

MODEL VE KURAMLARLA PRENATAL EBELİK BAKIMI*PRENATAL MIDWIFERY CARE WITH MODELS AND THEORIES***Hava ÖZKAN¹, Merve ÇAKIL², Ayla KANBUR³**¹ Prof. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum/Türkiye² Uzman Ebe, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Bilim Uzmanı, Erzurum/Türkiye³ Doçent Doktor, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum/Türkiye**Özet**

Prenatal bakım istenilen her gebeliğin, anne sağlığını tehlikeye atmadan sağlıklı olarak geçirilmesini ve sağlıklı bir bebeğin doğumuyla sonlanması sağlamayı amaçlamaktadır. Bakım, ebeler için evrensel bir kavramdır ve ebeliğin varlığının merkezinde yer alır. Tüm bakım modelleri, kolayca gebeliğe ve prenatal bakıma adapte edilebilir. Bu derlemenin amacı kuramsal bakış açısı ile prenatal bakımı ele almaktır. Gebelikte yaşanabilecek problem ya da gereksinimlerin kavramsallaştırılması ve önermelerin doğruluğunun araştırılmasında rehber olarak kuramlar kullanılmaktadır. Kuram ve modeller; değişkenlerin bakım üzerindeki etkilerini öngörebilmeyi, bilgi ve uygulamaları sistematize edebilmeyi sağlamaktadır. Ebelerin sağlık bakımında hedeflenen sonuçlara ulaşılabilmesi için uygun kuramları kullanmaları önem taşımaktadır. Ebelik hizmetlerinde kavram ve kuramlar kullanılarak kaliteli prenatal bakım hizmeti verilmesi gerekmekte ve gebe kadınların gebeliğe daha kolay uyumu sağlanabilmektedir. Meleis geçiş kuramı, gereksinim kuramları, yaşam modeli, bakım kuramı, sağlığı geliştirme modeli, sağlık inanç modeli, adaptasyon modeli, öz bakım modeli, planlı davranış teorisi, maternal bağlanma kuramı, anne-bebek etkileşimi kuramı, anne olma kuramı ve konfor kuramı prenatal bakımda kullanılabilecek kuramlardır. Ebeliğin mesleki gücü, kuramsal bilginin geliştirilmesi ve kullanılması ile artırılabilir. Mesleğe özgü bilginin üretim süreci, araştırmalarda kuramların test edilmesi ya da geliştirilmesiyle gerçekleşebilmektedir. Bunun için de ebelerin, gebelerin ihtiyaçlarına ve beklentilerine yönelik bakım vermesi son derece önemlidir. Model ve kurama dayalı ebelik yaklaşımları bireye uygulanan bakım kalitesini ve niteliğini yükseltmektedir.

Anahtar kelimeler: Prenatal bakım, ebe, kuram, model

Abstract

Prenatal care aims to ensure that every desired pregnancy is passed in a healthy way without endangering the maternal health and ends with the birth of a healthy baby. Care is a universal concept for midwives and is centre of midwifery's existence. All care models can be easily adapted to pregnancy and prenatal care. The purpose of this review is to discuss prenatal care from a theoretical perspective. Theories are used as a guide in conceptualizing the problem or needs that may be experienced during pregnancy and investigating the accuracy of the propositions. Theories and models enable us to predict the effects of variables on care, and to systematize knowledge and practices. It is important for midwives to use appropriate theories in order to achieve the targeted results in health care. By using concepts and theories in midwifery services, qualified prenatal care service should be given and pregnant women can adapt to pregnancy more easily. Meleis transition theory, need theories, life model, care theory, health promotion model, health belief model, adaptation model, self-care model, planned behavior theory, maternal attachment theory, mother-infant interaction theory, motherhood theory and comfort theory can be used in prenatal care. The professional power of midwifery can be increased by developing and using theoretical knowledge. The production process of professional knowledge can be realized by testing or developing theories in research. For this reason, it is extremely important that midwives provide care for the needs and expectations of pregnant. Model and theory-based midwifery approaches increase the quality and qualification of care applied to the individual.

Keywords: Prenatal care, midwife, theory, model

ORCID ID: HÖ: 0000-0001-7314-0934; AK: 0000-0003-4086-4244; MÇ: 0000-0002-5321-565X

Sorumlu Yazar: Uzman Ebe, 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Erciş, Van.

E-mail: mervecakil92@gmail.com

Geliş tarihi/ Date of receipt: 16.05.2023

Kabul tarihi / Date of acceptance: 18.09.2023

GİRİŞ

Anne ve fetüs/bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde temel koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olan prenatal bakım, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, eğitilmiş bir sağlık profesyoneli (doktor ve ebe) tarafından gerekli muayene ve önerilerde bulunularak izlenmesidir (1-4). Prenatal bakım geniş anlamda olumsuz maternal, fetal ve bebek sonuçlarının saptanması, tedavisi veya önlenmesinin yanı sıra psikososyal stres, zararlı sağlık davranışları ve olumsuz sosyoekonomik durumlara yönelik müdahaleleri kapsamaktadır (4).

Prenatal bakım gebeliğin saptandığı erken dönemde başlamalı ve düzenli aralıklarla devam etmelidir. Gebenin ve fetüs/bebeğin sağlığını korumak, gelişimini sürdürmek, gebenin yanlış alışkanlıklarını düzeltmek, doğru alışkanlıklarını pekiştirmek, yeni bilgiler/davranışlar kazandırmak, aileyi yeni rollerine hazırlamak prenatal bakımın amaçlarını oluşturmaktadır (2). Prenatal bakımın anne ve fetüs/bebek açısından birçok olumlu etkisi vardır. Maternal/neonatal morbidite ve mortalitede, erken doğum ve ölü doğum riskinde, postpartum kanama ve düşük riskinde, düşük doğum ağırlıklı bebek oranlarında azalma görülmesi olumlu etkilerinden bazılarıdır (3). Ancak Dünya’da ve Türkiye’de gebelik komplikasyonlarını önlemek veya yönetmek için sağlık çözümlerinin iyi bilinmesine rağmen prenatal bakıma yeterli erişim sağlanamadığından dolayı çoğu anne ölümü hala önlenemez sebeplerden kaynaklanmaktadır (4).

Kaliteli prenatal bakım; bakım yapısı (erişim, fiziksel ortam, personel ve bakım sağlayıcının özellikleri), klinik süreçler (sağlığı geliştirme ve hastalığı önleme, tarama ve değerlendirme, bilgi paylaşımı, bakımın sürekliliği, gebeliğin tıbbi olmayan hale getirilmesi ve kadın merkezli olma) ve kişilerarası bakım süreçleri (saygılı tutum, duygusal destek, ulaşılabilir etkileşim tarzı ve zaman alma) gibi birçok boyuta sahiptir (4).

Gebelerin prenatal dönemde fiziksel, psikolojik, kültürel ve sosyal ihtiyaçları vardır. Ebeler bu ihtiyaçlara duygusal açıdan, iletişim kurarak, dokunarak, izin vererek, dinleyerek, güvence vererek, kadının kontrolünü sağlayarak belirli durumlara ve inançlara saygı duyarak kapasite ve yetenekler geliştirerek yanıt verebilmelidir (5). Ebeler, bakım verdiği her kadını sürece dahil etmeli ve birlikte o kadın için gebeliğin fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal sonuçlarını keşfetmelidir. Ebe, prenatal bakımı yönlendirmek yerine, gebenin kendi gebelik deneyimini yönetebilmesi ve kontrol edebilmesi için gücünü üstlenmesine destek olmak amacıyla kadınla 'birlikte' çalışmalıdır (6). Ebe kadınla empati kurup bireysel durumunu kabul ederse, kadın görüldüğünü ve duyulduğunu hisseder. Böylece başrolün kendisine ait olduğuna ve tercihlerinin dikkate alınacağına dair güven kazanarak kaygılarından kurtularak rahatlayabilir (5).

Ebeler, iyi bir prenatal bakım ile gebelerin yaşadığı annelik rolüne uyum sorununu ortadan kaldırabilir, aile bireylerine yönelik yapacakları eğitim uygulamalarıyla da gebenin ihtiyacı olan yeterli desteği almasını sağlayabilirler. Ebeler, “prenatal bakım sırasında gebeler için daha fazla zaman harcayarak, gebe danışmanlığı ve eğitimine daha fazla önem vererek, güven inşa ederek, duygusal destek sağlayarak ve gebeleri güçlendirerek” yüksek kalitede prenatal bakım sağlayabilirler (4). Bu temelde, sağlığı geliştirme ve saygılı bakım daha fazla sağlanabilmektedir.

Bakım, ebeler için evrensel bir kavramdır ve ebeliğin varlığının merkezinde yer alır. Tüm bakım modelleri, kolayca prenatal bakıma adapte edilebilir (7). Ebelik bakımı toplum içinde, sağlık kuruluşunda ve bireysel ebe tarafından uygulanan doğum ve ebelik modellerinin etkileşiminden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, ebeliğin uygulandığı çevre üzerinde etkisi olan ve bu uygulama üzerinde etkisi olacak olan model, teori ve kavramların dikkate alınması önemlidir (8).

Prenatal dönemde yaşanabilecek problem ya da gereksinimlerin kavramsallaştırılması ve önermelerin doğruluğunun araştırılmasında rehber olarak kuramlar kullanılmaktadır. Kuram ve modeller; değişkenlerin bakım üzerindeki etkilerini öngörebilmeyi, bilgi ve uygulamaları sistemleştirebilmeyi sağlamaktadır (9). Rosamund Bryar (1995), ebelik sanatının özünün, teori, bilgi ve yansıtıcı düşünceyle şekillenen sezgi ve empati olduğunu ileri sürmektedir (8). Ebelik sanatını uygulamak, ebeğin kişisel nitelikleri ile teori ve bilginin kadınların bakımında en iyi nasıl kullanılabilmesine dair derinlemesine düşünmeyi birleştirmeyi gerektirir. Teori, ebelerin, bakımını üstlendikleri kadının mevcut deneyimleriyle kuramda tanımlanan tepkileri karşılayabilecekleri bir yapı sağlar (6). Modeller ve teoriler; fiziksel, psikolojik veya sosyal dünyalardaki olayların daha iyi anlaşılmasını sağlamak için geliştirilen ve yeni kanıtların ışığında test edilmesi, değiştirilmesi veya terk edilmesi amaçlanan zihinsel yapılar veya görüntülerdir. Teorik çerçeveler, gerçekliği anlamlandırmak, açıklamak ve uygulama hakkında düşünmek için kullanılan araçlardır. Ebelik bakımında uygulanan teori ve modeller ebelik bakımının incelenebileceği, anlaşılabilirliği, test edilebileceği ve geliştirilebileceği yollar sağlamaktadır (6). Ebe ve gebe arasındaki ilişki, kadının doğurganlık döneminde olumlu bir deneyim yaşaması için şarttır. Bu nedenle kuramlarla prenatal bakım vermedeki en önemli amaç, katılımı destekleyerek ve saygılı bakım sunarak bir kadının kişisel kontrolünü korumaktır. Kuramlarla verilen bakım sayesinde ebe, kadını bilgilendirerek ve yönlendirerek hayatın yeni bir evresine uyum sağlamasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca kuramlarla ebelik bakımı uygulamak, bakımın kalitesini ölçmemize yardımcı olmaktadır. Kuramlar doğrultusunda verilen ebelik bakımı uluslararası olarak da karşılaştırılabilir amaç ve hedeflere ulaşılmasını sağladığı için kaliteyi iyileştirmeye yönelik ilk adımdır. Bu sayede bakım veren ebelerin ve bakım alan kadın, gebe ve ailelerin bakım kalitesinin artması sağlanmaktadır (5). Ebelerin

sağlık bakımında hedeflenen sonuçlara ulaşılabilmesi için uygun kuramları kullanmaları önem taşımaktadır. Bu nedenle ebelik hizmetlerinde kavram ve kuramlar kullanılarak kaliteli prenatal bakım hizmeti verilmesi gerekmekte ve gebe kadınların gebeliğe daha kolay uyum sağlaması amaçlanmaktadır. Bu derlemede ebelerin prenatal bakımda yaralanabileceği; Meleis Geçiş Kuramı, Gereksinim Kuramlarından Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi, Yaşam Modeli, Bakım Kuramı, Sağlığı Geliştirme Modeli, Sağlık İnanç Modeli, Adaptasyon Modeli, Öz Bakım Modeli, Planlı Davranış Teorisi, Maternal Bağlanma Kuramı, Anne-Bebek Etkileşimi Kuramı, Anne Olma Kuramı ve Konfor Kuramı ele alınmıştır.

Prenatal Ebelik Bakımında Yararlanılabilecek Model ve Kuramlar

Prenatal değerlendirme kapsamında gebeler öncelikle tanıtıcı özellikler açısından değerlendirilir. Ardından obstetrik hikâye, menstrüel hikâye, geçirilmiş hastalıklar, var olan sağlık problemleri ve soy geçmişe yönelik anemnez alınır (10). Gebeye ait bu bilgiler prenatal bakımın verilmesinde ebeler için yol göstericidir. Sağlık eğitimi için uygun ve etkili bir model seçmek sağlığı geliştirme programlarının planlanmasındaki ilk adımdır (11).

Meleis Geçiş Kuramı'nda ebeler, gebe ve ailelerine bakım sunumunda gelişimsel, durumsal, sağlık-hastalık ve organizasyonel geçiş olmak üzere bu dört ana geçiş etrafında bakım planlarını düzenlemektedir. Gelişimsel geçişler olmak üzere her geçiş arasında bir geçiş sürecini tetikleyen çok çeşitli olaylar ve/veya faktörler bulunmaktadır. Ebelik bakımının amacı, insanların sağlıklı sonuçları iyileştirmek için sağlıklı geçiş sürecinden geçmesine yardımcı olmaktır. Bu nedenle ebelik, toplum sağlığı ve esenliği için geçiş döneminde insanların süreçleri ve deneyimleriyle ilgilenmektedir. Geçişler kompleks ve çok boyutlu olmalarının yanı sıra farklı dinamik aşamalar, kilometre taşları ve

dönüm noktaları ile karakterize edilir ve süreçler ve/veya nihai sonuçlar aracılığıyla tanımlanabilir (12). Kadınlar yaşamlarında gebelik ve doğum gibi gelişimsel geçiş süreçleriyle karşılaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda prenatal dönemde sağlıklı bir geçiş süreci yaşayan kadınların prenatal bağlanma oranlarının daha yüksek olduğu, postpartum süreçte bebeğini daha kolay kabullendiği ve depresyon sürelerinin kısa ya da hiç olmadığı sonucuna varılmıştır (12). Özel bir geçiş süreci olan gebelik döneminde, kadınların gebeliğe geçişe bağlı ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Meleis Geçiş Kuramı ile gebelere bireysel ve bütüncül bakım verilmelidir.

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi'ndeki varsayımlarına göre insan, isteyen bir varlıktır ve bazı istekler karşılandığında bile istekleri sürekli olarak artmaktadır. İhtiyaçların belirli bir önem hiyerarşisi vardır. Bir alt seviyedeki ihtiyaçlar karşılanır karşılanmaz, bir sonraki seviyedekiler ortaya çıkacak ve tatmin talep edecektir. Yani insan fizyolojik ihtiyaçlar karşılandığında diğer ihtiyaçlarını hissedecektir. Güvenlik, sosyal, saygınlık ve kendini gerçekleştirme ihtiyaçları gibi diğer ihtiyaçlara dikkat edilmesi de oldukça önemli ve gereklidir. Maslow, teorisinde farklı ihtiyaçlardan söz etmiş ve bu ihtiyaçların hepsine dikkat edilmesi gerektiğini çünkü sadece fizyolojik ihtiyaçlara dikkat edilmesinin yeterli olmadığını öne sürmüştür (13). Maslow fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçlarını temel ihtiyaçlar kategorisinde değerlendirirken, sevgi ve saygı ihtiyacını, kendini kanıtlama ihtiyacını da ikinci derece ihtiyaçlar kategorisinde değerlendirir. Kişilerin davranışını algılayabilmek için ihtiyaçlarını bilmek önemlidir (14). Örneğin kendini gerçekleştirme gereksinimi bir kişide ideal bir anne olma arzusu varsa gereksinimleri bu arzu göz önüne alınarak bakım ve eğitim verilmelidir (15). Prenatal dönemde ilk trimesterde temel ihtiyaç gereksinimlerinin sağlanması ön plana çıkarken, ilerleyen gebelik

haftasıyla bireysel farklılıklar göz önüne alınarak temel ve ikinci derece ihtiyaçların karşılanması gerekliliği doğmaktadır. Ebeler bireysel farklılıkları gözeterek prenatal dönemde gebeye özgü gereksinim ihtiyaçları hakkında bakım ve eğitim vermelidir.

Prenatal dönemde anne ve fetus/bebeğin sağlığını sürdürmek amacıyla gebelik döneminde birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen **Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli**, ebelik eğitimi ve uygulama alanlarında sıklıkla kullanılan modellerdendir. Model; güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, solunum, boşaltım, iletişim, beslenme, kişisel temizlik ve giyinme, vücut ısısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlence, cinsellik, uyku ve dinlenme, ölüm olmak üzere 12 yaşam alanı bileşeninden oluşmaktadır. Model; sadece hasta bireyleri ele almaz, aynı zamanda sağlıklı kişilerin de sağlıklarının korunup geliştirilmesini hedef almaktadır. Model 12 yaşam aktivitesinin birey tarafından bağımsız olarak ne kadar yapılabildiği esasına dayanır (16). Modeli benimseyen ebe, gebeyi gözlerken kendine; "Bireyin gebeliği nedeniyle hangi yaşam aktivitesi etkileniyor?", "Gebe hangi yaşam aktivitesini yerine getiremiyor?", "Gebenin kendi kendine yerine getirebildiği aktiviteler neler?" sorularını sorabilir. Ebe bu şekilde gebenin bakım gereksinimini belirleyebilir. Her bir yaşam aktivitesi kompleks bir yapıya sahip olup uygulanan bakım aktiviteleriyle ilişkilidir ve bireysel farklılıkları yansıtır. Ebe bakım verirken gebelerin yaşam aktivitelerini yerine getirebilme durumlarını dikkate almalı, sorunlara yönelik uygun ebelik tanısı koyabilmeli, ebelik girişimlerini planlayarak uygulayabilmeli ve değerlendirmelidir (17).

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nde kişi, çevre, hemşirelik/ebelik, sağlık ve hastalık temel kavramlardır. Bireysel özellikler ve deneyimler, davranışa özgü bilişler ve etki, davranışsal sonuç-sağlığı teşvik eden davranış gibi faktörler modelin

bileşenleridir ve uygulamadaki sonucu etkileyen faktörlerdir. Bireyler, mümkün olarak algılanan ve olumlu ya da istedik sonuçlanan hedeflere ulaşmak için eylemlerde bulunmaktadır. Düşünceler, davranışlar ve çevre etkileşim halindedir. İnsan, çevresiyle etkileşime girerek ihtiyaçlarını ve hedeflerini karşılamak için onu şekillendirir. İnsanların nasıl davrandıklarını değiştirmeleri için, nasıl düşündüklerini değiştirmeleri gerekir. Sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik etmek için davranışsal danışmanlığın temeli olarak sağlık davranışlarının ana belirleyicileri olan ebeler bu model oldukça yardımcı olmaktadır. Modelin merkezi odak noktası, ebe tarafından değerlendirilebilecek inançtır ve bu ebelik müdahalesi için kritik noktadır (18). Prenatal bakımda, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramına kolayca uyum sağlamaktadır. Gebelik bir hastalık veya hastalık durumu olarak değil, bir sağlık durumu olarak görülmelidir. Sağlığı ve zindeliği teşvik eden davranışı kolaylaştırmak için, Pender'in sağlığı geliştirme modeli, eğitim yoluyla gebelerin kendi kendine bakım yeteneğini güçlendiren ebelik müdahalelerinin kullanımını teşvik etmektedir (7). Modeli kullanıp gebe/danışanla iş birliği içinde çalışan ebe, gebe/danışanın sağlıklı bir yaşam tarzına ulaşmak için davranışlarını değiştirmesine yardımcı olabilmektedir.

Sağlık İnanç Modeli, 1950'lerin başından bu yana hem sağlıkla ilgili davranışların değişimini ve sürdürülmesini açıklamak hem de sağlık davranışı müdahaleleri için yol gösterici bir çerçeve olarak sağlık davranışı araştırmalarında en yaygın kullanılan kavramsal çerçevelerden biridir. Model, hastalık durumlarını önlemek, taramak veya kontrol etmek için insanların harekete geçeceğini tahmin eden duyarlılık, ciddiyet, bir davranışın yararları ve engelleri, eylem ipuçları ve öz yeterlilik kavramları üzerine temellendirilmiştir. Bireylerin algıladıkları duyarlılık, önem derecesi, fayda, engeller, eylem ipuçları ve öz yeterlilikleri davranışlarındaki olumlu değişikliklere olan

inançlarını etkilemektedir (19). Yeni bir davranışın benimsenmesi için, kişinin yeni davranışın yararlarının eski davranışı sürdürmenin sonuçlarından daha fazla olduğuna inanması gerekir. Engeller faydalardan daha güçlüyse, değişim gerçekleşmeyecektir. Bazen insanlar engelleri aşmanın yollarını bulmak için yardıma ihtiyaç duymaktadır. Öz yeterlilik, bir kişinin harekete geçme veya belirli bir davranışı gerçekleştirme yeteneğine olan güveni ve inancıdır. Davranışlarını değiştirmenin değerli olduğunu düşünen (algılanan fayda), ancak değişiklik yapma yeteneklerinden emin olmayan bir kişinin yaşam tarzı değişikliklerini denemesi pek olası değildir. Ebeler gebelerin öz yeterliliğini cesaretlendirme, eğitim ve diğer desteklerle artırabilir (20). Sağlık inanç modelinin amacı sadece bilgi sunmak değil, aynı zamanda gebelerin bilgiye ilişkin kendi düşüncelerini, inançlarını ve davranışlarını değerlendirmelerini ve daha sonra yapmaları gereken değişiklikler konusunda karar vermelerini sağlamaktır. Gebeleri motive ederek davranış değişiklikleri yapmasının sağlanması, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi örüntülerine dayanarak danışmanlık ve eğitimin verilmesi; hedef grubun bilgisini arttırdığını ve geleneksel yöntemlere kıyasla sağlık inanç modeli davranış değişikliğini teşvik etmek için daha kısa vadeli ve uygun maliyetli bir yöntemdir. Ebeler, gebe kadınların yanlış inançlara sahip olduğunu belirlerse, yanlışlığın nedenlerini belirlemek ve gebe kadınlara doğru bilgi-eğitim vererek sorunun üstesinden gelmesine yardımcı olabilir. Khoramabadi ve arkadaşlarının sağlık inanç modeli kullanarak yaptığı bir çalışmada anne-fetüs/bebek sağlığında, aile sağlığı konularında, anne farkındalığında ve beslenme problemlerinin çözümünde yarar sağladığı sonucuna varılmıştır. Sağlık inanç modelinin, eğitimlerin etkinliğinin sağlıksız inançları ve yetersiz bilgileri düzeltmeye odaklandığını göstermektedir. Bu sonuçlar gebe kadınlarda zaman içinde sağlıklı davranışların faydalarını algılamada artışın olduğunu ve kadınların fetüs/bebeğinin sağlığına daha duyarlı

olmalarını sağladığı sonucuna varmıştır (11). Sağlık inanç modeli gibi sağlığı geliştirme modellerinin uygulanması, sağlık merkezlerindeki gebelik bakımı uygulamalarıyla birleştirilebilir.

Planlı davranış teorisi, niyetin davranış için ana belirleyici olduğunu belirten, beklenen değerler sosyal bilişsel bir teoridir. Niyet; değişken tutum, öznel norm ve algılanan davranış kontrolünden etkilenmektedir. Yani planlı davranış teorisi, insanların üzerinde eksik iradeye sahip olduğu davranışlarla ilgili eyleme geçip bireyin belirli bir davranışı gerçekleştirme niyetidir. Davranış hakkındaki tutum, planlı davranış teorisinin en önemli altta yatan değişkenlerinden biridir. Bireyin bir davranışta bulunma niyeti ne kadar güçlüyse, performansı o kadar yüksektir. Belirli bir eyleme yönelik tutum, bir eyleme veya davranışa yönelik bir dizi görüşe atfedilir, bu nedenle genel tutumun geliştirilmesi için bu görüşlerin değiştirilmesi gereklidir. Davranışın geliştirilmesi süreci zaman gerektirir çünkü insanların fikirleri ve inançları uzun vadede değişmektedir. Öznel normlar, bir kişinin başkalarının belirli bir davranış hakkında onaylanması veya reddedilmesi hakkındaki inançlarına atfedilir. Kadınların öznel normları, istendik davranışın başlangıcında ve devamında belirleyici faktörlerdir. Niyet, planlı davranış teorisinde hayati bir rol oynamaktadır. Davranışı etkileyen motivasyon faktörlerini kapsayan ve teorisinin merkezi faktörü olan niyet, çaba sarf etmeye ne kadar istekli olduklarının göstergesidir (21, 22). Çin’de primipar gebelere planlı davranış teorisi kullanılarak emzirme eğitimi verilen çalışmanın sonucunda, ilk kez emziren annelerin emzirme öz-yeterliliğinin ve emzirme süresinin arttığı sonucuna varılmıştır (23). Planlı davranış teorisi kullanılarak emzirme eğitimi verilen başka bir çalışmada da öz-yeterlik ve emzirme niyetinin olumlu yönde etkilenebileceği ortaya konmuştur (24). Ghaffari ve arkadaşlarının (2019) planlı davranış teorisi kullanarak gebelerle yaptığı çalışmada, prenatal dönemde emzirme eğitimi

verilen gebelerin kontrol grubundaki gebelere kıyasla doğum sonrası emzirme tutum ve davranışının pozitif yönde olduğu sonucuna varılmıştır (22). Yapılan çalışmalar gösteriyor ki, planlı davranış teorisi kullanılarak verilen bakım ve eğitim ile gebelerin öznel normları ve öz-yeterliliği geliştirilmekte, niyetleri güçlendirilmekte ve çıktı olarak istendik davranışlar görülmektedir.

Konfor kuramı ile bireylerin yaşadıkları stresli sağlık durumlarından kaynaklanan sorunları gidermek için rahatlama, kolaylık ve sorunları aşmada yardımcı olmak için temel insan ihtiyaçlarının karşılanmasında bireylerin konforunu sağlamaları oldukça önemlidir (25). Prenatal döneme özgü olarak gebeler farklı sorunlar yaşamakta ve bu nedenle konforları etkilenmektedir. Büyük bir fiziksel ve duygusal adaptasyon dönemi olan gebelikte bazı rahatsızlıklar görülebilmektedir. Biyopsikososyal deneyim olan gebelikte, gerekmedikçe tıbbi müdahalelerin haricinde gebelik rahatsızlıklarını hafifletmek, rahatlatmak veya sorunların üstesinden gelebilmek için bütünsel bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır (26). Kolcaba 1994 yılında geliştirdiği konfor kuramında konforu; “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, rahatlama, kolaylık ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen sonuçlardır” şeklinde tanımlamıştır. Konfor kuramı iki boyutta değerlendirilmektedir. Birinci boyut rahatlama, kolaylık ve sorunların üstesinden gelebilme diğer bir deyişle üstünlük aşamalarından oluşmaktadır. Bakımla verilen yardımın amacı belirli bir ihtiyacı karşılamaktır (25). Belirli bir gereksinimi karşılanan gebe ferahlama hissederek dinginlik, memnuniyet, gönül hoşluğu gibi rahatlama durumuna geçer ve bireyin kendi sorunlarının üstesinden geldiği üstünlük durumu yaşar (27). İkinci boyutta ise; bedensel duyularla ilgili fiziksel bileşenler, bireyin yaşamındaki saygı, benlik kavramı, cinselliği içeren kendi iç farkındalığı ile ilgili psikospiritüel durumlar, dış ortam ve

koşullarla ilgili çevresel tutumlar ve kişiler arası, aile ve sosyal ilişkilerle ilgili sosyokültürel bileşenler yer almaktadır. Kolcaba, konfor ve sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar arasında karşılıklı bir ilişki olduğunu, konforun sağlanmasıyla sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların arttırabileceğini ileri sürmüştür (25). Verilecek olan ebelik bakımında; bireyin gereksinimlerinin belirlenmesi, konforu arttıracak girişimlerin planlanarak uygulanması ile yüksek düzeyde konfor sağlanarak bireyin bakım kalitesine, memnuniyetine ve prenatal yaşam kalitesine katkı sağlanmalıdır (28). Gebeler, karmaşık uyarılara bütünsel tepkiler vererek temel konfor ihtiyaçlarını karşılamak için çabalamaktadır. Ebeler, gebelerin konforunu etkileyen durumlarla ilgili verecekleri bakım ve eğitimle konfor kuramındaki, aşama ve bileşenler çerçevesinde gebelerin konfor ihtiyaçlarını sağlamak için ebelik bakımıyla arzu edilen bütünsel sonuçlara ulaşabilmektedir.

Swanson'un bakım teorisi, anlamlı deneyimler arayan gebelerin eğitim ihtiyaçlarının özünü kapsayan bileşenler içermektedir (7). Swanson araştırmasında, bakım teorisi için beş bakım süreci geliştirmiştir; bilmek, birlikte olmak, gereksinimlerini karşılamak, güçlendirmek ve inancı korumaktır. Bakım teorisinde bakımın, bireylerin kişisel bir bağlılık ve sorumluluk duygusu hissettiği ve bakımı veren kişiyle ilişki kurmanın besleyici bir yol olduğu ifade edilmektedir (29). Swanson'ın ebe-gebe ilişkisinde ortaya çıkan ve amaçlanan iyilik haline yol açan bakım süreçlerinde, bireyler veya insan grupları arasında meydana gelen sosyal süreçlerin bir sonucu olarak gebelerin güçlendirilmesine katkı sağlanmaktadır. Bu sosyal etkileşimin bir sonucu olarak, gebeler "hayatlarındaki önemli olayları etkileme veya kontrol etme gücüne" sahip olur, bu da gebenin kendi yaşantısı üzerinde yetkilendirilmesini teşvik ederek bakımlara dahil olmasını sağlamaktadır (30). Bu nedenle gebelerin deneyimlerini bilmek ve anlamak, gebelerle

birlikte anda olmak, gebelerin kendileri için yapacakları değişikliklere yardımcı olmak, gebelerin kendisine ve ailesine bakabilme kapasitesini sağlamak, gebenin bir geçiş dönemiyle karşı karşıya kalabileceği ve bu değişime rağmen yaşamlarında ilerleyebileceği inancını sürdürmek için ebelerin Swanson bakım teorisi çerçevesinde bakım vermesi oldukça önemlidir (29). Ebeler, ebelik bakımı ile prenatal dönemde abortus, fetal ölüm vb. deneyimleyen kadınlarda kadını psikolojik açıdan destekleyerek ruh sağlığının korunmasına yardımcı olur. Karaca ve Oskay'ın çalışmasında, düşük yapan kadınlara Swanson Bakım Kuramı ile verilen bakım sonrasında yas oranlarının %44'ten %22'ye düştüğü görülmüştür (31). Swanson Bakım Kuramı olumsuz deneyim yaşayan kadınların bakımında, iyilik hâlinin kazandırılmasında, psikososyal sağlığının geliştirilmesinde danışmanlık ve desteğin sağlanmasında ebelere rehber olan bir kuramdır. Ayrıca ebelerin gebelere karşı yorulmayan, sempatik, empatik ve yargılayıcı olmayan davranışları, Swanson'un bakım kuramının bakım verme süreçlerinde yer alan, inançla birlikte olma, etkinleştirme ve sürdürme süreçlerinde bulunan ebelerin bakım kalitesi özelliklerini temsil etmektedir. Bakım verme inancını sürdürme sürecinde ebeler her gebeyi kabul edip her gebenin durum ne olursa olsun kendisi ve bebeği için en iyi seçimi yapacağına inanır. Ebelerin verecekleri bakımda Swanson'ın birlikte olma, inancı etkinleştirme ve sürdürmeye ilişkin şefkatli süreçleriyle, anneliğe geçiş yapacak olan gebelere karşı annelik güvenini geliştirmede çok önemlidir (30).

Orem'in Öz Bakım Modeli, kişinin yaşamı, sağlığı ve refahı sürdürmek için kendi kendine bakım yapma becerisine odaklanır. Orem'e göre öz-bakım gereksinimleri bireyin farklı gelişimsel düzeylerinde yer alan özel bakım davranışlarıdır (32). Gebeler prenatal dönemde meydana gelen fizyolojik, anatomik, hormonal değişiklikler nedeniyle öz-bakımı yerine getirmekte güçlükler yaşayabilir. Öz-

bakım; bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu korumak, sürdürmek ve geliştirmek için başlattığı ve en üst düzeyde sağlığa ulaşabilmesi için gerçekleştirdiği faaliyetlerdir (33, 34). Gebelik döneminde kadın, bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için yardıma ihtiyaç duyabilir. Bu noktada ebeğin rolü ve amacı kendi öz bakımını yapar duruma gelinceye kadar gebeye yardımcı olmak, en kısa zamanda gebeyi kendi bakımını sağlayabilir ve gereksinimlerini karşılayabilir duruma gelmesini sağlamaktır. Gebenin doğum öncesi dönemi sağlıklı bir biçimde yönetebilmek için yeterli öz-bakım gücüne sahip olması gerekmektedir (34). Bireyin sağlıklı yaşam biçimi sergilemesinde öz bakım becerisi önemlidir. Yapılan bir çalışmada, gebelerin öz bakım gücünün, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (33). Başka bir çalışmaya göre yüksek öz-bakım gücüne sahip olan gebeler kendilerine daha fazla özen göstermekte ve gebeliğe daha kolay uyum sağlamaktadır (2). Gebelerde sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi öz-bakım kuramı çerçevesinde bakım ve eğitim verilerek sağlanabilir.

Roy'un Adaptasyon Modeli'nde insanlar, bireysel ve çevresel dönüşümü teşvik edip adaptasyonu sürdürmek için çevresel değişikliklerle başa çıkan bütünsel adaptif sistem olarak görülmektedir (32). Gebeler prenatal dönemde yeni bir aile bireyi ile tanışma ve anneliği hissetme ile birlikte duygu değişimleri yaşamaktadır. Gebeler prenatal dönemi birçok açıdan uyum sağlamaları gereken bir yaşam deneyimi olarak yaşamaktadır. Burada amaç değişikliğe gebenin uyum sağlamasına yardımcı olmaktır (10). Modelin temel kavramı, dış veya iç belirli çevresel değişikliklerle başa çıkma mekanizması geliştirmektir ve uyarılara verilen yanıtlar, bireylerin davranışlarını oluşturur (32). Roy'a göre birey; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık olmak üzere dört uyum alanına sahiptir (35). Her bir uyum alanı birbiriyle etkileşim

halinde ve birbirlerini etkilemektedir. Modelde insanın davranışları "uyumlu" ya da "uyumsuz" olarak değerlendirilir (36, 37). Uyum düzeyi ve etkili uyum davranışları, bireyin uyarılara pozitif yanıt verme yeteneğidir (38). Çevresel uyarın, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık olmak üzere dört etkileşim alanı vardır (39). Gebelikte sağlıklılık hâli, gebelikte meydana gelen değişimlere uyum sağlama düzeyidir. Gebeliğe başarılı uyum için, gebenin benliğini, anne olarak geliştirmesi beklenmektedir. Ebe, gebenin kendi benliğini geliştirmesine destek olurken, benliği algılamada etkisi olan sosyokültürel faktörleri de değerlendirmelidir (10). Uyum alanlarında algılanan sorunlara gebenin olumlu yanıt vermesi kendisini dengede tutacaktır (39). Roy, bireyin iç ve dış değişikliklere üst düzeyde uyum sağlama yeteneğine sahip olduğunu; ancak bireyin önceki yaşam deneyimleri, olayı algılama biçimi, çevresel değişikliklerin derecesi ve baş edebilme yeteneği gibi faktörlerle ilişkili olarak bireyin bazen uyum sağlama yeteneğinin sınırlı olduğunu belirtir (37). Gebenin uyum sağlamasına destek olmak için uygun ebelik girişimleri planlamalıyız. Yapılan girişimler sonrası gebe davranışlarında uyum geliştirdiyse yaptığımız girişimleri başarılı, uyumsuz davranış geliştirdiyse girişimi etkisiz olarak değerlendirebiliriz. Bu durumda yeni ebelik girişimleri planlanmamız gerekmektedir (10).

Bağlanma teorisi, John Bowlby ve Mary Ainsworth tarafından geliştirilmiştir. Bowlby teorisinin temel ilkelerini tanımlamıştır. Ainsworth'un ise, Bowlby'nin bazı fikirlerini ampirik olarak test edip teoriyi genişleterek bebek sinyallerine karşı anne duyarlılığı kavramını ve bunun anne-bebek bağlanmasının gelişimindeki rolünü açıklamıştır (40). "Bağlanma Kuramı"na göre, gebe ve fetüs/bebek arasındaki bağlanma, gerçek ilişkinin doğasına bağlı olarak gelişen bir oluşumdur (41). Prenatal bağlanmanın kuramsal yapısının kurucusu olan Rubin, kadının prenatal dönemde; gebelikte kendisi ve

bebeği için güvenli bir geçiş yolu aramak, bebeğin başkaları tarafından kabul edilmesini sağlamak, fetüs ile içsel bir bağ kurmak ve kendini bebeğe bağlamak olmak üzere dört özel görevi olduğunu vurgulamıştır (42). Rubin'den sonra Muller, Cranley, Condon gibi araştırmacılar bu alanda çalışmalar yapmıştır (43, 44). Cranley (1981) Maternal-Fetal Bağlanma (MFA) kavramını, kadının gebelik döneminde bebeği ile bağlanması, yakın ilişki kurması ve onunla etkileşim kurması olarak tanımlamıştır. Cranley'e göre MFA, annenin fetüsü kendisinden ve vücudundan farklı algılaması, onunla iletişim kurması, fetüsün özelliklerini yorumlaması, özverisi, annelik rolünü benimsemesi gibi farklı durumları içermektedir (45). Muller (1993), Prenatal Bağlanma kavramını, anne ile doğmamış bebeği arasında kurulan benzersiz, sevgi ve şefkat ilişkisi olarak tanımlamıştır (43,44). Gebenin prenatal dönemdeki ruhsal sağlığı ile bebeğine bağlanması ilişkilidir ve prenatal bağlanma, kadın gebeliğe olumlu tepki verdiği zaman başlamaktadır (9, 41). Güvenli prenatal bağlanmada gebeler, fetüsü bir kişi olarak kavramsallaştırma veya kendilerini fetüsten ayırt ederek bilişsel bağlanma; fetüsle empatik, sevgi dolu bir bağ kurarak duygusal bağlanma; fetüsle etkileşim kurarak bağlanma davranışları ve iyi sağlık uygulamalarını sürdürerek kişisel bakım davranışları sergilemektedir (46). Bağlanma ile ilgili bu duygu ve durumlar anne adayının bebeğine sevgi ve şefkat göstermesine, onu korumasına, beslemesine, ona ilgi göstermesine, etkileşim kurmasına ve bebeğinin gereksinimlerine duyarlı olmasına yardımcı olmaktadır (41). Bowlby, iki aylık bebeklerin bağlanma davranışının, bebeği anneye ve anneyi bebeğe bağlama işlevine sahip bir dizi içgüdüsel tepkiden oluştuğunu öne sürmektedir. Bu tepkiler emme, sarılma ve takip etme ile gülümseme ve ağlama gibi sinyal davranışları yaşamın ilk yılında nispeten bağımsız bir şekilde olgunlaşarak ikinci altı ayda giderek daha fazla bütünleşip bir anne figürüne odaklanmaktadır (40). Durumsal faktörler, prenatal bağlanma düzeyi ile ilişkilidir ve prenatal bağlanmanın ifadesinin

yoğunluğunu belirlemektedir. Sosyal destek, ikiz gebelikler, gebelik sırasında ultrason ile muayene olma, önceki gebelikte kayıp veya ölü doğum, anne yaşı, anne kişiliği, fiziksel belirtiler, beden imajı, depresyon ve anksiyete gibi çeşitli faktörler prenatal bağlanma ile potansiyel olarak ilişkilidir (46). Prenatal dönemde kadının ruh sağlığının bozulması fetüs ve yenidoğan sağlığını ve dolayısıyla aile ve toplum sağlığını da olumsuz etkilemektedir (9). Bu nedenle özellikle birinci basamakta gebelik izlemlerinde gebeliğin biyolojik ve fizyolojik değişimlerine ek olarak ruhsal açıdan da gerekli izlem yapılmalıdır. Prenatal dönemde fizyolojik değerlendirmelere verilen önem kadar psikolojik değişikliklere de önem verilmesi, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önemlidir.

Anne olma kuramı, ebeveyn olmanın karışık sürecini kolaylaştırmak için Ramona T. Mercer tarafından geliştirilmiştir (47). Kadın hayatı evrelerindeki önemli gelişimsel dönemlerden bir tanesi anneliğe geçiştir. Anneliğe geçiş, gebelik ve doğumla başlayıp yaşam boyunca ilerleyen dinamik bir süreçtir (2, 9). Anne olmak bilinen, güncel bir gerçeklikten bilinmeyen, yeni bir gerçekliğe geçmeyi içermektedir. Geçiş, yeni bir benlik kavramına ulaşmak için hedeflerin, davranışların ve sorumlulukların yeniden yapılandırılmasını gerektirir. Kişinin kişisel bütünlüğünü korurken yeni bir gerçekliğe uyum sağlamak için birçok strateji kullanılır. Stratejiler, gerekli değişikliğin kalıcılığının farkına varmayı, yeni bir öz-tanım oluşturmak için bilgi aramayı, yeni bir normalleşme için modeller aramayı ve yeni rolde kendinin yeterliliğini test etmeyi içerir. Geçişler, kadının kişisel koşulları, kültürel inançları ve tutumları, sosyoekonomik durumu, hazırlık ve bilgisi, toplum ve toplumsal koşullar tarafından kolaylaştırılabilir veya engellenebilir (47). Anne-bebek ilişkisinin kurulması prenatal dönemde başlamaktadır (10). Mercer, annenin bebeğini algılamasını ve anne-bebek ilişkisinin gelişmesinin prenatal dönemde başladığını öne sürmektedir. Anne-bebek bağlanması gebelikte

başlayarak zamanla artıp annelik rolüne geçiş sürecinde annelik yetenekleri ile güçlenmektedir (47). Çok karışık ve çok aşamalı bir süreç olan annelik rolü edinmede kadınlar; gebeliği kabullenmede zorluk çekebilmede, gebeliğe ve anneliğe uyum sağlamakta zorlanmakta, doğuma ilişkin çok fazla korku yaşamakta, anne-bebek etkileşimini olumsuz etkilemekte ve postpartum süreçte depresyon riski yaşamaktadır (47). Gebeler, anneliğe geçiş kabullendiklerinde ve karşılaştıkları psikofizyolojik engelleri aştıklarında, derin bir annelik güveni duymaya başlamaktadır (30). Annelik rolüne uyumda öz-güven ve sosyal destek arasında olumlu ilişki olduğu, eşi/partneri tarafından desteklenen, sorunlarını eşi/partneriyle paylaşabilen kadınların daha az sorun yaşadıkları ortaya konulmuştur (2). *Annelik rol kazanımı*, doğan her bebekle birlikte ortaya çıkar ve dört evrede gerçekleşir. Prenatal dönemde başlayan beklentiler evresi, psikososyal hazırlık aşamasıdır (47). Bu aşama anne adayları olarak gerçekleştirilmesi gereken gelişimsel süreçler ile gebeliğe uyumun psikolojik ve sosyal başlangıcını içine alan annelik rolüne adaptasyonun ilk adımıdır (48). Bebeğin doğumu ile başlayan formal (resmi) evrede kadın, rol modellerinin (ebe, doktor, arkadaş, anne) etkisi altında çevrenin kendisinden beklediği gibi davranmaya ve rollerini gerçekleştirmeye çalışır (47). İnfomal (resmi olmayan) evrede kadın başkalarının talimatlarını takip etmekten vazgeçerek, kendi annelik stilini geliştirmeye başlar ve nasıl bir anne rolü sergileyeceğini gözden geçirir (47, 48). Kişisel evre ise, annenin uyum duygusu, güven, annelik rolünden memnuniyet ve bebeğine bağlanma ile karakterize edilmektedir. Kadın anne olmanın rahatlığını yaşamaya başladığı kişisel veya annelik kimliği evresinde, kendi fikir ve davranışlarını gerçekleştirerek anne-bebek ilişkisinin keyfini çıkartmayı öğrenmiştir (47). Prekonsepsiyonel ve/veya antenatal dönemde kadınlara gebelik dönemine ilişkin yeterli bilgi sağlanması, kendisi ve bebeğinin bakımı için yeterlilik duygularını etkileyen faktörler konusunda

bireyselleşmiş bakım ve danışmanlık hizmeti verilmesi, annelik rol kazanımının oluşmasını sağlamaktadır (48). Anneliğin yeni rolüne uyum sağlanmazsa yaşanan çeşitli derecelerde psikofizyolojik sıkıntının bir sonucu olarak anneler, bebeklerine bakma konusunda kendilerine güven duymadıklarını düşünebilmektedir. Annedeki güven eksikliği anne-bebek bağını olumsuz etkilemektedir. Annelerin güven kazanmasına yardım etmede kilit rol ebe-gebe ilişkisini karşılıklı olarak birbirine bağlamaktır (30). Kazanılan annelik rolü, yaşamın sonuna kadar devam ettiğinden dolayı annelik rol kazanımı kadınlar için önemli bir geçiş dönemidir. Annelik rol kazanımını etkileyen faktörler dikkate alınarak bireye özgü bakım ve eğitim verilmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Prenatal dönemde, gebenin fizyolojik, psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, baş edebilmesi, sağlık durumunun korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için gebenin bütüncül yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Prenatal dönemde sunulan kaliteli bakım; kadının gebeliğe uyumunu, doğuma hazırlığını kolaylaştırmakta ve doğum, doğum sonrası dönemlerde sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmasını yaygınlaştırmaktadır. Ayrıca kadının ileriki yaşamındaki sağlık düzeyi, aldığı bakımın niteliği ve kalitesi ile yakından ilgilidir. Kadınların gebelik döneminde yaşadıkları uyum problemlerinin krize dönüşmeden aşılabilmesi için, nitelikli ebelik bakımına ihtiyaçları vardır. Kaliteli ebelik bakımı ve ebelik mesleğinin güçlenmesi ile prenatal bakımda kursamsal bilginin geliştirilmesi ve kullanılması niteliği arttırabilir. Model ve kurama dayalı ebelik yaklaşımları bireye uygulanan bakım kalitesini ve niteliğini yükseltmektedir. Sağlıklı gebelik geçirmek ve sağlıklı bebek doğurmak tüm kadınların hakkıdır. Bu nedenle prenatal bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılması, bu hizmetlerin yeterli ve eşit olarak sunulması için

prenatal dönemde sunulan ebelik bakımının kuramlara dayandırılması oldukça önemlidir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazarların Katkı Düzeyleri

HÖ ve AK: Fikir, literatür tarama ve kritik okuma; MÇ: Fikir, literatür tarama, makale yazma.

KAYNAKLAR

1. Çatak B, Öner C, Gülay M, Baştürk S, Oğuz İ, Özbek R. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. *Türk Aile Hek Derg*, 2014;18(2):63-9.
2. Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2014;4(4):200-6.
3. Başar F, Çiçek S. Annelerin yeterli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2018;9(16):2574-96. DOI: 10.26466/opus.499987.
4. Shaghghi F, Abedian Z, Asgharipour N, Esmaily H, Forouhar M. Effect of positive psychology interventions on the quality of prenatal care offered by midwives: A field trial. *Iranian J Nursing Midwifery Res* 2020;25:102-10.
5. Peters M, Kolip P, Schäfers R. A theory of the aims and objectives of midwifery practice: A theory synthesis. *Midwifery* 2020;84(102653):1-10. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102653>
6. Pairman S, McAra-Couper J. Theoretical frameworks for midwifery practice. Chapter 16. <https://nursekey.com/theoretical-frameworks-for-midwifery-practice/> (yayınlanma tarihi: 18 Haz 2016, erişim tarihi: 18 Mart 2023)
7. Kathleen Thielen, MA, RN. Exploring the group prenatal care model: A critical review of the literature. *The Journal of Perinatal Education*, 2012;21(4):209-18.
8. Bryar RM. Theory For Midwifery Practice chapter models and theories influencing midwifery care, pp:74–103, 1995. (erişim tarihi: 18 Mart 2023 https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-349-13151-8_4)
9. Bekmezci H, Özkan H. Gebelikte psikososyal sağlık bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2016;8:50-62.
10. Sert E, Erkal Y, Tuna Oran N. Ebelikte roy adaptasyon modelinin antenatal değerlendirmede kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, 2014;3(4):1147-60.
11. Khoramabadi M, Dolatian M, Hajian S, Zamanian M, Taheripanah R, Sheikhan Z. et al. Effects of education based on health belief model on

- dietary behaviors of iranian pregnant women. *Global Journal of Health Science*; 2016;8(2):230-9.
12. Meleis AI. Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. (Editor Afaf Ibrahim Meleis) 2010 Springer Publishing Company, New York. Ebook ISBN: 978-0-8261-0535-6.
 13. Maslow A. Motivation and personality. Reprinted from the English Edition by Harper & Row, Publishers 1954.
 14. Eren Ö, Mizrahitokatlı CM. “İnsani gelişim endeksinin abraham maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramı çerçevesinde tekrar değerlendirilmesi”, *R&S- Research Studies Anatolia Journal*, 2020;3(1):48-62.
 15. Özer SP, Topaloğlu T. Motivasyonda kapsam kuramları. Celaleddin Serinkan editörlüğünde “Liderlik ve Motivasyon”, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2008.
 16. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. Model of nursing: explanatory booklet. Dublin: Eastern Health Board. Dublin South East. Area 2. Community Psychiatric Service, 1985.
 17. Bulut ÖÜ, Şahin S, Kaplan S. Roper, Logan ve Tierney’in yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre hiperemesis gravidarum olgu değerlendirmesi. 2. Uluslararası 3. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, Konya, pp.625-32, 2019.
 18. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice (6th Edition). Boston, MA: Pearson, 2011.
 19. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. Chapter 3; p:46-64, 2008.
 20. Washburn L. Understanding the health belief model. Extension Institute of Agriculture The University of Tennessee. W 931-C. <https://extension.tennessee.edu/publications/Documents/W931-C.pdf> (erişim tarihi 28.03.2023)
 21. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior And Human Decision Processes* 1991;50:179-211.
 22. Ghaffari M, Rakhshanderou S, Harooni J, Mehrabi Y, Ebrahimi A. Prenatal interventional program about mothers’ behavior related to exclusive breast feeding: findings of planned behavior theory-based research. *Journal of Lifestyle Medicine*, 2019;9(2):143-9. doi:10.15280/jlm.2019.9.2.143
 23. Zhang J, Shi L, Chen D, Wang J, Wang Y. Using the theory of planned behavior to examine effectiveness of an educational intervention on infant feeding in China. *Prev Med* 2009;49:529-34.
 24. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, Domian EW, Rojjanasrirat W, Yeh HW. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res* 2011;33:486-505.

25. Kolcaba K. Comfort Theory. JONA The Journal of Nursing Administration 2006;36(11):538-44. DOI: 10.1097/00005110-200611000-00010
26. Chuntharapat S, Petpichetchian W, Hatthakit U. Effect of a yoga programme on maternal comfort during pregnancy. ResearchGate, 2010;26(2):123-33.
27. Şahin Orak N. Konfor kuramı. hemşirelikte kavram, kuram ve model örnekleri. Editörler: Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocağcı, Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar. İstanbul Tıp Kitaabevi.1. Baskı 2013;39-55.
28. Çapık A, Özkan H, Ejder Apay S. Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. DEUHYO ED, 2014;7(3):186-92.
29. Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. Nursing Research 1991;40(3):161-5.
30. Mott B. Measurement of Swanson's theory of caring using primiparous mothers. International Journal for Human Caring 2016;20(2):96-101. DOI: 10.20467/1091-5710-20.2.96
31. Karaca PP, Oskay ÜY. Düşük Yapan kadınların bakımında swanson bakım kuramı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2017;14(3): 228-32.
32. Shah M, Abdullah A, Khan H. Compare and contrast of grand theories: orem's self-care deficit theory and roy's adaptation model. International Journal of Science and Research (IJSR) 2015; 4(1): 1834-1837. ISSN (Online): 2319-7064
33. Karaca Saydam B, Demirel Bozkurt Ö, Pelik Hadımlı A, Öztürk Can H, Soğukpınar N. Riskli Gebelerde öz-bakım gücünün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. Perinatoloji Dergisi, 2007;15(3):131-9.
34. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Gebelikte öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 2010;20(4):137-42.
35. Roy C. The Roy adaptation model (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health. 2009.
36. Gökçe İsbir G. Roy adaptasyon modeline dayalı danışmanlığın gebelikte bulantı kusmaya etkisi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi. Danışman: Doç. Dr. Samiye Mete. 2011, İzmir.
37. Kacaroglu Vicdan A, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar Ş. 2012-2014 Nanda-I hemşirelik tanımlarının yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre sınıflandırılması. International Journal Of Human Sciences, 2015;12(2): 1626-36.
38. Çatal E, Dicle A. Teori-Araştırma bileşeni: Roy'un uyum modeli örneği. DEUHYO ED 2014;7(1):33-45.
39. Yeşilçınar İ, Acavut G, Şahin E. Perinatal kayıp yaşayan kadına yönelik roy uyum modeline göre

- hazırlanan hemşirelik bakım planı. EGE HFD, 2019;35(2):85-92.
40. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology* 1992; 28:759-75.
41. Aksoy EY, Yılmaz DS, Aslantekin F. Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek. *Turkiye Klinikleri J Health Sci* 2016;1(3):163-9.
42. Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. *JAN* 1976;1(5). (özet) <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1976.tb00921.x> (erişim tarihi: 1 Nisan 2023)
43. Chen CH. Analysis and evaluation of the theories of Reva Rubin. *Kaohsiung J Med Sci* 2002;18:1-4.
44. Teskereci G, Ünal A, Özbek N, Koçak B. Care practices supporting prenatal attachment. *Current Approaches in Psychiatry* 2021;13(4):805-19. doi: 10.18863/pgy.883104
45. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nurs Res.* 1981;30(5):281-4. PMID: 6912989.
46. Doan H, Zimmerman A. Prenatal attachment: a developmental model. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine.* 2008;20(1/2):20-8.
47. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal Of Nursing Scholarship,* 2004;36(3):226-32.
48. Özkan H. Annelik kimlik gelişimi eğitiminin primiparların annelik rolü kazanmasına ve bebeğim algısına etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2010.