif semptomları ve doğum korkusu görülme riskini artırdığı tespit edilmiştir (Massae ve diğerleri, 2021). Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmanın doğum korkusuna neden olabileceği belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada, çocukluk çağında cinsel istismar öyküsü olan nullipar kadınların, istismar öyküsü olmayanlara göre daha fazla doğum korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir (Brunton ve Dryer, 2021). Farklı bir çalışmada yetişkinlikte cinsel

istismar öyküsü olan kadınların obstetrik bir neden olmaksızın sezaryen doğum isteminde bulundukları bildirilmiştir (Schei, Lukasse, Ryding, Campbell, Karro, KristjanSSottir, Laanper, Schroll, Tabor, Temmerman, Van Parys, Wangel ve SteingrimSSottir, 2014).

Obstetrik muayene veya doğum sırasında yaşanan mahremiyet ihlalleri doğum korkusunu artıran nedenlerdendir. Gebelerde kaygı, yorgunluk ve uykusuzluğun doğum korkusu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Hall, Hauck, Carty, Hutton, Fenwick ve Stoll, 2009).

Gebelik döneminde kadının fiziksel ve duygusal pek çok gereksinimi bulunmakta ve bunlar arasında sosyal destek önemli bir yer tutmaktadır. Kadınların sosyal destek kaynağı olarak en çok tercih ettikleri kişi ise genellikle eşleridir. Literatürde, eş desteğinin gebeliğin olumlu algılanmasında önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır (Sezen ve Ünalsever, 2018; Bilge ve diğerleri, 2022). İran'da yapılan bir çalışmada gebelik sürecinde yetersiz partner desteğinin doğum korkusuyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Mortazavi ve Agah, 2018). Gebelik döneminde eş desteği düşük olan kadınların, doğum korkularının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Çıtak Bilgin, Coşkun, Coşkuner Potur, İbar Aydın ve Uca, 2021; Kanbur ve Koç, 2023). Benzer şekilde Norveç'te yapılan bir çalışmada yetersiz sosyal desteğin doğum korkusuyla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Størksen, Garthus-Niegel, Adam, Vangen ve Eberhard-Gran, 2015).

Kişilik özelliklerinin bireyin sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Kadınların kişilik özelliklerinin, gebelik, doğum ve postpartum dönemlerindeki duygu, düşünce, beklenti ve deneyimleri üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Conrad ve Stricker, 2018; Uludağ ve diğerleri, 2022). Nevrotik kişilik özelliklerine sahip gebelerin olumsuz doğum deneyimi yaşama risklerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Conrad ve Trachtenberg, 2023; Reyhan ve Dağlı, 2024). Dursun ve diğerleri (2021), kişilik özellikleri ile doğum korkusu arasında ilişki olduğunu; nevrotik kişiliğe sahip gebelerde doğum korkusunun daha yüksek olduğunu, dışa dönük kişiliğe sahip gebelerde ise doğum korkusunun daha düşük olduğunu tespit etmiştir (Dursun, Kızılırmak ve Mucuk, 2021). Benzer şekilde nevrotik kişilik özelliğinin postpartum depresyon için de risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Puyané, Subirà, Torres, Roca, Garcia-Esteve ve Gelabert, 2022).

2.1.2 Doğum Korkusunun Sonuçları

Doğum korkusu, kadının sonraki gebeliklerini de olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir ve uzamış doğum, doğum sürecinde yoğun ağrı hissetme, epidural anestezi talebi gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Katekolamin ve kortizol seviyelerindeki artış sebebiyle uterusa giden kan akımının azalması, fetal hipoksiye veya doğum ağrısında yoğunlaşmaya yol açabilmektedir (Elgzar, 2023). Gebelik döneminde stres, depresyon, anksiyete ve sosyal destek eksikliği doğum korkusu ile ilişkilidir. Psikiyatrik bakım ihtiyacı, uzamış doğum, epidural anestezi kullanımı, obstetrik komplikasyonlar doğum korkusunun sonuçları arasındadır (Dencker ve diğerleri, 2019). Beiranvand ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada, primipar kadınların multipar kadınlara göre doğum korkusuna daha yatkın oldukları ve olumsuz gebelik sonuçları ile karşılaşma risklerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Beiranvand ve diğerleri, 2017).

Doğum süreci, bazı gebeler tarafından anne veya bebeğin yaralanması ya da ölümüyle sonuçlanabilecek riskli ve travmatik bir eylem olarak algılanabilmektedir. Bu durum gebelerin korku, çaresizlik ve kontrol kaybı hissi yaşamasına neden olabilmektedir. Stresli bir doğum deneyiminin, anne adaylarının önceden var olan anksiyete bozukluklarını artırabileceği ve bu durumun bebekle bağlanma sorunlarına yol açması gibi olumsuz doğum sonuçları olabileceği belirtilmektedir (Bastos ve diğerleri, 2015; Etheridge ve Slade, 2017; Saxbe, Horton ve Tsai, 2018). Doğum korkusu, gebelikte kaygı ve olumsuz doğum deneyimlerine neden olabilirken doğum sonrası anne bebek bağlanma düzeyini de etkilemektedir. Gebelikte doğum korkusu yaşayan kadınlarla postpartum üçüncü ayda yapılan çalışmada, gebelikte doğum korkusu yaşamanın algılanan anne bebek bağlanma düzeyini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Challacombe, Nath, Trevillion, Pawlby ve Howard, 2021). Bunun yanı sıra yapılan bir araştırmada gebelerin yaşadığı doğum korkusunun baba adaylarının %13'ünü olumsuz etkileyebileceği tespit edilmiştir. Bu durum baba adayının stres, anksiyete ve depresyon yaşamasına yol açabilmektedir. Baba adaylarının en sık anne veya bebeğin ciddi yaralanmasından veya ölmesinden korktuğu belirtilmiştir (Moran, Bradshaw, Tuohy ve Noonan, 2021).

Perinatal dönemde yaşanan doğum korkusu, anne adayının psikolojik sağlığını ve refahını olumsuz etkiler (Rouhe, Salmela-Aro, Gissler, Halmesmäki ve Saisto, 2011). Gebeliğin erken dönemlerinde başlayan kaygılar, gebelik yaşı arttıkça

klinik düzeyde doğum korkusuna dönüşebilir. Doğumla ilgili yaşanan yoğun kaygı uykusuzluk, kâbus görme, daha sık doktor ziyaretleri ve mide ağrılarına neden olabilir. Annenin yaşadığı ve çözümleyemediği travmatik doğum deneyiminin nesilden nesle aktarılabildiği belirtilmektedir. Bu bağlamda perinatal dönemde kadının fiziksel ve ruhsal sağlığının desteklenmesi hem kadınların hem de gelecek nesillerin sağlığı açısından önem taşımaktadır (Hofberg 2003; O'Connell ve diğerleri, 2021).

2.2 Cinsiyet Rolü ile İlgili Kavramlar

2.2.1 Cinsiyet ve Cinsel Kimlik

Cinsiyet, bireyin biyolojik olarak kadın veya erkek olarak tanımlanmasıdır. Birey; kadın ya da erkek olarak biyolojik cinsiyetine göre hormonal, kromozomal ve cinsiyet organları bakımından farklılık göstermektedir. (Altın, 2014; Juster, Pruessner, Desrochers, Bourdon, Durand, Wan, Tourjman, Kouassi, Lesage ve Lupien, 2016). Cinsiyet, bireylerin üreme işlevleriyle ilgili biyolojik yönünü tanımlamaktadır. Bireyleri anatomik, fizyolojik ve genetik olarak kadın ve erkek olarak farklılaştırmaktadır (Başaran ve Köşgeroğlu, 2020).

Cinsel kimlik; kadın ya da erkek olarak bireyin kendine yönelik öznel algısını ifade etmektedir. Cinsel kimlik gelişimi, yaşamın erken dönemlerinde başlayan ve yıllar içinde şekillenen aşamalı ve karmaşık bir süreçtir (Sari, Savcı, Balta, Öztürk ve Tufan, 2024). Bireyde cinsiyete ait biyolojik unsurlar, doğuştan gelmekte ve zamanla anlamlandırılmaktadır. Cinsel kimliğin oluşumu bebeklik çağında başlamakta ve ergenlik döneminde olgunlaşma sürecine geçmektedir. Ergenlik döneminde, sevgi arayışı ve cinsel organlardaki değişimler ile cinsellik ortaya çıkmaya başlamakta ve cinsel kimlik duygusu olgunlaşmaktadır. Dolayısıyla cinsel kimliğin şekillendiği ergenlik dönemi oldukça önemlidir (Set, Dağdeviren ve Aktürk, 2006).

Toplum yapısı ve kültür, cinsel kimlik ile etkileşim içerisindedir. Cinsel davranışların şekillenmesi; kültürel, siyasi, dini ve ekonomik koşullara göre her toplumda farklılık göstermektedir. Dolayısıyla cinsel kimliğin şekillenmesinde, sadece kişilik özellikleri değil toplumsal cinsiyet kavramı da gündeme gelmektedir. Bireyin cinsel kimliği, cinsel organlardaki değişimlerle birlikte içinde bulunduğu toplumun bireye atfettiği cinsiyet rollerini gözlemleyerek şekillenmektedir (Yılmaz ve Bayram, 2023). Bireyin toplumla uyumlu olması ve psikososyal sağlığı açısından iyi durumda

olması için cinsiyeti ve cinsel kimliğinin birbiriyle uyumlu olması önemlidir (Dökmen, 2010).

2.2.2 Cinsiyet Rolü Kavramı

Cinsiyet rolü; sosyalleşme sürecinde taklit ve öğrenme yoluyla edinilen, bireyin kendi cinsiyetine karşılık gelen bir dizi davranış normudur. Cinsiyet, biyolojik bir özelliktir ve bireyin yaşadığı toplumdan etkilememektedir. Cinsiyet rolü, kadınlar ve erkekler için uygun olan davranışları ve kültürel değerleri belirleyen sosyal olarak oluşturulmuş rolü ifade etmektedir. Doğuştan gelen genler, anatomi, hormonlar ve gonadlar gibi biyolojik ve fizyolojik faktörler tarafından belirlenen cinsiyetten farklıdır (Juster ve diğerleri, 2016, Liu, Huang, Jia, Gong, Huang ve Li, 2011; Sökmen, 2022). Cinsiyet rolü aile, okul ve işyerlerindeki kültürel sosyalleşme yoluyla geliştirilen toplumsal bağlamlar ve yetiştirme tarzı tarafından şekillendirilir (Stockard, 2006).

Cinsiyet, kadın ya da erkek olarak bireyi kategorize eden demografik bir özelliktir. Bu farklılıklar, doğuştan gelen özelliklerdir. Cinsiyet rolleri ise kadın ve erkek için uygun görülen özelliklerin taklit ve öğrenme yoluyla ortaya çıkmasıdır (Maierà ve Pagnotta, 2022). Cinsiyet rolü çerçevesinde kadınlık ve erkeklik, toplum tarafından kadın ve erkek bireyden beklenen özelliklerin ve eylemlerin uyumluluğu ile ilgilidir. Toplum, kadına annelik, erkeğe babalık gibi rolleri yüklerken bu rollere uymasını dayatmaktadır (Saraç, 2013).

Bem (1974) tarafından geliştirilen ve literatürde sıklıkla kullanılan ölçekte kadınlara ‘ağırbaşlı, fedakâr, duygusal’ gibi özellikler; erkeklere ‘baskın, otoriter, mantıklı’ gibi özellikler atanmıştır. (Orhan, 2019). Pek çok toplumda kadınlara daha anaç ve duygusal roller atanırken erkeklere daha sert ve baskın roller yüklenmektedir. Buna paralel olarak kadın ve erkek rolü bireyin meslek hayatında da devam etmektedir. Toplum tarafından uygun görülen özelliklerden dolayı kadınlar sekreterlik hemşirelik, hosteslik; erkekler yönetici, politikacı gibi mesleklere yönlendirilmektedir. Dünyanın birçok yerinde kadının düşük ücretlerle çalıştırılması, gebelik ve doğum sürecinde işten uzaklaştırılması, kariyer imkanlarının kısıtlanması gibi ayrımcı uygulamalar, toplumun dayattığı durumlar olarak ortaya çıkmaktadır (Sökmen, 2022).

Cinsiyet rolü kavramı ilk kez 1955’te Parsons ve Bales tarafından kadınsı ve erkeksi olarak sınırlandırılmıştır. Zamanla bireyin sadece kadınsı veya erkeksi cinsiyet

rolüne sahip olduğu fikri benimsenmiştir. Ancak Bem kadınsılık ve erkeksiliğin, iki zıt kutup olmadığı; birlikte var oldukları ve etkileşime girerek hem erkeksi hem de kadınsı niteliklere sahip toplumsal cinsiyet rollerinin ortaya çıktığını öne sürmüştür. Bem cinsiyet rollerini; erkeksi, kadınsı, androjen ve belirsiz olarak dört kategoride tanımlayan ilk araştırmacıdır. Androjen modeline dayanarak, genel olarak kabul görmüş erkeksi ve kadınsı cinsiyet rolüne ek olarak, hem erkeksi hem de kadınsı özellikleri ifade eden bireyler androjen, ne erkeksi ne de kadınsı özellikleri benimsemeyen bireyler belirsiz olarak adlandırılmıştır (Bem, 1974; Bem, 1977; Arcand, Bilodeau-Houle, Juster, ve Marin, 2023).

Bireyin algıladığı cinsiyet rolünün sağlık üzerinde etkileri olduğu belirtilmektedir. Yetişkin bireylerde androjen cinsiyet rolü daha az riskli sağlık davranışı ve daha iyi ruh sağlığı ile ilişkilendirilmektedir. Androjen bireyler, yaşanan duruma bağlı olarak erkeksi ve kadınsı özelliklerini kullanarak stresli koşullarda daha esnek ve uyumlu hareket etmekte ve daha iyi ruh sağlığına sahip olmaktadır (Bem, 1977). Androjen rollerin, biyolojik cinsiyetten bağımsız olarak, yetişkinlerde daha düşük depresyon riskiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (Vafaei, Ahmed, Freire, Zunzunegui ve Guerra, 2016). Belirsiz cinsiyet rollerindeki bireylerin, zayıf erkeksilik ve kadınsılık nedeniyle sosyal normlara uyum sağlamakta zorlandıkları belirtilmektedir (Juster ve diğerleri, 2016). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada; androjen cinsiyet rolünün yalnızca daha iyi ruh sağlığıyla değil aynı zamanda daha sağlıklı yaşam tarzıyla da ilişkili olduğu tespit edilmiştir (González-Pascual, Esteban-Gonzalo, Veiga ve Esteban-Gonzalo, 2024).

2.2.3 Cinsiyet Rolü Kuramları

2.2.3.1 Psikanalitik Kuram

Cinsiyet rolü gelişiminin açıklanmasına yönelik kuramsal çalışmalar ilk olarak Freud tarafından yapılmıştır. Freud, kişiliğin yaşamın başlangıcından itibaren bir dizi psikososyal aşamaları geçerek şekillendiğini ve cinsiyet rollerinin bu gelişimin temelinde olduğunu belirtmiştir. Psikanalitik kuramda, içselleştirme ve özdeşleşme gibi bilinçaltı kavramlar önem taşımaktadır (Altın, 2014).

Freud'a göre insan davranışlarının temelinde cinsellik ön plandadır. Freud, cinsiyet gelişimini, biyolojik ve kültürel etmenler çerçevesinde libido kavramına dayandırarak açıklamıştır (Şenol ve Kaya, 2018). Libido; 'doğuştan gelen ve cinsiyet

rollerini belirleyen cinsel enerji' olarak tanımlanmaktadır. Freud libidoyu erkek cinsel organını temel alarak açıklamıştır (Yunusoğlu Eroğlu, 2019).

Freud, psikososyal gelişimi oral, anal, fallik, latent ve genital dönemler olarak beş evrede açıklamıştır. Oral dönem 0-18 ayı kapsar ve bu dönemde haz kaynağı ağızdır. Anal dönem 18-36 ayı kapsar ve haz kaynağı anüstür. Fallik dönem 3-5 yaş arası dönemdir ve haz kaynağı penis ve klitoristir. Latent dönem 5 yaş-erişkinlik dönemine denk gelir ve bu dönemde birey cinsel arzularını baskılayarak sosyal becerilere yönelir. Genital dönem ise erişkinlik zamanıdır, cinsellik yeniden gündeme gelir ve haz kaynağı aile dışından bir bireydir (Ak, 2021).

Freud, çocuklarda cinsiyet rollerinin gelişimini; oral ve anal, fallik ve ödipal olarak üç dönemde açıklamıştır.

- Oral ve anal dönem, cinsiyet ayrımının olmadığı dönemdir. İlişkinin temelinde anne vardır ve anne ile kurulan sağlıklı bağlanma şekli, bireyin ileriki yaşamında kuracağı ilişkilerin temelini oluşturmaktadır. Oral ve anal dönemde iki farklı cinsiyetteki bireyler aynı deneyimleri yaşamaktadır.
- Fallik dönemde birey, iki farklı cinsiyet olduğu kavramaya başlamaktadır. Cinsiyet ayrımı yapmakta ve bu dönem sonu cinsel kimlik oluşmaktadır. Bu dönemde cinsiyet ayrımı penisin varlığı ya da yokluğuna göre yapılmaktadır.
- Öpidal dönemde birey, anne ve babayı gözlem yoluyla cinsiyet rollerini öğrenmektedir. Çocuk kendini hemcinsi olan ebeveyne benzetmeye çalışarak özdeşim kurmaktadır. Kız çocuklar annelerine bakarak nasıl kadın olunacağını, erkek çocuklar babalarına bakarak nasıl erkek olunacağını öğrenmektedir. Çocuk, anne babası üzerinden kendi cinsiyetine ait toplumsal cinsiyet rollerini anlamlandırmaya başlamaktadır.

Psikanalitik kuram, penisin varlığı ve yokluğu temel alındığı için ileriki dönemde pek çok bilim insanı tarafından eleştiri almıştır (Dökmen, 2009; Şenol ve Kaya, 2018).

2.2.3.2. Biyolojik Kuram

Biyolojik kuramlar, kadın ve erkekteki doğuştan gelen hormonal, genetik ve beyin yapısı ile ilgili farklılıkların, bilişsel işlev ve cinsiyet rollerini şekillendirmesi üzerinde durmaktadır (Akdan, 2021). Biyolojik kuramda, kadın doğurgan bir varlık olduğu için savunmasız, korunmaya ve yardıma muhtaç olarak kabul edilmektedir.

Biyolojik yapı nedeniyle ortaya çıkan olağan süreç sonucu, kadın ve erkek toplumsal roller bakımından birbirinden ayrılmaktadır. Biyolojik kurama göre kadın ve erkek arasında sadece biyolojik değil psikolojik alanda da farklar bulunmaktadır. Bu durum, evrim sürecinde kadın ve erkeğin farklı psikolojik süreçlerden geçmelerinden kaynaklanmaktadır. Kadın ve erkeğin bu süreçte uyum sağlama şekilleri üstlendikleri rollerde belirleyici olmaktadır. Biyolojik kuramda hayvan deneyleri temel alındığı için ileriki dönemde birçok eleştiri almıştır (Buss, 1995; Ergül Güvendi, 2023).

2.2.3.3. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramının gelişiminde en önemli isimlerden biri Albert Bandura'dır. Bandura, yıllarca süren laboratuvar çalışmaları sonucunda, insan davranışlarının büyük bir kısmının gözlemsel öğrenme yoluyla şekillendiğini öne sürmüştür. Bu kurama göre, insanlar başkalarının davranışlarını gözlemleyerek öğrenmekte ve davranışlar olumlu sonuçlar doğurduğunda bu davranışları taklit etme eğilimindedir. Ayrıca, bir bireyin davranışı sosyal övgü yoluyla pekiştirilebilir ya da sosyal dışlama ve reddetme gibi yöntemlerle cezalandırılabilir (Bandura ve McClelland, 1977; Smith, 2021).

Sosyal öğrenme kuramı, bireylerin sosyal etkileşimler yoluyla yeni bilgiler edindiğini ve bu bilgileri içselleştirerek davranışlarını şekillendirdiğini savunmaktadır. Böylece cinsiyet rolleri de sosyal öğrenme yoluyla kazanılır. Aile, medya ve diğer çevresel faktörler, bireyin cinsiyet rolünü öğrenmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Toplumda kabul gören davranışlar birey tarafından içselleştirilir ve bu süreçte, kız çocukları genellikle annelerini, erkek çocukları ise babalarını örnek alarak onların davranışlarını taklit eder. Bu kurama göre, bireyler, çevrelerinden edindikleri bilgi ve gözlemler doğrultusunda davranışlarını geliştirir ve bu süreç, toplumsal cinsiyet rollerinin benimsenmesinde temel bir rol oynar. (Illeris, 2003; Ergül Güvendi, 2023).

2.2.3.4. Bilişsel Gelişim Kuramı

İlk olarak Piaget tarafından ortaya atılan bilişsel gelişim kuramı dört aşamadan oluşmaktadır: duyusal-motor, işlem öncesi, somut işlem ve soyut işlem. Bu aşamalar boyunca çocuklar, cinsiyet rolleri hakkında çeşitli fikirler geliştirmeye başlar (Liu, Huang, Saleem ve Zhao, 2022). Piaget, çocukların kendi cinsiyet kimliklerini ve bu kimliklere dair toplumsal beklentileri anlamalarını, bilişsel gelişimlerinin bir

parçası olarak görmektedir. Bu bağlamda, cinsiyet rolleri, çocukların çevresindeki dünyayı anlamlandırma ve bu dünyadaki yerlerini bulma süreçleriyle bağlantılıdır. Kolhberg, Piaget'nin bilişsel gelişim kuramından esinlenerek, bireylerin ahlaki gelişim süreçlerini açıklayan bir teori geliştirmiştir. Kohlberg ayrıca, çocukların cinsiyet rollerini nasıl öğrendiklerine ve içselleştirdiklerine dair bir model sunmuştur. Kohlberg'e göre çocuklar, cinsiyet gelişimini üç aşamada gerçekleştir: cinsiyet kimliği, cinsiyet istikrarı ve cinsiyet tutarlılığı. Kohlberg, çocukların cinsiyet kimliklerini ve rollerini öğrenme süreçlerinde bilişsel gelişimlerinin belirleyici bir rol oynadığını savunmaktadır. Çocuklar cinsiyet rolleri hakkında anlamlar geliştirdikçe, bu rollerin sabitliğini ve sosyal beklentilere uygun davranışları öğrenmektedir. Cinsiyet rollerini öğrenme, çocuğun bilişsel gelişimiyle paralel ilerleyen bir süreçtir (Kohlberg, 1966; Martin ve Ruble, 2004).

2.2.3.5 Toplumsal Cinsiyet Şeması Kuramı

Toplumsal cinsiyet şeması kuramı, bireylerin toplumsal cinsiyeti anlamlandırma sürecinde sosyal öğrenme ve bilişsel gelişim kuramlarının birlikte rol oynadığını savunmaktadır. Bem'e göre, çocuklar doğdukları andan itibaren çevrelerindeki sosyal ve kültürel etkilerle karşılaşmakta ve bu etkilere dayalı olarak cinsiyet şemaları geliştirmektedir. Birey, toplumsal cinsiyet şemalarını iki temel kaynaktan öğrenmektedir: aile ve toplumsal çevre. Aile içinde kız ve erkek çocuklarına yönelik farklı beklentiler, çocukların cinsiyetle ilgili normları öğrenmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda, okul ve arkadaş grupları gibi toplumsal yapılar da çocukların cinsiyet rolleri hakkında bilgi edinmelerini sağlamaktadır. (Bem, 1981; Martin ve diğerleri, 2002).

Bem, kuramda dört farklı cinsiyet rolü tanımlanmaktadır. Bunlar, kadınsı (feminen), erkeksi (maskülen), androjen ve belirsiz roller olarak adlandırılmıştır. Toplumsal ve kültürel etkilerle şekillenen kadınsı ve erkeksi roller, bireylere toplum tarafından uygun görülen kalıplardır (Özbay, Terzi, Erkan ve Cankaya, 2011). Erkeksi özellikleri baskın olan bireyler için maskülen, kadınsı özellikleri baskın olan bireyler için feminen terimi kullanılmaktadır. Bem, androjen terimini hem feminen hem de maskülen özellikler sergileyen bireyleri tanımlamak için kullanmıştır. Belirsiz bireyler ise belirgin şekilde feminen veya maskülen özellikler sergilemeyen ya da bu özellikleri çok az derecede gösteren kişiler olarak tanımlanmaktadır (Demirtaş, 2012).

2.3 Doğum Korkusu ile Baş Etmede Ebelerin Rol ve Sorumlulukları

Doğum korkusu olan kadınların gebelik ve doğum sürecinde ebe desteği almaları, doğum deneyimi üzerinde olumlu etkiler oluşturmaktadır (Hildingsson, Rubertsson, Karlström ve Haines, 2019). Gebelerde doğum korkusunun azaltılması ve vajinal doğumun olumlu bir deneyim olarak teşvik edilmesi, ebelerin başlıca görevleri arasına yer almaktadır. Doğum korkusu yaşayan gebelere yönelik kanıta dayalı ebe liderliğindeki müdahale programları, klinik uygulamaların yanı sıra kadınların üreme sonuçlarını ve perinatal deneyimlerini iyileştirmek için tasarlanmalı ve test edilmelidir (Souto, Silva, Prata, Guerra, Couto ve Albuquerque, 2022). Sandall ve diğerleri (2016) tarafından, ebe liderliğindeki bakım modellerinin kadın sağlığı, doğum ve yenidoğan sonuçları üzerinde genel olarak olumlu bir etki gösterdiği belirtilmektedir (Sandall ve diğerleri, 2016). Bu sonuçlara benzer şekilde, yapılan bir çalışmada klinik düzeyde doğum korkusu olan gebelere kesintisiz ebe desteğinin olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (Sydsjö, Blomberg, Palmquist, Angerbjörn, Bladh ve Josefsson, 2015).

Ebeler, kadınlara doğum süreci hakkında doğru bilgi vererek, doğumun aşamaları, ağrı yönetimi yöntemleri ve olası müdahaleler hakkında bilgilendirmede bulunur (Haines, Rubertsson, Pallant ve Hildingsson, 2012). Doğum korkusu yaşayan kadınlarla birebir görüşmeler yaparak onların endişelerini dinlemek ve kişisel ihtiyaçlarına uygun stratejiler geliştirmek de ebelerin önemli rollerinden biridir. Yapılan bir meta-sentezde, ebelerin doğum korkusu yaşayan kadınlara duygusal destek sağlamasının, bu kadınların doğum deneyimlerini olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir (Wigert ve diğerleri, 2020).

Doğum korkusu olan gebelerin, olumsuz doğum deneyimi yaşama riski beş kat artmaktadır (Elvander, Cnattingius ve Kjerulff, 2013). Bu bağlamda ebelerin empatisi ve manevi bakımı, daha olumlu bir doğum deneyiminde kilit rol oynamaktadır. Empati, şefkat veya manevi bakım eksikliği, kadınlar için doğum travması ve bebekleriyle bağ kurmada zorluk gibi olumsuz sonuçlar doğurabilir (Moloney ve Gair, 2015).

Bireysel ya da grup halinde düzenlenen doğuma hazırlık eğitimleri, gebeleri doğuma hazırlamaktadır. (Krysa, Iwanowicz-Palus, Bien, Rzońca ve Zarajczyk, 2016). Eğitimler ve grup etkileşimleri, anne adaylarının deneyimlerini ve bilgilerini paylaşmalarına, birbirlerini desteklemelerine olanak tanımaktadır. Bu eğitimler, doğum korkusunu azaltmayı, sezaryen doğumun olası riskleri hakkında farkındalığı

artırmayı ve gebelik sonuçlarını iyileştirmeyi hedeflemektedir (Kordi, Bakhshi, Masoudi ve Esmaily, 2017). Doğuma hazırlık eğitimlerine katılan anne adaylarının gebeliğe daha iyi uyum sağladıkları, vajinal doğum yapmaya istekli oldukları, doğum sürecinde ağrı yönetiminde başarılı oldukları ve daha az analjezik ve ağrı kesiciye ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Barimani, Forslund Frykedal, Rosander ve Berlin, 2018). Yörük ve Açıkgöz (2023) tarafından, nullipar gebelerde doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusuna etkisinin incelendiği araştırmada; doğum korkusu puan ortalaması eğitim öncesi 85,50 ± 19,41 iken eğitim sonrası 76,32 ± 20,52 olarak bulunmuştur (Yörük ve Açıkgöz, 2023).

Kadının tercihlerine saygı göstererek ve doğum sırasında karşılaşılabilecek riskleri göz önünde bulundurarak bir doğum yönetim planı oluşturmak ebelerin görevleri arasındadır. Ebe tarafından kadının doğum sürecine hazırlanması, doğum korkusunu azaltabilir (Fenwick ve diğerleri, 2018). Doğum korkusunun doğum şekli tercihini etkileyebileceği göz önüne alındığında, sağlık ekibi üyelerinin gebelerin korku ve öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi korku veya endişe nedeniyle sezaryen isteyen kadınları belirlemelerine yardımcı olabilir. Doğum sırasında, ebelerin profesyonel desteği, kadının öz yeterlilik duygusunu artırabilir ve duruma daha iyi uyum sağlamasına yardımcı olabilir (Öztürk, Tüfekci ve Karakaya, 2019; Shabakhti, Rohani, Matbouei ve Jafari, 2020). Doğuma yönetim planı oluşturulurken anne adayına farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrı seçenekleri sunmak, kadınların daha az kaygı ve korku yaşamasını sağlar (Ghanbari-Homaie, Meedya, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Jafarabadi, Mohammadi ve Mirghafourvand, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Araştırma, gebelerde algılanan cinsiyet rolü ve doğum korkusu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniklerinde Kasım 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Hastane 1100 yataklı olup 10 adet kadın doğum polikliniğine sahiptir. Poliklinikte muayene odaları, müdahale odası, hastalar için işlem sonrası dinlenme odaları, nonstress test odası ve gebe okulu mevcuttur. Poliklinikte 8 ebe görev almaktadır. Ebeler poliklinik muayenelerine eşlik etmekte, gebe okulu, KETEM, aile planlaması polikliniği, emzirme polikliniği ve nonstress test (NST) odasında görev almaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmada hipotezi test etmek için bir güç analizi gerçekleştirilmiştir. A priori güç analizi kapsamında, hedeflenen korelasyon katsayısı (p H1) 0,20 olarak belirlenmiş, anlamlılık düzeyi (α) 0,05 ve istatistiksel güç (%90) hedeflenmiştir. İki kuyruklu bir test kullanılarak yapılan analizde, korelasyonun sıfır olduğu durumda (ρ H0) test edilmiştir. Sonuçlar, korelasyon katsayısının-0,122 ile 0,122 arasında olduğu durumda anlamlı kabul edilmeyeceğini göstermektedir. Gerekli örneklem büyüklüğü 258 kişi olarak hesaplanmış, bu örneklemle %90'lık hedef gücün sağlandığı ve gerçek gücün 0,900 olarak gerçekleştiği görülmüştür. Analiz bulguları, belirlenen korelasyon katsayısını test etmek için 258 kişilik bir örneklemin yeterli olacağını ortaya koymaktadır.

Örneklem kabul edilme kriterleri;

- 18 yaş üstü gebeler,
- Türkçe okuyup anlayabilmek,
- Nullipar gebeler,
- Riskli gebelik tanısı almamış olmak,
- En az 24. gestasyonel haftada olmak,

- Araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler, olarak belirlenmiştir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri aşağıdaki formlar ile toplanmıştır;

1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

2. Bem Cinsiyet Rolü Envanteri (EK-2)

3. Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ)A Versiyonu (EK-3)

3.4.1 Kişisel Bilgi Formu

Literatürden yararlanılarak oluşturulan kişisel bilgi formunda gebe kadınların yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, eşin öğrenim durumu, eşin çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, aile tipi, gebelik haftası, gebeliğin planlı ve istendik olma durumu, gebelikte destek kişi/kişilerin olma durumu, sigara kullanım durumu, doğum şekli tercihi gibi soruları içermekte olup toplamda 12 sorudan oluşmaktadır (Brown ve diğerleri, 2021; Hinesley ve diğerleri, 2020; Samia, Premji, Tavangar, Yim, Wanyonyi, Merali, Musana, Omuse, Forcheh, Dosani ve Letourneau, 2020; Testa, Jackson, Ganson ve Nagata, 2021; Uludağ, Tosun Güleroğlu ve Kul Uçtu, 2021).

3.4.2 Bem Cinsiyet Rolü Envanteri

Bem (1974) tarafından geliştirilen Cinsiyet Rolü Envanteri, bireylerin cinsiyet rolleri ile ilgili yönelimlerini belirlemeyi amaçlayan bir ölçektir. Türkiye'ye uyarlaması Kavuncu (1987) tarafından yapılmış, psikometrik özellikleri ise Dökmen (1991) tarafından incelenmiştir. Envanterdeki maddeler 20 erkeksi (E) ve 20 kadınsı (K) cinsiyet rollerine karşılık gelen 40 sıfatı ifade etmektedir. Ölçek “hiç uygun değil”, “genellikle uygun değil”, “bazen uygun değil”, “kararsızım”, “bazen uygun”, “genellikle uygun” ve “her zaman uygun” seçeneklerini bulunduran 7 dereceli likert tipi ölçektir ve katılımcılardan her bir sıfatın kendilerini ölçüde tanımladığını işaretlemeleri istenmektedir. Dökmen (1991) tarafından yapılan geçerlik araştırmasında, Kandiyoti tarafından geliştirilen cinsiyet rollerine ilişkin Kalıpyargı Ölçeği uygulanmıştır. BCRE ile bu ölçeğin kadınsı ve erkeksi ölçekleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler olduğu belirtilmiştir (Kadınsı r=0,51; Erkeksi r=0,63; n= 100). Cronbach’s Alpha katsayısı K için 0,73 ve E için 0,75 bulunmuştur. K medyanı 111; E medyanı 104 bulunmuştur. Kadınsı ölçeğinden alınan puan kadınsı medyanının altında ya da eşit ancak, erkeksi ölçeğinden alınan puan erkeksi

medyanının üstünde ise erkeksi (maskülen); kadınsı ölçeğinden alınan puan kadınsı medyanının üstünde ancak, erkeksi ölçeğinden alınan puan erkeksi medyanınnın altında ya da eşit ise kadınsı (feminen); kadınsı ölçeğinden alınan puan kadınsı medyanının altında ya da eşit ve erkeksi ölçeğinden alınan puan erkeksi medyanının altında ya da eşit olanlar belirsiz; kadınsı ölçeğinden alınan puan kadınsı medyanının üstünde ve erkeksi ölçeğinden alınan puan erkeksi medyanının üstünde ise bireyler androjen olarak adlandırılmaktadır (Dökmen, 1999). Araştırmamızda gebelerde Kadınsı medyanı 114, Erkeksi medyanı 97 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda kadınsı için Cronbach's Alpha katsayısı 0,84; Erkeksi için ise 0,86'dır.

3.4.3 Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A

Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A, doğum korkusunu değerlendirmek amacıyla Barbro Wijma ve Klaas tarafından 1998 yılında İsveç'te geliştirilmiş bir araçtır. Ölçek, primipar ve multipar gebelerde kullanılabilen bir ölçme aracıdır. Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması, 2009 yılında Körükçü ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekte minimum puan 0, maksimum puan 165 ve kesme değeri 85'tir. Puanların yüksekliği, doğum korkusunun da yüksek olduğuna işaret etmektedir. 0-37 düşük, 38-65 orta, 66-84 yüksek, 85 ve üzeri puanlar ise klinik seviyede doğum korkusu yaşandığını göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçek altı alt gruptan oluşmakta olup, ilki doğum sancıları ve doğumun genel olarak nasıl algılanacağına yönelik, ikincisi doğum sancıları ve doğum sırasında hissedilen kasılmaların özellikleri, üçüncüsü kadının doğum sırasında neler hissedeceği, dördüncüsü doğum sancılarının en yoğun olduğu dönemde kadının neler hissedeceği, beşincisi bebek doğduğu anda kadının hisleri, altıncısı ise kadının son bir ay içinde doğum sancıları ve doğum ile ilgili düşüncelerini anlamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri nulliparlar için 0,88 olarak bulunmuştur (Körükçü ve diğerleri, 2012). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,91 olarak bulunmuştur.

3.5 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada veriler poliklinikte gebelerin muayene için beklediği sırada yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Gebe polikliniğe başvuran kadınlara

araştırma ile ilgili kısa bir bilgi verildikten sonra araştırma kriterlerini karşılayan kadınlar belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan kadınlara araştırma sürecine ilişkin ayrıntılı bilgi verilip, katılım için yazılı onam alınmıştır. Aydınlatılmış onam formunu onaylayan gebeler tarafından sırası ile Kişisel Bilgi Formu (EK-1), BCRE (EK-2) ve son olarak W-DEQ A (EK-3) veri toplama formları doldurulmuştur. Formların doldurulması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür.

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile-1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Gebelerin ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

3.7 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmaya yürütülebilmesi için Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.06.2023 tarihli, 2023/6 karar numarasıyla (EK-4) yazılı etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastaneden 11.09.2023 tarihli 90739940-799-224175257 karar numaralı (EK-5) Eğitim Planlama Kurulu onayı alınmıştır. BCRE açık bulunduğu için izin alınmamıştır. W-DEQ A ölçeğinin uygulanabilmesi için yazardan (EK-6) yazılı izin alınmıştır. Anket formu ve ölçekler gebelere dağıtılmadan

önce araştırmanın amacı, sonuçların nerede kullanılacağı ve çalışmaya katılımın gönüllük esasına dayalı olduğu bilgisi verilip, yazılı onam alınmıştır (EK-7) ve 'Helsinki Bildirgesi' ilkelerine bağlı kalınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 2. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=260)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş		
25 ve Altı	92	35,4
26-30	94	36,2
31 ve Üzeri	74	28,5
Eğitim Düzeyi		
İlkokul ve Ortaokul	33	12,7
Lise	103	39,6
Üniversite	124	47,7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	86	33,1
Çalışmıyor	174	66,9
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	215	82,7
Geniş Aile	45	17,3
Eş Eğitim Düzeyi		
İlkokul ve Ortaokul	36	13,8
Lise	121	46,5
Üniversite	103	39,6
Eş Çalışma Durumu		
Çalışıyor	245	94,2
Çalışmıyor	15	5,8
Gelir Durumu		
Gelirim Giderimden Az	56	21,5
Gelirim Giderime Eşit	171	65,8
Gelirim Giderimden Fazla	33	12,7
Planlı Gebelik Durumu		
Planlı	229	88,1
Plansız	31	11,9
Gebelikte Destek Varlığı		
Var	226	86,9
Yok	34	13,1
Gebelikte Destek Olan Kişiler*		
Anne	65	28,8
Aile	215	82,7
Eş	146	64,6
Kayınvalide	1	0,4
Kardeş	1	0,4
Arkadaş	2	0,9
Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	29	11,2
Kullanmıyor	231	88,8

Tablo 3. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=260) (Devamı)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Doğum Şekli Tercihi		
Sezaryen	57	21,9
Vajinal	129	49,6
Yok	74	28,5
Yaş (Min=19; Maks=41)	28,03	4,95
Gebelik Haftası (Min=24; Maks=41)	33,56	4,21

*****Destek alan gebeler yanıtlamıştır.

Tablo 1'de yer alan veriler, araştırmaya katılan gebelerin demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine ilişkin bilgileri sunmaktadır. Yaş dağılımı incelendiğinde, gebelerin %35,4'ünün 25 yaş ve altında, %36,2'sinin 26-30 yaş aralığında ve %28,5'inin 31 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyine bakıldığında, gebelerin %47,7'sinin üniversite mezunu, %39,6'sının lise mezunu ve %12,7'sinin ise ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. Çalışma durumu incelendiğinde, gebelerin %33,1'inin çalıştığı, %66,9'unun ise çalışmadığı belirlenmiştir. Aile tipi açısından değerlendirildiğinde, gebelerin %82,7'sinin çekirdek aile yapısında, %17,3'ünün ise geniş aile yapısında olduğu görülmektedir. Eşlerin eğitim düzeyine bakıldığında, %46,5'inin lise mezunu, %39,6'sının üniversite mezunu ve %13,8'inin ise ilkokul veya ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Eşlerin çalışma durumu incelendiğinde ise %94,2'sinin çalıştığı, %5,8'inin çalışmadığı görülmektedir. Gelir durumu incelendiğinde, gebelerin %65,8'inin gelirinin giderlerine eşit olduğu, %21,5'inin gelirinin giderlerinden az olduğu ve %12,7'sinin ise gelirinin giderlerinden fazla olduğu belirlenmiştir. Planlı gebelik durumu incelendiğinde, gebelerin %88,1'inin gebeliğinin planlı olduğu, %11,9'unun ise plansız olduğu belirlenmiştir. Gebelikte destek varlığı açısından gebelerin %86,9'u destek aldığını belirtirken, %13,1'i destek almadığını ifade etmiştir. Destek veren kişiler arasında en yaygın olarak aile (%82,7) ve eş (%64,6) öne çıkmaktadır. Doğum şekli tercihi incelendiğinde, gebelerin %49,6'sının vajinal doğumu tercih ettiği, %21,9'unun sezaryen doğumu tercih ettiği ve %28,5'inin herhangi bir doğum tercihi olmadığını belirttiği görülmektedir.

Tablo 2. Gebelerin Doğum Korkusu Düzeylerine Göre Dağılımı(N=260)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Doğum Korkusu Düzeyleri		
Düşük Düzeyde Doğum Korkusu Yaşayanlar	60	23,1
Orta Düzeyde Doğum Korkusu Yaşayanlar	69	26,5
Yüksek Düzeyde Doğum Korkusu Yaşayanlar	91	35,0
Klinik Düzeyde Doğum Korkusu Yaşayanlar	40	15,4

Gebelerin %23,1 (n=6)'inin düşük, %26,5 (n=69)'inin orta, %35(n=91)'inin yüksek, %15,4 (n=40)'ünün ise klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3. Gebelerin W-DEQ A Puanlarının Dağılımı (N=260)

	Ort	Ss	Min.	Maks.	Ölçek Min-Maks.
Doğum Korkusu	59,83	26,75	2	120	0-165

Tablo 3, gebelerin W-DEQ A puan ortalamalarını göstermektedir. Gebelerin W-DEQ A puan ortalamasının 59,83 olduğu tespit edilmiştir. Puanlar 2 ile 120 arasında değişmekte olup, ölçek minimum-maksimum aralığı ise 0-165'tir.

Tablo 4. Gebelerin BCRE Puanlarının Dağılımı (N=260)

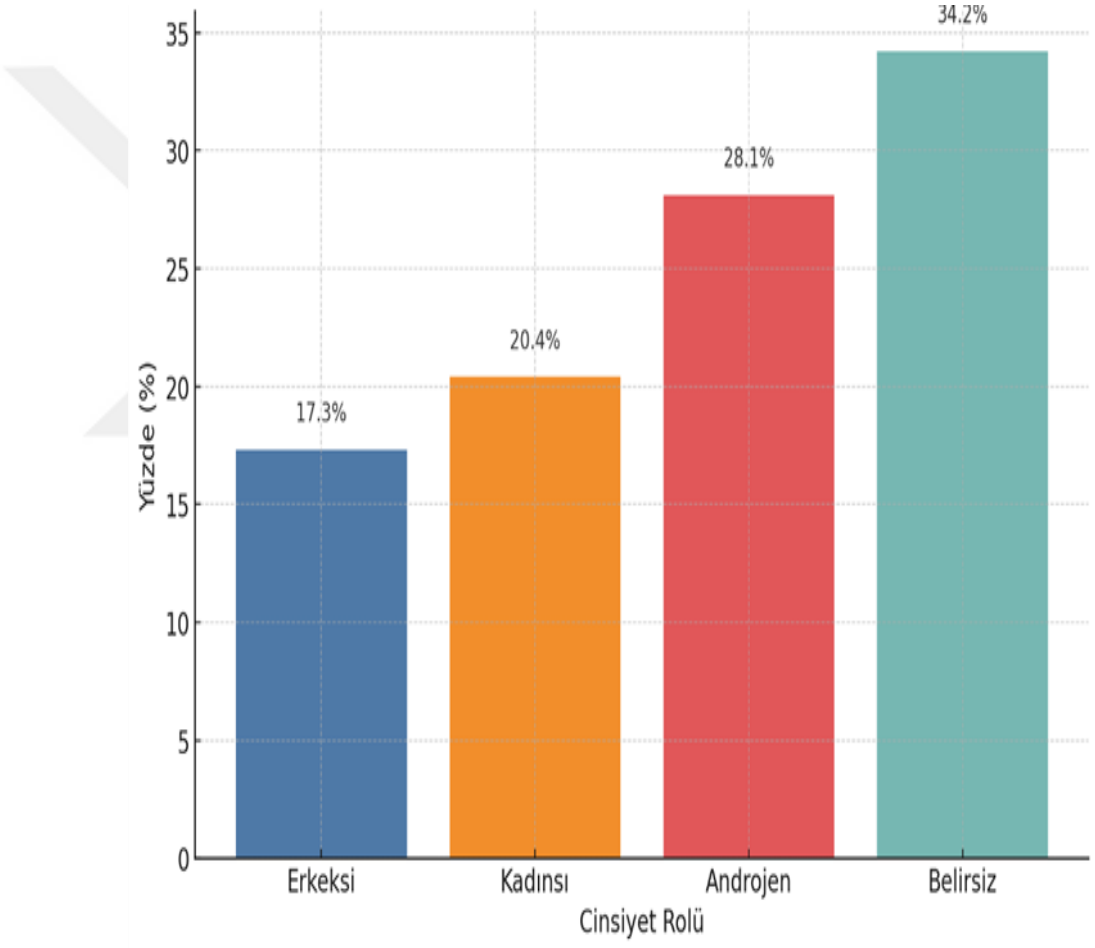
	Ort	Ss	Min.	Maks.	Medyan	Ölçek Min-Maks.
Kadınsılık	113,35	10,4	61,00	132,00	114	0-140
Erkeksilik	95,39	13,577	53,00	123,00	97	0-140

Tablo 4'te yer alan veriler, gebelerin BCRE ölçeğinden aldıkları puanların dağılımını göstermektedir. Ortalama kadınsılık puanı 113,35±10,49 olarak belirlenmiştir. Kadınsılık puanlarının minimum değeri 61, maksimum değeri 132, medyan değeri ise 114'tür. Ortalama erkeksilik puanı 95,39±13,58 olarak bulunmuştur. Erkeksilik puanlarının minimum değeri 53, maksimum değeri 123, medyan değeri ise

97’dir.

Tablo 5. Gebelerin Cinsiyet Rolüne Göre Dağılımı (N=260)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet Rolü		
Erkeksi	45	17,3
Kadınsı	53	20,4
Androjen	73	28,1
Belirsiz	89	34,2



Şekil 1. Gebelerin Cinsiyet Rolüne Göre Dağılımı (N=260)

Cinsiyet rollerine göre dağılım incelendiğinde, gebelerin %34,2 (n=89)'sinin "Belirsiz", %28,1 (n=73)’inin "Androjen", %20,4 (n=53)’ünün "Kadınsı", %17,3 (n=45)’ünün "Erkeksi" cinsiyet rolünü benimsediği tespit edilmiştir.

Tablo 6. W-DEQ A Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=260)

Demografik Özellikler	n	Doğum Korkusu Toplam
Yaş		Ort ± SS
25 Ve Altı	92	60,39±22,82
26-30	94	58,71±28,13
31 Ve Üzeri	74	60,58±29,63
F=		0,13
p=		0,87
Eğitim Düzeyi		Ort ± SS
İlkokul ve Ortaokul	33	61,18±29,04
Lise	103	57,89±27,78
Üniversite	124	61,09±25,33
F=		0,44
p=		0,63
Çalışma Durumu		Ort ± SS
Çalışıyor	86	60,74±26,60
Çalışmıyor	174	59,39±26,88
t=		0,38
p=		0,70
Aile Tipi		Ort ± SS
Çekirdek Aile	215	60,03±26,64
Geniş Aile	45	58,911±27,52
t=		0,25
p=		0,79
Eş Eğitim Düzeyi		Ort ± SS
İlkokul ve Ortaokul	36	57,36±32,31
Lise	121	58,68±27,61
Üniversite	103	62,05±23,51
F=		0,61
p=		0,53
Eş Çalışma Durumu		Ort ± SS
Çalışıyor	245	59,83±26,88
Çalışmıyor	15	59,93±25,35
t=		-0,01
p=		0,98
Gelir Durumu		Ort ± SS
Gelirim Giderimden Az	56	64,37±25,88
Gelirim Giderime Eşit	171	58,95±26,73
Gelirim Giderimden Fazla	33	56,72±28,14
F=		1,12
p=		0,32
Planlı Gebelik Durumu		Ort ± SS
Planlı	229	58,89±26,86
Plansız	31	66,83±25,17
t=		-1,55
p=		0,12

Tablo 6. W-DEQ A Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=260) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Doğum Korkusu Toplam
Gebelikte Destek Varlığı		Ort ± SS
Var	226	58,78±26,91
Yok	34	66,82±24,89
t=		-1,63
p=		0,10
Sigara Kullanımı		Ort ± SS
Kullanıyor	29	56,41±21,85
Kullanmıyor	231	60,26±27,31
t=		-0,73
p=		0,46
Doğum Şekli Tercihi		Ort ± SS
Sezaryen	57	57,29±33,61
Vajinal	129	59,44±23,17
Yok	74	62,48±26,79
F=		0,63
p=		0,53

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

Tablo 6, W-DEQ A puanlarının çeşitli demografik özelliklere göre nasıl dağıldığını göstermektedir. Tablo incelendiğinde, yaş gruplarına göre W-DEQ A puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=0.13, p=0.87). Benzer şekilde, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, eşin eğitim düzeyi ve eşin çalışma durumu gibi değişkenler açısından da W-DEQ A puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p>0.05). Gelir durumu ile W-DEQ A puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1.12, p=0.32). Ancak, planlı gebelik durumu ile W-DEQ A puanları arasında anlamlı bir fark bulunma eğilimi gözlenmiştir; planlı gebeliği olmayanların W-DEQ A puanları daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır (t=-1.55, p=0.12). Gebelikte destek varlığı ile W-DEQ A puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0.05). Sigara kullanımı ve W-DEQ A puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (t=-0.73, p=0.46). Doğum şekli tercihi ile W-DEQ A puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=0.63, p=0.53).

Tablo 7. BCRE Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=260)

Demografik Özellikler	n	Kadınsılık	Erkeksilik
Yaş		Ort±SS	Ort±SS
25 ve Altı	92	114,53±9,35	95,53±13,11
26-30	94	112,13±10,56	93,62±13,82
31 ve Üzeri	74	113,43±11,62	97,47±13,69
F=		1,22	1,68
p=		0,29	0,18
Eğitim Düzeyi		Ort±SS	Ort±SS
İlkokul ve Ortaokul	33	111,67±14,90	91,330±16,46
Lise	103	114,40±9,20	95,060±12,93
Üniversite	124	112,93±10,08	96,750±13,13
F=		1,04	2,14
p=		0,35	0,11
Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS
Çalışıyor	86	112,74±11,32	96,94±14,03
Çalışmıyor	174	113,65±10,06	94,63±13,31
t=		-0,65	1,29
p=		0,51	0,19
Aile Tipi		Ort±SS	Ort±SS
Çekirdek Aile	215	113,63±10,38	95,38±13,35
Geniş Aile	45	112,00±10,97	95,47±14,73
t=		0,95	-0,04
p=		0,34	0,96
Eş Eğitim Düzeyi		Ort±SS	Ort±SS
İlkokul ve Ortaokul	36	109,17±13,10	93,42±14,49
Lise	121	115,50±9,42	96,38±12,98
Üniversite	103	112,28±10,14	94,92±13,95
F=		6,19	0,76
p=		**0,002**	0,46
PostHoc=		2>1, 2>3 (p<0.05)	
Eş Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS
Çalışıyor	245	113,29±10,45	95,62±13,535
Çalışmıyor	15	114,27±11,31	91,67±14,201
t=		-0,34	1,09
p=		0,72	0,27
Gelir Durumu		Ort±SS	Ort±SS
Gelirim Giderimden Az	56	111,98±12,31	92,02±13,58
Gelirim Giderime Eşit	171	113,64±10,20	95,73±13,80
Gelirim Giderimden Fazla	33	114,15±8,44	99,36±11,19
F=		0,63	3,25
p=		0,52	**0,04**
PostHoc=			3>1 (p<0.05)
Planlı Gebelik Durumu		Ort±SS	Ort±SS
Planlı	229	113,69±9,92	95,40±13,37
Plansız	31	110,87±13,89	95,32±15,23
t=		1,40	0,03
p=		0,16	0,97

Tablo 7. BCRE Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=260) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Kadınsılık	Erkeksilik
Gebelikte Destek Varlığı		Ort±SS	Ort±SS
Var	226	113,15±10,68	95,53±13,75
Yok	34	114,68±9,11	94,50±12,52
t=		-0,79	0,41
p=		0,43	0,68
Sigara Kullanımı		Ort±SS	Ort±SS
Kullanıyor	29	113,97±7,92	98,14±8,52
Kullanmıyor	231	113,27±10,77	95,05±14,05
t=		0,33	1,15
p=		0,73	0,09
Doğum Şekli Tercihi		Ort±SS	Ort±SS
Sezaryen	57	112,86±12,83	95,40±13,09
Vajinal	129	113,46±10,10	95,81±13,88
Yok	74	113,54±9,18	94,66±13,55
F=		0,08	0,16
p=		0,92	0,84

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

Gebelerin BCRE puanları, çeşitli demografik değişkenlere göre analiz edilmiştir. İlk olarak, yaş grupları arasında kadınsılık ve erkeksilik puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Eğitim düzeyine göre yapılan analizler hem kadınsılık hem de erkeksilik puanlarının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılıklar göstermediğini ortaya koymuştur (kadınsılık: $F=1.04$, $p=0.35$; erkeksilik: $F=2.14$, $p=0.11$). Çalışma durumu ile cinsiyet rolleri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (kadınsılık: $p=0.51$; erkeksilik: $p=0.19$). Benzer şekilde, aile tipi ile cinsiyet rolleri arasında da anlamlı bir fark gözlenmemiştir (kadınsılık: $p=0.34$; erkeksilik: $p=0.96$). Eşlerin eğitim düzeyine göre yapılan analizlerde, kadınsılık puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F =6.19$, $p =0.00$). Eşleri lise mezunu gebelerin eşleri, daha yüksek kadınsılık puanlarına sahipken, eşleri ilkokul veya ortaokul mezunu olan gebeler daha düşük puanlar almıştır. Erkeksilik puanları açısından ise eşlerin eğitim düzeyi anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p = 0.46$). Gelir durumu, erkeksilik puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir ($F =3.25$, $p =0.04$). Geliri giderinden fazla olan gebeler, daha yüksek erkeksilik puanlarına sahipken, geliri giderine eşit veya az olanlar daha düşük puanlar almıştır. Ancak, kadınsılık puanları açısından gelir durumu anlamlı bir fark yaratmamıştır ($p>0.05$).

Planlı gebelik durumu ve gebelikte destek varlığı gibi faktörlerin cinsiyet rolleri üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı gözlenmiştir (p>0.05). Sigara kullanımı, kadınsılık ve erkeksilik puanları üzerinde anlamlı bir etkiye sahip değildir (p>0.05). Doğum şekli tercihi ile cinsiyet rolleri arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 8. Gebelerin BCRE Puanlarının, W-DEQ A Ölçek Puanları Üzerine Etkisi (N=260)

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
W-DEQ A Toplam	Erkeksi	45	50,86	26,63	7,81	**0,001**	**2,4>1,3**
	Kadınsı	53	71,56	24,34			
	Androjen	73	52,78	28,18			
	Belirsiz	89	63,18	23,96			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 8'de tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları, W-DEQ A ve BCRE puan ortalamaları arasında anlamlı farklar olduğunu göstermektedir (F=7,81, p<0,001). BCRE ölçeğine göre gruplar incelendiğinde, kadınsı cinsiyet rolüne sahip olanların puan ortalamalarının (71,56) diğer gruplara göre en yüksek olduğu görülmektedir. Kadınsı grubun W-DEQ A puan ortalamaları, erkeksi (50,86) ve androjen (52,78) gruplara kıyasla anlamlı derecede yüksektir. Belirsiz cinsiyet rolünü benimseyen grubun W-DEQ A puan ortalaması (63,18), kadınsı grup kadar yüksek olmasa da erkeksi ve androjen gruplarına göre daha yüksek bir ortalama W-DEQ A puanına sahiptir. Post-hoc analizlere göre, kadınsı grubun W-DEQ A puan ortalaması ile erkeksi ve androjen gruplarının puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (Kadınsı> Erkeksi, Kadınsı> Androjen).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, gebelerde algılanan cinsiyet rolü ve doğum korkusu arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmamızda gebelerin, W-DEQ puan ortalaması 59,83 olarak tespit edilmiştir. Ilska ve diğerleri tarafından Polonya'da yapılan bir çalışmada, gebelerin W-DEQ puan ortalamasının 62,41 olduğu tespit edilmiştir (Ilska, Brandt-Salmeri, Kołodziej-Zaleska, Banaś, Gelner ve Cnota, 2021). Kanbur ve Koç tarafından Türkiye'de yapılan çalışmada gebelerin W-DEQ puan ortalaması 55,35'tir (Kanbur ve Koç, 2023). Onchonga ve diğerlerinin Kenya'daki gebelerle yaptıkları çalışmada W-DEQ puan ortalaması 51.8'dir (Onchonga, MoghaddamHosseini, Keraka ve Várnagy, 2022). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada W-DEQ puan ortalaması 76,88 olarak bulunmuştur (Yazıcıoğlu ve Yavuz, 2022). Çin'de yapılan bir çalışmada ise W-DEQ puan ortalaması 75,50 olarak bulunmuştur (Dai, Shen, Redding ve Ouyang, 2021). Literatüre bakıldığında, doğum korkusunun farklı çalışmalarda farklı düzeylerde tespit edildiği görülmektedir. Çalışmalardaki örneklem gruplarının özelliği, kültürel farklılıklar ve doğuma yönelik inançlar gibi faktörlerin bu duruma neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan gebelerin %34,2'si "Belirsiz", %28,1'i "Androjen", %20,4'ü "Kadınsı", %17,3'ü "Erkeksi" cinsiyet rolünü benimsediğini belirtmiştir. Bu dağılım, gebelerin büyük bir kısmının belirsiz veya androjen rolleri benimsediği, daha az bir kısmının kadınsı veya erkeksi rolleri benimsediğini göstermektedir. Duman ve diğerlerinin (2024) kadınlarda algılanan cinsiyet rolleri ve menopozal dönem yakınmaları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, katılımcıların %30,1'inin kadınsı, %12,7'sinin belirsiz, %9,0'ının erkeksi %48,2'sinin androjen cinsiyet rolünü benimsediği belirlenmiştir (Duman, Şimşek Küçükkelepçe ve Gölbaşı, 2024). Üniversite öğrencilerinde algılanan cinsiyet rolünün menstrüasyona yönelik tutumlara etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, katılımcıların %16,6'sı kadınsı, %16,6'sı erkeksi, %33,7'si androjen, %33'ünün belirsiz cinsiyet rolünü benimsediğini belirtmiştir (Ghiasi, 2019). Farklı örneklem gruplarında yapılan bu çalışmalar cinsiyet rolleri ile ilgili çeşitli faktörlerin kadınlar tarafından farklı biçimlerde içselleştirildiğini ve farklı cinsiyet rolü kalıplarının yaygın olduğunu ortaya

koymaktadır.

Araştırmamızda yaş grupları, gelir durumu, gebelikte destek varlığı, sigara kullanımı, doğum şekli tercihi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, eşin eğitim düzeyi ve eşin çalışma durumu gibi değişkenler açısından doğum korkusu puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Araştırmamıza benzer şekilde Yazıcıoğlu ve Yavuz (2022) tarafından yapılan çalışmada; yaş, planlı gebelik ve eğitim durumu değişkenlerinin W-DEQ skoru üzerinde anlamlı farka neden olmadığı tespit edilmiştir (Yazıcıoğlu ve Yavuz, 2022). Bu durumun araştırmanın örneklem grubunun, rutin hastane kontrollerine gelen, genç ve yetişkin gebelerden oluşmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda doğum şekli tercihi ile W-DEQ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürde doğum korkusu ile sezaryen doğum isteği arasında ilişki olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Nieminen ve diğerleri; 2009; Vaajala ve diğerleri, 2023). Araştırmamıza benzer şekilde İran'da yapılan çalışmada nulliparlarda tercih edilen doğum şekli ve doğum korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Mortazavi ve Agah, 2018). Bu durumun yapılan çalışmalarda örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda cinsiyet rolüne göre doğum korkusu incelendiğinde, kadınsı cinsiyet rolünü benimseyen gruptaki gebelerin W-DEQ puan ortalamalarının diğer gruplara göre en yüksek olduğu görülmektedir. Kadınsı cinsiyet rolündeki gebelerin W-DEQ puan ortalamaları, erkeksi ve androjen gebelerin W-DEQ puan ortalamalarına kıyasla anlamlı derecede yüksektir. Belirsiz cinsiyet rolünü benimseyen gebelerin W-DEQ puan ortalamaları, kadınsılar kadar yüksek olmasa da erkeksi ve androjen gebelere göre daha yüksek bir puan ortalamasına sahiptir. Literatür taraması yapıldığında doğum korkusu ve cinsiyet rolleri ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlı olduğundan farklı örneklem gruplarında yapılan cinsiyet rolleri ile ilgili çalışmalarla karşılaştırma yapılmıştır. Kul Uçtu ve Uludağ tarafından (2022), cinsiyet rolleri ve emzirme öz yeterliliğinin incelendiği çalışmada; androjen cinsiyet rolünü benimseyen kadınların diğer cinsiyet rollerine kıyasla daha yüksek düzeyde emzirme öz yeterliliğine sahip olduğu tespit edilmiştir (Kul Uçtu ve Uludağ, 2022). Mutlu (2022) tarafından yapılan araştırmada, cinsiyet rollerinin doğum ağrısı üzerine etkili olduğu ve kadınsılık cinsiyet rolü puan ortalaması arttıkça kadınların doğum ağrısı puan ortalamasının arttığı tespit edilmiştir (Mutlu, 2022). Cinsiyet rolleri ve kişilik özellikleri

ile doğum korkusu ilişkisinin incelendiği çalışmada erkeksi cinsiyet rolü ile dışa dönük kişiliğe sahip olma ve doğum korkusu arasında negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Uludağ ve diğerleri, 2022). Duman ve diğerlerinin (2024) menopozal dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada, erkeksi cinsiyet rolünü benimseyen kadınların ürogenital şikayetleri diğer cinsiyet rollerini benimseyen kadınlara göre daha az yaşadıkları saptanmıştır (Duman ve diğerleri, 2024).

Araştırmamızda yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, planlı gebelik durumu, gebelikte destek varlığı, sigara kullanımı, doğum şekli tercihi ve cinsiyet rolleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Altın'ın (2014) yaptığı çalışmada, yaş, gelir durumu, çalışma durumu değişkenlerinin benimsedikleri cinsiyet rolleri üzerine anlamlı etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Sis Çelik ve diğerlerinin (2020) Türkiye'deki hemşirelerle yaptıkları çalışmada yaş ve eğitim durumu değişkenlerinin cinsiyet rolleri üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır (Sis Çelik, Bayrakçeken ve Kılınç, 2020). Kadıların sosyodemografik özelliklerin cinsiyet rollerine etkisinin detaylı incelendiği farklı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınsı cinsiyet rolünü benimseyen gebelerin W-DEQ puan ortalamasının en yüksek, erkeksi cinsiyet rolünü benimseyen gebelerin ise en düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına benzer olarak Uludağ ve diğerleri (2022) tarafından yapılan çalışmada kadınsılık ve doğum korkusu arasında pozitif ve anlamlı ilişki, erkeksilik ve doğum korkusu arasında negatif ve anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (Uludağ ve diğerleri, 2022). Erkeksi cinsiyet rolünü benimseyen gebelerin daha az doğum korkusu yaşaması, korku anında başa çıkma mekanizmalarını daha aktif kullanıyor olabildiklerini düşündürmektedir

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen sonuçlar incelendiğinde;

1. Gebelerin yaş ortalaması 28,03±4,951 olduğu, gebelik haftalarının ortalamasının 33,56 ± 4,214 olduğu, %47,7'sinin üniversite mezunu olduğu, %66,9'unun çalışmadığı, %82,7'sinin çekirdek aile yapısında olduğu, eşlerinin ise %46,5'inin lise mezunu, %94,2'sinin düzenli bir işte çalışmakta olduğu, %88,1'inin gebeliğinin planlı olduğu, %86,9'unun gebelik sürecinde destek aldığı bulunmuştur. Gebelerin %88,8'inin sigara kullanmadığı, %49,6'sının vajinal doğumu tercih ettiği tespit edilmiştir.
2. Gebelerin doğum korkusu puan ortalamasının 59,83 olduğu tespit edilmiştir.
3. Gebelerin %23,1 (n=6)'inin düşük, %26,5 (n=69)'inin orta, %35(n=91)'inin yüksek, %15,4 (n=40)'ünün ise klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir.
4. Gebelerin %34,2'sinin "Belirsiz" cinsiyet rolünü, %28,1'inin "Androjen" cinsiyet rolünü, %20,4'ünün "Kadınsı" cinsiyet rolünü, %17,3'ünün ise "Erkeksi" cinsiyet rolünü benimsediği tespit edilmiştir.
5. Doğum korkusu puanlarının cinsiyet rolüne göre farklılaşıp farklılaşmadığını inceleyen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları, cinsiyet rolleri arasında doğum korkusu puanlarında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir ($F=7,81$, $p<0,001$).
6. Kadınsı cinsiyet rolünü benimseyen gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları (71,56) diğer gruplara göre en yüksektir. Kadınsı gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları, erkeksi (50,86) ve androjen (52,78) gruplara kıyasla anlamlı derecede yüksektir. Belirsiz cinsiyet rolünü benimseyen gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları (63,18), kadınsı gebeler kadar yüksek olmasa da erkeksi ve androjen gebelere göre daha yüksek bir doğum korkusu puan ortalamasına sahiptir.
7. Post-hoc analizlere göre, kadınsı gebelerin doğum korkusu puanları ile erkeksi ve androjen gruplarının doğum korkusu puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Kadınsı cinsiyet rolüne sahip olan bireylerin, diğer

cinsiyet rollerine sahip bireylere kıyasla daha yüksek doğum korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir.

6.2 Öneriler

1. Sağlık profesyonelleri, gebelik izlemlerinde her kadını bireysel olarak değerlendirmeli, fiziksel ve ruhsal sağlığını bir bütün olarak ele almalıdır.
2. Doğum korkusunun azaltılmasına yönelik sağlık profesyonelleri desteklenmeli ve güncel literatüre uygun eğitimler verilmelidir.
3. Gebelik ve doğum sürecinde kadına bakım veren sağlık profesyonelleri, cinsiyet rollerini doğum korkusunu etkileyen bir faktör olarak değerlendirmelidir.
4. Özellikle kadınsı cinsiyet rolüne sahip gebeler doğum korkusu açısından izlenmeli ve doğum korkusunu azaltmaya yönelik girişimlerde bulunulmalıdır.
5. Prekonsepsiyonel dönemden itibaren Bem Cinsiyet Rolü Envanterinin uygulanması, gebelikte doğum korkusu yaşama riski yüksek olan kadınların erken dönemde belirlenmesi için önerilir.
6. Gebelerde algılanan cinsiyet rolü ve doğum korkusu ilişkisinin daha geniş ve farklı örneklem gruplarında ele alınması önerilir.

KAYNAKÇA

Akdan, K. N. (2021). *Annelerin algıladıkları cinsiyet rolü ile babasavar davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Altın, B. (2014). *Kadınlarda benimsenen cinsiyet rollerine göre kişilik özelliklerinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Arcand, M., Bilodeau-Houle, A., Juster, R. P., & Marin, M. F. (2023). Sex and gender role differences on stress, depression, and anxiety symptoms in response to the COVID-19 pandemic over time. *Frontiers in Psychology, 14*, 1166154. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1166154

Bandura, A., & McClelland, D. C. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. Hoboken, NJ: Prentice-Hall.

Barimani, M., Forslund Frykedal, K., Rosander, M., & Berlin, A. (2018). Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery*, *57*, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.021

Başaran, F., & Köşgeroğlu, N. (2020). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin hemşirelik mesleğine yansımaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9*(3), 293–299.

Beiranvand, S. P., Moghadam, Z. B., Salsali, M., Majd, H. A., Birjandi, M., & Khalesi, Z. B. (2017). Prevalence of fear of childbirth and its associated factors in primigravid women: A cross-sectional study. *Shiraz E-Medical Journal, 18*(1), Article e61896. https://doi.org/10.5812/semj.61896

Bem, S. L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*(2), 155–162.

Bem, S. L. (1977). On the utility of alternative procedures for assessing psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*(2), 196–205.

Bem, S. L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review, 88*(4), 354–364.

Berg, M., & Terstad, A. K. (2006). The influence of childbirth preparation programs on maternal anxiety and self-confidence during pregnancy: A case-control study. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 35*(1), 91-96. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00019.x

Bhatia, M. S., & Jhanjee, A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Indian Psychiatry Journal, 21*(2), 158. https://doi.org/10.4103/0972-6748.119649

Bilge, Ç., Dönmez, S., Olgaç, Z., & Pirinççi, F. (2022). Gebelikte doğum korkusu ve etkileyen faktörler. *Value in Health Sciences, 12*(2), 330-335.

Brunton, R., & Dryer, R. (2021). Child sexual abuse and pregnancy: A systematic review of the literature. *Child Abuse & Neglect, 111*, 104802. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104802

Buss, D. M. (1995). Psychological sex differences: Origins through sexual selection. *American Psychologist, 50*(3), 164-171.

Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review, 106*(4), 676-713. https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.4.676

Challacombe, F. L., Nath, S., Trevillion, K., Pawlby, S., & Howard, L. M. (2021). Fear of childbirth during pregnancy: Associations with observed mother-infant interactions and perceived bonding. *Archives of Women's Mental Health, 24*(3), 483–492. https://doi.org/10.1007/s00737-020-01098-w

Connell, R. W. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). University of California Press.

Conrad, M., & Stricker, S. (2018). Personality and labor: a retrospective study of the relationship between personality traits and birthing experiences. *J Reprod Infant Psychol.* 36(1):67–80. doi: 10.1080/02646838.2017.1397611.

Conrad, M. S., & Trachtenberg, E. (2023). Personality traits, childbirth expectations, and childbirth experiences: a prospective study. *Journal of reproductive and infant psychology*, *41*(4), 403–416. https://doi.org/10.1080/02646838.2021.2009451

Çıtak Bilgin, N., Coşkun, H., Coşkuner Potur, D., İbar Aydın, E., & Uca, E. (2021). Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *42*(2), 123–131. https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1734791

Dai, L., Shen, Q., Redding, S. R., & Ouyang, Y. Q. (2021). Simulation-based childbirth education for Chinese primiparas: A pilot randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, *104*(9), 2266–2274. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.036

Demirtaş, H. (2012). Cinsiyet, cinsiyet rolü yönelimi ve düşünme ihtiyacı. *Türk Psikoloji Yazıları, 15*(29), 1–10.

Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I., & Globevnik Velikonja, V. (2018). Tokophobia (fear of childbirth): Prevalence and risk factors. *Journal of Perinatal Medicine, 46*(2), 151–154. https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0282

Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H., & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes

in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth, 32*(2), 99–111. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004

Dökmen Yaşın, Z. (2009). *Toplumsal cinsiyet: Sosyal psikolojik açıklamalar.* Remzi Kitabevi.

Dökmen, Z. Y. (2010). *Toplumsal cinsiyet* (2. baskı). Remzi Kitabevi.

Duman, F. N., Şimşek Küçükkelepçe, D., & Gölbaşı, Z. (2024). Determining the Relationship Between Perceived Gender Roles and Menopausal Symptoms in Women. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences,* 8(2), 464-473. https://doi.org/10.30621/jbachs.1404333

Dursun, E., Kızılırmak, A., & Mucuk, S. (2021). The relationship between personality characteristics and fear of childbirth: A descriptive study. *Archives of psychiatric nursing, 35*(3), 296–302. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.09.018

Dwiarini, M. (2022). Factors related to childbirth self-efficacy among primigravida in Yogyakarta. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia (Indonesian Journal of Nursing and Midwifery, 10*(2), 121-128.

Dwiarini, M., Chou, H. F., Gau, M. L., & Liu, C. Y. (2022). Relationship between fear of childbirth, self-efficacy, and length of labor among nulliparous women in Indonesia. *Midwifery, 105*, Article 103203. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103203

Eagly, A. H., & Wood, W. (2012). Social role theory. In P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology: Collection: Volumes 1 & 2* (pp. 458-476). SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.4135/9781446249222.n49

Effati Daryani, F., Mohammadi, A., & Mirghafourvand, M. (2023). Childbirth self-efficacy and fear of childbirth and their predictors in adolescent and adult pregnant women referring to health centres of Urmia-Iran: A cross-sectional study. *BMJ Open, 13*(10), e077043. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077043

Elgzar, W. T., Alshahrani, M. S., & Ibrahim, H. A. (2023). Mode of delivery preferences: The role of childbirth fear among nulliparous women. *Frontiers in Psychology, 14*, Article 1221133. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1221133

Elsharkawy, N. B., Alruwaili, M. M., Mohamed Elsayed Ramadan, O., Alruwaili, A. N., Ouda, M. M. A., Oraby, F. A., Mansy, A. M. A., & Abdelaziz, E. M. (2024). Prevalence and determinants of fear of childbirth among pregnant women in Egypt: A cross-sectional study. *Midwifery*, *136*, 104088. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104088

Elvander, C., Cnattingius, S., & Kjerulff, K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: Findings from the first baby study. *Birth, 40*(4). https://doi.org/10.1111/birt.12065

Ergül Güvendi, N. (2023). Toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında Türk kültüründe kadın: Kuramsal bir tartışma. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 27*(3).

Etheridge, J., & Slade, P. P. (2017). "Nothing's actually happened to me.": The experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17*(1), Article 80. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1259-y

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., & Hauck, Y. (2009). Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing, 18*(5), 667-677. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x

Fenwick, J., Toohill, J., Slavin, V., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2018). Improving psychoeducation for women fearful of childbirth: Evaluation of a research translation project. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, *31*(1), 1–9. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.004

Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet, 384*(9948), 42-44. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X

George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update* (10a ed.). Pearson.

Ghanbari-Homaie, S., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jafarabadi, M. A., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2021). Recommendations for improving primiparous women's childbirth experience: results from a multiphase study in Iran. *Reproductive health*, *18*(1), 146. https://doi.org/10.1186/s12978-021-01196-7

Ghiasi A. (2019). The effect of gender-role orientation on attitudes towards menstruation in a sample of female university students. *Journal of the Turkish German Gynecological Association, 20*(3), 138–141. https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2018.2018.0122

González-Pascual, J. L., Esteban-Gonzalo, S., Veiga, Ó. L., & Esteban-Gonzalo, L. (2024). Beyond femininity or masculinity: Gender typologies and healthy eating in early adulthood. *European Journal of Nutrition, 63*(2), 357–364. https://doi.org/10.1007/s00394-023-03268-9

Gökçe İsbir, G., Serçekuş, P., Yenal, K., Okumuş, H., Durgun Ozan, Y., Karabulut, Ö., Abbasoğlu, D., Gönenç, İ. M., Sarı, E., Aktaş, S., & Erdoğan, S. (2024). The prevalence and associated factors of fear of childbirth among Turkish pregnant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *42*(1), 62–77. https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2057938.

Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC pregnancy and childbirth*, *12*, 55. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-55

Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, *38*(5), 567–576. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x

Handelzalts, J. E., Becker, G., Ahren, M.-P., Lurie, S., Raz, N., Tamir, Z., & Sadan, O. (2015). Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 291*(5), 1055–1062. https://doi.org/10.1007/s00404-014-3557-y

Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Women's Health, 20*(1), Article 180. https://doi.org/10.1186/s12905-020-01048-9

Henriksen, L., Borgen, A., Risløkken, J., & Lukasse, M. (2020). Fear of birth: Prevalence, counselling and method of birth at five obstetrical units in Norway. *Women and Birth, 33*, 97–104. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.007

Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2019). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth: Birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual & Reproductive Healthcare, 21*, 33–38. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.06.004

Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal, 79*(935), 505–510. https://doi.org/10.1136/pmj.79.935.505.

Homer, C. S., Friberg, I. K., Dias, M. A. B., Hoope-Bender, P., Sandall, J., Speciale, A. M., & Bartlett, L. A. (2014). The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet, 384*(9948), 1146-1157. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X

Illeris, K. (2003). Towards a contemporary and comprehensive theory of learning. *International Journal of Lifelong Education, 22*(4), 396–406. https://doi.org/10.1080/02601370304837

Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Banaś, E., Gelner, H., & Cnota, W. (2021). Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Scientific reports*, *11*(1), 4397. https://doi.org/10.1038/s41598-021-83915-5

Juster, R. P., Pruessner, J. C., Desrochers, A. B., Bourdon, O., Durand, N., Wan, N., Tourjman, V., Kouassi, E., Lesage, A., & Lupien, S. J. (2016). Sex and gender roles in relation to mental health and allostatic load. *Psychosomatic Medicine, 78*(7), 788–804. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000351

Kanbur, A., & Koç, Ö. (2023). Gebelerde Doğum Korkusu Düzeyi ve İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi,* 13(1), 188-195. https://doi.org/10.31020/mutftd.1162395

Kitzinger, S. (2006). *The politics of birth.* Elsevier Health Sciences.

Klabbers, G. A., Bakel, H. J., Heuvel, M., & Vingerhoets, A. J. (2016). Severe fear of childbirth: Its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics, 25*(1), 107–127.

Kohlberg, L. A. (1966). A cognitive–developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82–173). Stanford University Press.

Kordi, M., Bakhshi, M., Masoudi, S., & Esmaily, H. (2017). Effect of a childbirth psychoeducation program on the level of fear of childbirth in primigravid women. *Evidence Based Care, 7*(3), 26–34. https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.25676.1575

Krysa, J., Iwanowicz-Palus, G. J., Bien, A. M., Rzońca, E., & Zarajczyk, M. (2016). Antenatal classes as a form of preparation for parenthood: Analysis of benefits of participating in prenatal education. *Polish Journal of Public Health, 126*(4). https://doi.org/10.1515/pjph-2016-0040

Kul Uçtu, A., & Uludağ, E. (2023). The relationship between breastfeeding self-efficacy and gender roles in postpartum women. *Women & Health, 63*(6), 445–453. https://doi.org/10.1080/03630242.2023.2223703

Kułak Bejda, A., Kourkouta, L., Tsaloglidou, A., Koukourikos, K., Aydin Avci, I., Çelik Eren, D., Shpakou, A., Khvoryk, N., Hutsikava, L., & Waszkiewicz, N. (2024). Pregnancy and childbirth fear of women from Poland, Greece, Turkey, Belarus, and Russia. *Journal of Clinical Medicine, 13*(13), Article 3681. https://doi.org/10.3390/jcm13133681

Lefkowitz, E. S., & Zeldow, P. B. (2006). Masculinity and femininity predict optimal mental health: A belated test of the androgyny hypothesis. *Journal of Personality Assessment, 87*(1), 95–101. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_08

Leonard, E. (2022). Celebrate birth: Experiencing profound joy on the other side of fear: My unexpected journey through pregnancy and childbirth. *Journal of Perinatal Education, 31*(1), 66–70. https://doi.org/10.1891/JPE-2022-0002

Lilliecreutz, C., & Josefsson, A. (2008). Prevalence of blood and injection phobia among pregnant women. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 87*(12), 1276–1279. https://doi.org/10.1080/00016340802482928

Liu, D. Z., Huang, H. X., Jia, F. Q., Gong, Q., Huang, Q., & Li, X. (2011). A new sex-role inventory (CSRI-50) indicates changes of sex role among Chinese college students. *Acta Physiologica Sinica, 43*(6), 639–649.

Liu, W., Huang, H., Saleem, A., & Zhao, Z. (2022). The effects of university students' fragmented reading on cognitive development in the new media age: Evidence from Chinese higher education. *PeerJ, 10,* e13861. https://doi.org/10.7717/peerj.13861

Maierà, E., & Pagnotta, F. P. (2022). Gender identity in the contemporary age: It is often a suffered conquest. *Psychiatria Danubina, 34*(Suppl 8), 50–55.

Martin, C. L., & Ruble, D. (2004). Children's search for gender cues: Cognitive perspectives on gender development. *Current Directions in Psychological Science, 13*(2), 67–70. https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00276.x

Martin, C. L., Ruble, D. N., & Szkrybalo, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin, 128*(6), 903–933. https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.6.903

Mello, R. S., Toledo, S. F., Mendes, A. B., Melarato, C. R., & Mello, D. S. (2021). Medo do parto em gestantes. *Feminina, 49*(2), 121–128.

Moloney, S., & Gair, S. (2015). Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences. *Women and Birth, 28*(4), 323–328.

Moran, E., Bradshaw, C., Tuohy, T., & Noonan, M. (2021). The paternal experience of fear of childbirth: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(3), Article 1231. https://doi.org/10.3390/ijerph18031231

Mortazavi, F., & Agah, J. (2018). Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. *Oman Medical Journal, 33*(6), 497–505. https://doi.org/10.5001/omj.2018.91

Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section: A cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 88*(7), 807–813. https://doi.org/10.1080/00016340902998436

Nilsson, C., Lundgren, I., & Karlström, A. (2018). Self-reported fear of childbirth before and after a fear of birth treatment for women and their partners: A longitudinal study. *Sexual & Reproductive Healthcare, 17*, 14–18. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.05.004

O'Connell, M. A., Khashan, A. S., Leahy-Warren, P., Stewart, F., & O'Neill, S. M. (2021). Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*(7), Article CD013321. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013321.pub2

O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: Systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 96*(8), 907–920. https://doi.org/10.1111/aogs.13138

O'Donovan, C., & O'Donovan, J. (2018). Why do women request elective cesarean section for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. *Birth, 45*(2), 109–119. https://doi.org/10.1111/birt.12319

Onchonga, D., MoghaddamHosseini, V., Keraka, M., & Várnagy, Á. (2020). Prevalence of fear of childbirth in a sample of gravida women in Kenya. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, *24*, 100510. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100510.

Orhan, S. (2019). *Liderlerin algılanan cinsiyet rolünün algılanan liderlik tarzına etkisi: Emniyet teşkilatı personeli, öğretmenler ve banka çalışanlarının karşılaştırmalı analizi* [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Özbay, Y., Terzi, Ş., Erkan, S., & Cankaya, Z. (2011). Üniversite öğrencilerinin profesyonel yardım arama tutumları, cinsiyet rolleri ve kendini saklama düzeyleri. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi, 1*(4), 59–71.

Öztürk, S., Tüfekci, F. G., & Karakaya, N. (2019). The perceptions and feelings of women related to labor pain: Fear, panic, anxiety feelings and support need of primiparas women. *Sakarya Tıp Dergisi, 9*(2), 302–309. https://doi.org/10.31832/smj.526000

Puyané, M., Subirà, S., Torres, A., Roca, A., Garcia-Esteve, L., & Gelabert, E. (2022). Personality traits as a risk factor for postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 298*(Pt A), 577–589. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.010

Reyhan, F. A., & Dağlı, E. (2024). The relationship between women's personality traits and fear of childbirth, birth satisfaction, and postpartum depression. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992), 70*(8), e20231730. https://doi.org/10.1590/1806-9282.20231730

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Gissler, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2011). Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, *118*(9), 1104–1111. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02967.x

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 116*(1), 67–73. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x

Rubin, G. (1975). The traffic in women: Notes on the "political economy" of sex. In R. Reiter (Ed.), *Toward an anthropology of women* (pp. 157–210). Monthly Review Press.

Ryding, E. L., Wirfelt, E., Wangborg, I. B., Sjögren, B., & Edman, G. (1998). Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 77*(2), 217–224. https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.1998.770212.x

Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 82*(3), 201–208. https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x

Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery., 26*(3), 327–337.

Samia, P., Premji, S., Tavangar, F., Yim, I. S., Wanyonyi, S., Merali, M., Musana, W., Omuse, G., Forcheh, N., Dosani, A., & Letourneau, N. (2020). The maternal infant global health team MiGHT collaborators in research: Adverse childhood experiences and changing levels of psychosocial distress scores across pregnancy in Kenyan women. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(10), 3401. https://doi.org/10.3390/ijerph17103401

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5

Saraç, S. (2013). Toplumsal cinsiyet bağlamında göç sürecinde kadın ve erkek. *Toplumsal Politika Dergisi., 3*(1), 26-37.

Sari, M., Savcı, U., Balta, B., Öztürk, Y., & Tufan, A. (2024). Cinsel kimlik gelişiminin nörobiyolojik yapıtaşları ve çevresel stresörlerin epigenetik etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry, 16*(1), 175–184. https://doi.org/10.18863/pgy.1238867

Saxbe, D., Horton, K. T., & Tsai, A. B. (2018). The Birth Experiences Questionnaire: A brief measure assessing psychosocial dimensions of childbirth. *Journal of Family Psychology, 32*(2), 262–268. https://doi.org/10.1037/fam0000365

Schei, B., Lukasse, M., Ryding, E. L., Campbell, J., Karro, H., KristjanSSottir, H., Laanpere, M., Schroll, A. M., Tabor, A., Temmerman, M., Van Parys, A. S., Wangel, A. M., & SteingrimSSottir, T. (2014). A history of abuse and operative

delivery—Results from a European multi-country cohort study. *PLOS ONE, 9*(1), e87579. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087579

Set, T., Dağdeviren, N., & Aktürk, Z. (2006). Ergenlerde cinsellik. *Genel Tıp Dergisi, 16*(3), 137–141.

Sezen, C., & Ünsalver, B. Ö. (2018). Doğum Korkusu Ve Sosyal Destek Düzeyİ Arasindaki İlişki: BİR Gözden Geçİrme Ve PİlOt Çalışma. *The Journal of Neurobehavioral Sciences*, *5*(1), 29-36.

Shabakhti, L., Rohani, C., Matbouei, M., & Jafari, N. (2020). Tokophobia; pathological fear of childbirth: A systematic review. *Hayat Journal of School of Nursing and Midwifery, 26*(1), 84-104.

Shakarami, A., Mirghafourvand, M., Abdolalipour, S., Jafarabadi, M. A., & Iravani, M. (2021). Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*(1), 642. https://doi.org/10.1186/s12884-021-04114-8

Shifren, K., & Bauserman, R. (1996). The relationship between instrumental and expressive traits, health behaviors, and perceived physical health. *Sex Roles, 34*(1-2), 23–35. https://doi.org/10.1007/BF01544288

Sis Çelik, A., Bayrakçeken, E., & Kılınç, T. (2020). Hemşirelerin cinsiyet rollerine göre bireysel yenilikçilik özellikleri ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23*(3), 397-409.

Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 18*(4), 266–272. https://doi.org/10.3109/01674829709028309

Smith, M. A. (2021). Social learning and addiction. *Behavioural Brain Research, 398,* 112954. https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.112954

Souto, S. P. A. D., Silva, R. C. G. D., Prata, A. P., Guerra, M. J., Couto, C., & Albuquerque, R. S. (2022). Midwives' interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A scoping review. *JBI Evidence Synthesis, 20*(12), 2867–2935. https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00382

Sökmen, R. (2022). Toplumsal cinsiyet rollerinin kadın sağlığına etkisi ve ebelerin rolü. *The Journal of World Women Studies, 7*(1), 123–127. http://doi.org/10.5281/zenodo.7460981

Stockard, J. (2006). Handbook of the sociology of gender (pp. 215–227). https://doi.org/10.1007/0-387-36218-5_11

Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Adams, S. S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based

study. *BMC pregnancy and childbirth, 15,* 221. https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4

Sydsjö, G., Blomberg, M., Palmquist, S., Angerbjörn, L., Bladh, M., & Josefsson, A. (2015). Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC pregnancy and childbirth*, *15*, 115. https://doi.org/10.1186/s12884-015-0548-6

Şen, E., Dağ, H., Şenveli, S. (2015). The reasons for delivery-related fear and associated factors in western Turkey. *Nursing Practice Today*, 2(1)

Şenol, D., & Kaya, H. E. (2018). *Toplumsal cinsiyet sosyolojisi*. Lisans Yayıncılık.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.

Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health, 15*, 1–13. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women—findings from a community sample in Sweden. *Midwifery, 31*(4), 445–450. https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.011

Testa, A., Jackson, D. B., Ganson, K. T., & Nagata, J. M. (2021). Maternal adverse childhood experiences and pregnancy intentions. *Annals of Epidemiology, 64*, 47-52. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2021.09.011

Uludağ, E., Cerit, E., & Karatepe, Y. (2022). Gender roles and personality traits as predictive factors for fear of childbirth. *Women & Health*, *62*(4), 315–324. https://doi.org/10.1080/03630242.2022.2068735

Uludağ, E., Tosun Güleroğlu, F., & Kul Uçtu, A. (2021). Effects of sexual behaviour, intercourse satisfaction-related myths, and perceived spirituality on sexual dysfunctions in Muslim pregnant women. *Journal of Religion and Health, 60*(6), 4249-4263. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01301-x

Vaajala, M., Liukkonen, R., Kuitunen, I., Ponkilainen, V., Mattila, V. M., & Kekki, M. (2023). Trends in the epidemiology of fear of childbirth and association with intended mode of delivery: A nationwide register-based cohort study in Finland. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 102*(4), 430–437. https://doi.org/10.1111/aogs.14521

Vafaei, A., Ahmed, T., Freire, A. do N., Zunzunegui, M. V., & Guerra, R. O. (2016). Depression, sex and gender roles in older adult populations: The International Mobility in Aging Study (IMIAS). *PLoS ONE, 11*(1), e0146867. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146867

Waldenström, U., Hildingsson, I., & Ryding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 113*(6), 638–646. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01021.x

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: A metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 15*(1), 1704484. https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484

Wijma, K. (2003). Why focus on 'fear of childbirth'? *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 24*(2), 141–143. https://doi.org/10.3109/01674820309039667.

Xu, R., Wang, J., Li, Y., Li, L., & Zhang, L. (2024). Pre- and postpartum fear of childbirth and its predictors among rural women in China. *BMC Pregnancy and Childbirth, 24*(1), 394. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06585-x

Yazıcıoğlu, B., & Yavuz, E. (2022). Gebe okulu eğitimlerinin doğum korkusu üzerine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, *26*(1), 12-16.

Yılmaz, A., & Bayram, F. (2023). Dinçer Sümer'in romanlarında cinsel kimlik inşasındaki sorunlar ve çözüm önerileri. *Rumelide Dil ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi, 37*, 378–392. https://doi.org/10.29000/rumelide.1405747

Yin, A., Shi, Y., Heinonen, S., Räisänen, S., Fang, W., Jiang, H., & Chen, A. (2024). The impact of fear of childbirth on mode of delivery, postpartum mental health, and breastfeeding: A prospective cohort study in Shanghai, China. *Journal of Affective Disorders, 347*, 183-191. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.021

Yörük, S., & Acikgoz, A. (2023). Effect of antenatal class attendance on fear of childbirth and antenatal stress. *Revista de saude publica*, *57*, 18. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004272

Yunusoğlu Eroğlu, A. (2019). *Yerel Medya Çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Algısı (Mersin İli Örneği)* [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız? ……
2. Eğitim düzeyiniz nedir?

   a) İlkokul b)Ortaokul c) Lise d) Lisans ve üstü
3. Düzenli bir işte çalışıyor musunuz?)

   a)Evet b)Hayır
4. Aile tipiniz nedir?

   a)Çekirdek aile b) Geniş Aile
5. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

   a) İlkokul b)Ortaokul c)Lise d)Lisans ve üstü
6. Eşiniz düzenli bir işte çalışıyor mu?

   a) Evet b)Hayır
7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

   a) Gelirim giderimden az. b) Gelirim giderime eşit. c)Gelirim giderimden fazla.
8. Gebelik haftanız.....
9. Şimdiki gebeliğiniz planlı ve istendik bir gebelik mi?

   a)Evet b)Hayır
10. Gebeliğinizde size yardımcı olan destek olan kişiler var mı? (Cevabınız evet ise kimler olduğunu belirtiniz.)

    a)Evet …….. b)Hayır
11. Sigara kullanıyor musunuz? (Cevabınız evet ise sıklığını belirtiniz)

    a) Evet……... b) Hayır
12. Doğum şekli konusunda bir tercihiniz var mı?

    a) Vajinal b) Sezaryen c) Yok

EK-2 BCRE

Aşağıdaki tabloda 40 farklı özellik verilmiştir.

Özelliklerin sizi tanımlama derecesi 1-7 arasında değişmektir. Söz konusu sayısal değerlerin ifade ettiği anlam, ayrı bir tabloda gösterilmiştir. Her bir özelliğin sizi ne derece tanımladığını, o özelliğin yanındaki boşluğa uygun sayıyı yazarak belirtiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız.

1 Hiç uygun değil	2 Genellikle uygun değil	3 Bazen uygun değil	4 Kararsızım	5 Bazen uygun	6 Genellikle uygun	7 Her zaman uygun

1.Ağırbaşlı, ciddi		21.İdealist	
2.Ailesine karşı sorumlu		22.İncinmiş duyguları tamir etmeye istekli	
3.Anlayışlı		23.Kaba dil kullanmayan	
4.Baskın, tesirli		24 Kadınsı	
5.Başkalarına ihtiyaç duyan		25.Kendi ihtiyaçlarını savunan	
6.Boyun eğen		26.Kendine güvenen	
7.Cana yakın		27. Kuralcı, katı	
8.Cömert		28.Lider gibi davranan	
9.Çocuklarını seven		29.Mantıklı	
10.Duygularını açığa vuran		30.Merhametli	
11.Duygusal		31.Namuslu	
12.Erkeksi		32.Otoriter	
13.Etkileyici, güçlü		33.Riski göze almaktan çekinmeyen	
14.Fedakar		34.Sadık	
15.Girişken		35.Saldırgan	
16.Gönül alan		36.Sevecen	
17.Gözü pek		37.Sıkılgan	
18.Haksızlığa karşı tavır alan		38.Sözünde duran	
19.Hassas		39.Tatlı dilli	
20.Hırslı		40.Yumuşak, nazik	

EK-3 W-DEQ A

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancılarını ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şeklini değil.*

I Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1 0 1 2 3 4 5
Son derece mükemmel — Hiç mükemmel değil

2 0 1 2 3 4 5
Son derece korkunç — Hiç korkunç değil

II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3 0 1 2 3 4 5
Son derece yanlız — Hiç yalnız değil

4 0 1 2 3 4 5
Son derece güçlü — Hiç güçlü değil

5 0 1 2 3 4 5
Son derece kendinden emin — Hiç kendinden emin değil

6 0 1 2 3 4 5
Son derece korkmuş — Hiç korkmamış

7 0 1 2 3 4 5
Son derece yüzüstü bırakılmış — Hiç yüzüstü bırakılmamış

II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

8 0 1 2 3 4 5
Son derece güçsüz — Hiç güçsüz değil

9 0 1 2 3 4 5
Son derece güvende — Hiç güvende değil

10 0 1 2 3 4 5
Son derece bağımsız — Bağımlı

11 0 1 2 3 4 5
Son derece umutsuz — Hiç umutsuz değil

12 0 1 2 3 4 5
Son derece gergin — Gerginlik yok

13 0 1 2 3 4 5
Son derece memnun — Hiç memnun değil

14 0 1 2 3 4 5
Son derece hoşnut — Hiç hoşnut değil

15 0 1 2 3 4 5
Son derece terkedilmiş — Hiç terkedilmemiş

16 0 1 2 3 4 5
Tamamen kendine hakim — Hiç kendine hakim değil

17 0 1 2 3 4 5
Son derece rahat — Hiç rahat değil

18 0 1 2 3 4 5
Son derece mutlu — Hiç mutlu değil

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

19 0 1 2 3 4 5
Aşırı panik — Hiç panik değil

20 0 1 2 3 4 5
Aşırı ümitsizlik — Ümitsizlik yok

21 0 1 2 3 4 5
Aşırı çocuğa kavuşma isteği — Hiç çocuğa kavuşma isteği yok

22 0 1 2 3 4 5
Aşırı öz güvenli — Öz güveni yok

23 0 1 2 3 4 5
Son derece güvenli — Kendine güvensiz

24 0 1 2 3 4 5
Aşırı ağrılı — Hiç ağrı yok

IV Doğum sancılarızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25 0 1 2 3 4 5
Son derece kötü bir şekilde davranacağım — Kötü bir şekilde davranmayacağım

26 0 1 2 3 4 5
Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim — Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim

27 0 1 2 3 4 5
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim — Kontrolümü kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28 0 1 2 3 4 5

Son derece keyif verici — Hiç keyif verici değil

29 0 1 2 3 4 5

Son derece doğal — Hiç doğal değil

30 0 1 2 3 4 5

Tamamen olması gerektiği gibi — Hiç olması gerektiği gibi değil

31 0 1 2 3 4 5

Son derece tehlikeli — Hiç tehlikeli değil

VI Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

32 ...doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5

Hiç — Çok sık

33 ... doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5

Hiç — Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

EK-4 Etik Kurul Onayı

EK-5 Kurum İzni

EK -6 W-DEQ A Kullanım İzni

EK-7 Aydınlatılmış Onam Formu

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın amacını, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayalı olduğunu, ad, soyad, okul numarası gibi kişiyi tanıtıcı bilgilerin yazılmaması gerektiğini ve anketin doldurulma şeklini açıklayan bir metin, onam metni olarak araştırma verilerinin toplanması için geliştirilen anket formunun başına konmuştur.

Sevgili katılımcı,

"**Gebelerde Algılanan Cinsiyet Rolü ve Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi"** isimli bu araştırma, Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tarafından yapılmaktadır. Araştırma gebelerde algılanan cinsiyet rolünün doğum korkusuna etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlara göre gebelerde doğum korkusuna yönelik ebelik bakımının kalitesini arttıracak çalışmalar planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz 3 bölümden oluşmaktadır. 85 soruluk, 15 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç.Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE
Lokman Hekim Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı
Tel:xxxxxxxxx

Araştırma Ekibi
Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE
Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze BAYSAL

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ Kabul ediyorum.

EK-8 İntihal Raporu

ÖZGEÇMİŞ