


Çeviri Ebelik Bakımı İçin Modeller: Bir Haritalama Derlemesi

Models for Midwifery Care: A Mapping Review

Ayberk Asena TELLİ¹ 
Zekiye KARAÇAM² 

¹Bornova Karacaoğlan
23 Nolu ASM, İzmir, Türkiye
²Aydın Adnan Menderes
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Ebelik Bölümü, Aydın,
Türkiye



Bu yazı "Models for Midwifery Care:
A Mapping Review" başlıklı yazının
çevirisi olup, yazarlardan izin alınmıştır.

Geliş Tarihi/Received: 12.01.2023

Kabul Tarihi/Accepted: 27.03.2023

Yayın Tarihi/Publication Date: 31.05.2023

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Ayberk Asena TELLİ
E-mail: ayberkasena.telli@hotmail.com

Cite this article as: Telli, A. A., &
Karaçam, Z. (2023). Models for
midwifery care: A mapping review.
*Journal of Midwifery and Health
Sciences*, 6(3), 176-190.



Content of this journal is licensed under a
Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International License

ÖZ

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, ebeler kanıta dayalı annelik bakımını sağlayan kişilerdir. Ebeler bu bakımda normalliği kolaylaştırma konusunda yetkindirler. Ebelerin bakım uygulamalarını yansıtan bazı teorik modeller mevcuttur. Ancak bu modellerin esas olarak doğuma yönelik bakım ve örgütsel yapıya dair olduğu gözlemlenmektedir. Bu modeller epistemolojik (bilgi felsefesi) olarak yoksun görünmektedir. Bakımın değerli olduğunu ve bakım yaklaşımlarını görünür hale getirebilmek için modellerin epistemolojiye sahip olması gerekebilir. Bu yazının amacı, ebelik bakımında var olan teorik modeller hakkındaki yayınları belirlemek ve bunlara genel bir bakış sağlamaktır.

Yöntemler: Bu bir haritalama derleme çalışmasıdır. Klinik uygulamayı etkileyen ya da etkilemeyi amaçlayan ebelik bakımına ulaşabilmek için dokuz veri tabanında sistematik olarak taranmıştır. Bu tarama teorik bir modeli ya da teoriyi tanımlayan çalışmaları kapsamıştır. Uygunluk kriterleri seçim sürecinde netleştirilmiştir.

Bulgular: Dünyanın farklı bölgelerinde yapılan altı makalede yer alan altı model çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilen modeller, farklı metodolojiler (yöntem) kullanılarak geliştirilmiştir. Bu modeller farklı felsefi temellere ve bazı karmaşıklığa sahiptir. Bu modellerin bazı özellikleri birbirine benzerdir. Bu modellerin en ayırt edici birinci özelliği ebe-kadın ilişkisine, ikincisi kadın-merkezli olmaya ve üçüncüsü de bakımda salutojene (sağlığın nedenlerine odaklanma) vurgu yapmıştır.

Sonuç: Genel olarak, belirli epistemolojik statüye sahip ebelik bakımının teorik modelleri hakkında yetersizlik mevcuttur. Ebelik bakımının bilgi tabanlı görev yapması için, epistemolojik açıdan kapsamlı teorik modeller geliştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle daha fazla araştırmaya gereksinim bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, salutojen, felsefe, intrapartum bakım, bakım için modeller, kadın merkezlilik

ABSTRACT

Objective: According to World Health Organization, midwives are found competent to provide evidence-based and normalcy-facilitating maternity care. Models for midwifery care exist but seem to be lacking explicit epistemological status, mainly focusing on the practical and organizational level of care delivery. To make the values and attitudes of care visible, it is important to implement care models with explicit epistemological status. The aim of this paper is to identify and gain an overview of publications of theoretical models for midwifery care.

Methods: A mapping review was conducted with systematic searches in nine databases for studies describing a theoretical model or theory for midwifery care that either did or was intended to impact clinical practice. Eligibility criteria were refined during the selection process.

Results: Six models from six papers originating from different parts of the world were included in the study. The included models were developed using different methodologies and had different philosophical underpinnings and complexity gradients. Some characteristics were common, the most distinctive being the emphasis of the midwife-woman relationship, secondly the focus on woman-centeredness, and thirdly the salutogenic focus in care.

Conclusion: Overall, scarcity exists regarding theoretical models for midwifery care with explicit epistemological status. Further research is needed in order to develop generic theoretical models with an epistemological status to serve as a knowledge base for midwifery healthcare.

Keywords: Maternity care midwifery models for care philosophy salutogenesis woman centeredness

Giriş

Sağlık bakımı, bazen teorik çerçevelerde açıkça ifade edilen ya da bakım modellerinde merkeze alınan değerlere ve tutumlara dayanmaktadır. Ancak bu değerler ve tutumlar çoğunlukla sözsüz olan sağlık bakımıdır. Bu tür kavramsal çerçeveler, sağlık bakımı için epistemolojik bir temele sahip olmanın farkındalığını kolaylaştırır. Böylece sağlık hizmetlerinin uygulanmasında önemli kılavuz araçlar olarak fonksiyon görürler. Gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası ve ebeveynliğe geçiş dönemlerindeki annelik bakımı, hem ebelik modellerini hem de tıbbi modelleri içermektedir. Bu bakım farklı sağlık profesyonellerinin uygulamalarına ve bilimsel uygulama sunan farklı epistemolojik statüye bağlıdır (Bryar & Sinclair 2011; Church ve ark., 2017; MacKenzie Bryers & van Teijlingen 2010; Polit & Beck, 2017).

Sağlığa ve hastalığa yaklaşımlar, bakım modellerinin şekillenmesini etkiler. Geliştirilen bakım modelleri sıklıkla epistemolojik statü ile ilgilidir. Aynı zamanda da bakımın nasıl organize edileceği açısından pratik düzeye sahiptir. Bir modelin epistemolojik ve pratik düzeylerini entegre etmek, daha analitik bir yaklaşım gerektirebilir. Çünkü bu iki düzey, çoğu zaman çakışır. Böylece sağlığı anlamamız ve bakımı organize etmemiz gereken noktadan bizi uzaklaştırır. Annelik bakımında zıtlık modelleri mevcuttur. Bunlar özellikle doğum eylemi ile ilgilidir. Bu modellerden bazıları 'tıbbi'ye karşı "sosyal ve kadın-merkezli" (Walsh, 2008), 'teknokratik (uygulayıcı)'e karşı "bütüncül" (Davis-Floyd, 2001) ya da 'hastalık (patolojik)'a karşı 'sağlık (salutojenik)' tır (Lindstrom ve ark., 2017). Bu karşıt bakış açılarının nedeni incelecek olursa, gebeliği ve doğumu kadın doğum uzmanlığına konumlandırma tercihi ile bağlantılı olduğu görülecektir. Batı toplumunda gebelik, hastalık ve sağlık arasındaki sınırını aşmaktadır. Yani "gebelik" belirsiz anlamına gelmektedir. Kadınlar kendilerine hasta olarak mı yoksa sağlıklı olarak mı davranılıp davranılmayacağından emin değillerdir (Comaroff, 1977).

Gebelerin hasta ya da sağlıklı olarak kabul edilip edilmediği gebelik, doğum ve doğum sonrası annelik hizmetlerine kültürel olarak değişebilir. Bu durum kadınları, eşlerini ve çocuklarını küresel düzeyde kültürel açıdan farklı bir statüye sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, annelik bakımını farklı sağlık profesyonellerinin ellerine bırakmaktadır. Ayrıca doğum ile ilgili sağlığı kolaylaştıran uygulamaları kompleks bir yapıya dönüştürebilir. Bu yapı kuralları ile yönlendirilen risk yönetimi, bireysel ihtiyaçları ve koşulları göz ardı eden protokoller şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Kennedy ve ark., 2018). Bir gebenin durumu, ihtiyaçlarının ve koşullarının çok ötesindeki faktörlerden etkilenebilir. Uygulayıcılar ve araştırmacılar, annelik bakımı gibi sağlık bakım sistemindeki karmaşıklığa ışık tutmayı amaçlayan ileri teoriler ortaya koymuşlardır (Sturmberg, 2018; Sturmberg & Martin, 2009). Ayrıca bazı tekniklerin ülkeye özgü olmasına rağmen, yaygın olarak görülmesi nedeniyle anlaşılabilirliği arttırabilmek için karmaşıklık teorisinin bir taksonomisi (sınıflandırması) geliştirilmiştir (Gottfredsdottir ve ark., 2017; Nieuwenhuijze ve ark., 2015).

Normal gebelik ve doğum bakımında profesyonel ebeler uygun seçenektir (World Health Organization, 2020). Ne yazık ki, profesyonel ebeler dünyanın belirli bölgelerinde mevcuttur. Diğer bölgelerdeki doğum görevlileri, esas olarak kadın doğum uzmanları, kadın doğum hemşireleri ya da pratik olarak eğitilmiş ebe olmayan kişilerdir (Ten Hoop-Bender ve ark., 2014). Bu nedenle, belirli epistemolojik statüye sahip bakım modellerinin uygulanması önemlidir. Bu modeller kanıta dayalı ve normalliği kolaylaştıran

bakımın uygulanmasında kilit rol oynamaktadır (Nove ve ark., 2018). Günümüzde bazı bakım modelleri bulunmaktadır. Ayrıca doğum öncesi bakım modellerinin özelliklerini açıklayan daha önce yapılmış bir haritalama derlemesi de vardır. Bu harita derlemesi bazı modellerin belirli epistemolojik statüye sahip olmayan modeller olduğunu göstermiştir (Symon ve ark., 2016). Bazı araştırmacılar, bakım için farklı modeller geliştirmiş ve uygulamaya çalışmışlardır (Cragin, 2004; Lundgren & Berg, 2007; Sandall ve ark., 2016; Shahhosseini ve ark., 2017). Ayrıca, Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), temel bakım felsefesi ile ebelik bakımının yönetim modelinin ana hatlarını açıklayan bir çekirdek döküman geliştirmiştir (International Confederation of Midwives, 2020).

"Model" kavramı ile neyin kastedildiği konusunda fikir birliği yoktur. Literatür incelendiğinde, bakımın sunumuyla ilgili uygulama ayrıntılarını özetleyen "bakım sunum modeli" ve belirli epistemolojik statüye sahip "teorik olarak geliştirilmiş bakım modeli" arasındaki fark belirsizdir. Walker ve Avant (2019)'a göre, teorik kavramsal çerçevenin grafiksel sunumu "model" olarak adlandırılabilir. Bakım yönetimi modellerinden ayırmak için "teorik model" terimi kullanılabilir (Walker & Avant, 2019). Fakat, mevcut modeller gözden geçirildiğinde, bir boşluk olduğu görülmektedir. Bilgimize göre, ebelik bakımında bilimsel olarak geliştirilen teorik model yayınlanmamıştır.

Bu makalenin amacı, ebelik bakımı için teorik modeller içeren yayınları belirlemek ve bunlara genel bir bakış sağlamaktır.

Yöntem

Bu çalışma haritalama derlemesi olarak gerçekleştirilmiştir. Bu yöntem bir araştırma alanına geniş bir perspektif (bakış açısı) sağlamaktadır. Ayrıca bir konuda mevcut kanıtların durumunu belirlemek ve kanıt düzeylerinin miktarını göstermek için kullanılmaktadır. Belirli bir konudaki mevcut literatürü haritalar ve kategorize eder. Daha fazla derleme ve temel araştırma yapar. Literatürdeki boşlukları belirlemek için kullanılır (Gough ve ark., 2017; Grant & Booth 2009). Literatür derlemesinin ana türleri Tarama, Değerlendirme, Sentez ve Analizden oluşan dört kritik kavrama göre sınıflandırılır (Booth ve ark., 2016). Tarama aşaması kapsamlı ve sistematiktir. Değerlendirme aşaması mevcut literatürün haritalandırılması ve sınıflandırılması ile sınırlı, genellikle kalite değerlendirmesi mevcut değildir. Sentez aşaması, verilerin grafiksel ve tablo şeklinde görselleştirilmesine odaklanır. Analiz aşaması ise sıklıkla nicel ve nitel özellikleri karakterize eder (Booth ve ark., 2016; Grant & Booth 2009). Bu aşamaları derlememize nasıl uyguladığımızın açıklaması aşağıda verilmektedir.

Tarama aşaması

Bu aşama, kapsamlı ve sistematik olarak gerçekleştirilir. İlgili veri tabanları taranır, incelenir ve çalışmaların seçilir.

Uygunluk kriterleri

Dahil etme ve hariç tutma kriterleri önceden belirlenmiştir. Bu kriterler ayırma süreciyle birlikte daha da geliştirilmiştir. Taramalarda herhangi bir zaman sınırı yoktur.

Dahil edilme kriterleri aşağıdaki gibidir ve tüm kriterlerin karşılanması gereklidir:

Tam metin olarak hakemli dergilerde yayınlanan makaleler, ebelik bakımı için teorik bir model ya da teoriyi (ya da teori ya da bir modelin bazı bölümleri) tanımlayan çalışmalar, klinik uygulamaya etkisi olan ya da olması amaçlanan bir model ya da teoriyi tanımlayan çalışmalar.

Hariç tutma kriterleri aşağıdaki gibidir ve hariç tutma için bir kriter yeterlidir:

Kesinlikle felsefi olan modelleri tanımlayan çalışmalar (uygulamayı etkilemeyen), sadece organizasyonel modelleri tanımlayan çalışmalar (bakım hizmeti, hizmet modelleri, bakım uygulaması vb.), önerilen bakım organizasyonunun temelini oluşturan ebelik bakımının teorik modelini ya da teorisini kısmen ya da tamamen açıklamayan ya da tanımlamayan ve altta yatan kavramları vermeden bakımın pratik ayrıntılarını tanımlayan çalışmalar.

Tarama stratejisi

Tarama stratejisi, uzman bir kütüphanecinin yardımıyla tasarlanmış ve geliştirilmiştir. Mayıs 2018'de, ebe/ebelik, model/teori/çerçeve, hemşirelik modelleri/ hemşirelik teorisi ve kadın merkezli bakım anahtar kelimelerini içeren kapsamlı bir tarama yapılmıştır. Tarama MEDLINE, CINAHL ve Annelik ve Bebek Bakım veri tabanlarında gerçekleştirilmiştir. Eylül 2018'de sistematik bir taramadan önce çalışmanın amacını, anahtar kelimeleri ve dahil etme/hariç tutma kriterlerini belirledik. Ovid MEDLINE (R), Ovid Nursing, PsycINFO, Cinahl, Trials (Cochrane Library), Annelik ve Bebek Bakımı, Akademik, Scopus ve Web of Science veri tabanları dahil edilmiştir. Anahtar kelimeler, ebelik modellerini ve bakımını tanımlamak için kullanılan çeşitli terimleri içermiştir. Dil İngilizce, Danca, Fransızca, Almanca, İzlandaca ve Norveççe yazıları içerecek şekilde sınırlandırılmıştır.

Toplamda 11132 kayıt tespit edilmiştir. Tarama sonuçları bir referans yöneticisi yazılımına (EndNote) aktarılmıştır ve tekrarlar çıkarıldıktan sonra 5449 adet başlık kalmıştır. Bu kayıtlar sistematik derleme yönetim yazılımına aktarıldığında, ilave 55 tekrar eden kayıt daha çıkarılmıştır ve geriye kalan 5394 kayıt başlık ve özet olarak incelenmiştir.

Çalışmaların incelenmesi ve seçimi

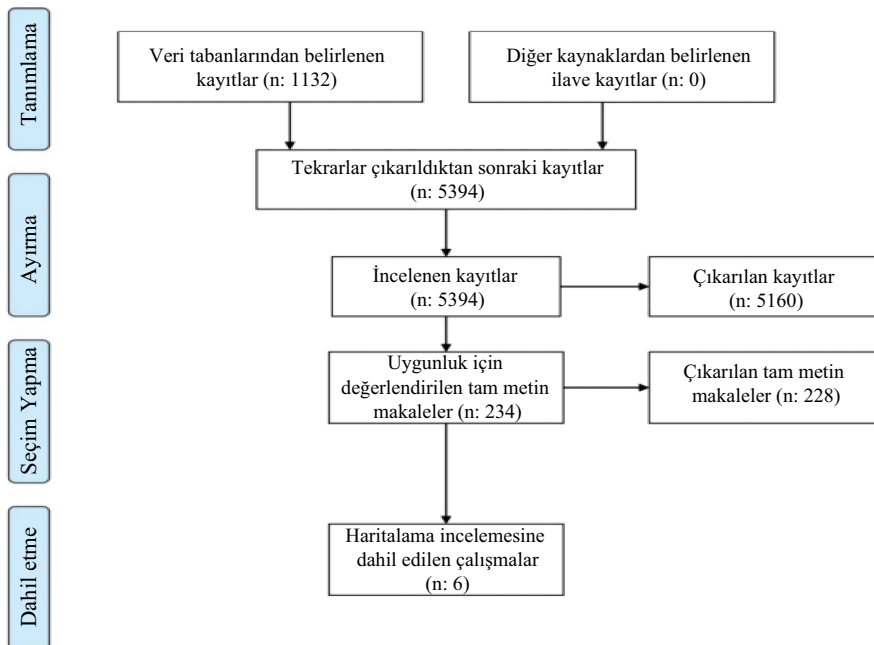
İnceleme süreci derleme yazılım yönetimi Covidence'da yapılmıştır. Başlıklar ve özetler altı yazardan oluşan derleme ekibine randomize edilerek dağıtılmıştır. İnceleme ve seçim süreci

birbirini izleyen iki aşamadan oluşmuştur. Birinci olarak, başlık ve özetler incelenmiştir. Dahil etme ve hariç tutma kriterlerine göre derlemenin amacıyla alakasız 5159 çalışma tespit edilmiştir. İkinci olarak, 234 makale ileri incelemeye tabi tutulmuştur. Bunlar, inceleme ekibi arasında randomize olarak dağıtılmıştır. İki araştırmacı fikir birliği elde etmek için her bir makaleyi, dahil edilmek üzere değerlendirmiştir.

Bu süreç sırasında, makalelerde "model" terimi farklı anlamlarda ve farklı şekillerde kullanıldığı için, uygunluk kriterleri tartışılarak seçim yapılmıştır. Çalışmanın amacına uygun olan çalışmaların arandığı, yalnızca organizasyonel modelleri tanımlayan ya da bakımın uygulamaya konulmasının pratik ayrıntılarını tanımlayan çalışmaları arandığı tekrardan belirtilmiştir. Anlaşmazlıklar üçüncü bir araştırmacıyı dahil ederek ya da tüm ekip ile tartışılarak çözülmüştür. Örneğin, iki önemli makalenin değerlendirmesi ve muhtemel dahil edilmesi hakkında tüm ekibin katıldığı bir tartışma yapılmıştır: QMNC kavramsal çerçevesi ile alakalı Lancet makalesi (Renfrew ve ark., 2014) ve diğer bakım modellerine karşı ebe liderliğindeki sürekli bakım modeli ile alakalı Cochrane derlemesi (Shahhosseini ve ark., 2017). Son seçimde bu iki makalenin de dahil edilmemesine karar verilmiştir. İkisi de ebelik bakımı için teorik bir modelin gelişimini tanımlamadıkları için dışlanmıştır. Birincisi (Renfrew ve ark., 2014), tüm ortamlarda kaliteli annelik ve yenidoğan bakımının nasıl güvence altına alınacağına dair makro düzeyde bir kavramsal çerçeve tanımlamaktadır. Diğeri (Shahhosseini ve ark., 2017), annelik bakım yönetimlerinin farklı yollarının sonuçlarını karşılaştırmaktadır. Tam metin olarak değerlendirilen 234 makalenin 10'u, daha ayrıntılı inceleme için dahil edilme kriterleri doğrultusunda tartışılmıştır. Tartışılan bu 10 makalenin dördü dahil edilme kriterleri açısından dışlanmıştır. Çalışmaların seçim akışı Şekil 1'de gösterilmektedir.

Analiz ve Sentez Aşamaları

Her makaleden yazarlar ve yayın yılı, çalışmanın yeri, modelin adı, modelin amacı, modelin geliştirilmesinin arkasındaki metodoloji, modelin temelini oluşturan felsefi fikirler, modelin üzerine inşa



Şekil 1.

Akış Diyagramı.

edildiği kavramların tanımı, modelin kapsamı ve modelin önerilen kullanımı gibi veriler çıkarılmıştır. Son olarak, modelin bir örneği olup olmadığı not edilmiştir.

Tanımlanan modeller karmaşıklık ve benzerlik açısından analiz edilmiştir. Kannampallil (2011)'e göre, karmaşıklık modelinin kapsamı, bileşenlerin sayısına ve bunların karşılıklı ilişkisine dayalıdır (Kannampallil ve ark., 2011). Karşılıklı ilişki, sistem bileşenlerinin birbirleriyle olan etkisini ifade eder. Modeller çok basitten çok karmaşığa uzanan bir şekilde yerleştirilmiştir. Modellerin temel olarak bakım, ilişkiler, profesyonellik ya da sağlık yönünde olduğu görülmektedir.

Ayrıca, aralarındaki benzerlikleri ve farklılıkları belirlemek için her modelin bileşenleri haritalandırılmıştır. Meta-etnografinin "deyimsel çevirisinden" esinlenerek (Noblit & Hare, 1988) bakış açısı oluşturacak bir referans makalesi seçilmiştir. Her model üzerinde çalışılmıştır. Modellerin bileşenleri, referans makalenin bileşenleriyle aynı şekilde anlaşılıp anlaşılacağı açısından değerlendirilmiştir. Ayrıca yazarların aynı anlamdaki tanımlar için farklı kavramlar kullanıp kullanmadığı da not edilmiştir. Haritadaki önceki modellerin kapsamadığı her yeni kavram için yeni bir not eklenmiştir.

Bulgular

Bulgular genel bir bakış, her modelin kısa açıklaması ve modellerin ilgili bileşenlerinin haritalaması olmak üzere üç bölüm şeklinde sunulmuştur. Aşağıda yer alan sunumda, her modele orijinal makalesine dayalı olarak bir etiket verilmiştir.

Genel Bakış

Dahil edilen altı yayın, altı modeli tanımlamaktadır (parantez içinde etiketler):

1. Ebesi olan kadınlar: Dayanışma modeli (Women-with-midwives) (Fleming, 1998)
2. Örnek ebelik uygulaması: Örnek ebelik uygulama modeli (Exemplar midwifery practice) (Kennedy, 2000)
3. Yüksek risk altında ebelik: Yüksek risk altındaki doğum eylemindeki kadınlar için ebelik bakım modeli: Gerçek insanlara gerçek, samimi ve içten gelen bakım (Midwifery at high risk) (Berg, 2005)
4. Kadın-merkezli Güney Afrika: Kadın merkezli doğum modeli (Woman-centred South Africa) (Maputle, 2010)
5. İyi ebenin önceliği: Ebelik hizmetlerinde iyi ebenin önceliği: Ebelikte profesyonellizmin gelişim teorisi (The primacy of the good midwife) (Halldorsdottir ve ark., 2011)
6. Kadın-merkezli İskandinav: Kadın merkezli doğum bakımının ebelik modeli İsveç ve İzlanda doğum ortamlarında (Woman-centred Nordic:) (Berg ve ark., 2012)

Geliştirilen modellere ilişkin veriler Yeni Zelanda ve İskoçya (Ebesi olan kadınlar) (Fleming, 1998), Amerika Birleşik Devletleri (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000), İsveç (Yüksek risk altında ebelik) (Berg, 2005), Güney Afrika (Kadın merkezli GA) (Maputle, 2010), İsveç ve İzlanda'da (İyi ebenin önceliği) (Halldorsdottir ve ark., 2011) (Kadın merkezli İskandinav) (Berg ve ark., 2012) toplanmıştır. Modeller için tanımlayıcı veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Modelleri geliştirmek için kullanılan yöntemler; gömülü teori (Ebesi olan kadınlar) (Fleming, 1998), Delphi yöntemi (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000), araştırma sentezi (Yüksek risk altında ebelik) (Berg, 2005), nitel tasarım (Kadın merkezli GA) (Maputle, 2010), teori sentezi (İyi ebenin önceliği) (Halldorsdottir

& Karlsdottir, 2011) ve nitel yorumlayıcı tasarım (Kadın merkezli İskandinav) (Berg ve ark., 2012) idi. Modellerin üçü orijinal ampirik verilerden oluşmuştur (Ebesi olan kadınlar) (Fleming, 1998), (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000), (Kadın merkezli GA) (Maputle, 2010), ikisi orijinal çalışmaların ikincil analizleridir (Yüksek risk altında ebelik) (Berg, 2005), (İyi ebenin önceliği) (Halldorsdottir & Karlsdottir 2011) ve bir model, orijinal çalışmaların ikincil analizi ve ardından doğrulama testi (Kadın merkezli İskandinav) (Berg ve ark., 2012) ile geliştirilmiştir.

Karmaşıklık açısından çok basitten, çok karmaşığa değişen bir düzeyde değerlendirilen modellerden biri çok basit (İyi ebenin önceliği) (Halldorsdottir ve ark., 2011) ve ikisi çok karmaşıktı (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000), (Kadın merkezli GA) (Maputle, 2010). Diğer üç model (Ebesi olan kadınlar) (Fleming, 1998) (Yüksek risk altında ebelik) (Berg, 2005), (Kadın merkezli İskandinav) (Berg, 2005), en basit ile en karmaşığa değişen bir sürekliliğin ortasında yer almıştır.

Modellerin özellikleri Tablo 2'de ve modellerin görselleştirmesi Şekil 2-4'te verilmiştir

Altı Modelin Kısa Açıklaması

Model 1: "Ebesi olan kadınlar"

Kadın-ebe ilişkisine yönelik karşılıklı bir dayanışma modelidir. Bu model, Yeni Zelanda ve İskoçya'da gömülü teori yaklaşımı kullanılarak ebe ve kadın arasındaki etkileşimlerin yapılandırılmamış görüşmeleri ve gözlemleri yolu ile toplanan verilere dayalı olarak geliştirilmiştir. Model, sırasıyla kadınları ve ebeleri temsil eden üç çift olarak oluşturulmuş altı ana kategoriden oluşmaktadır: "hazır bulunma-mevcut olma," "destekleme-tamamlama" ve "yansıma-yansıtma." Model, epizodik (dönemsel) olan ve her zaman eşit derecede dengeli olmayan bir ilişkiyi temsil etmektedir. Temel sosyal karşılıklı olma süreci, ebe-danışan ilişkisinin tamamını kapsamaktadır. Modelin görselleştirilmesinde, ebe ve danışanın iki yabancı birey olarak nasıl bulunduğu, epizodik olabilecek, her zaman dengeli olmayan ilişki periyodu olduğu ve ilişkiyi etkileyen bağlamsal faktörlerin olduğu gösterilmektedir (Fleming, 1998) (Şekil 2).

Model 2: "Örnek ebelik uygulaması"

Bu model, üç yönlü kavramsal bir çerçeveden oluşmaktadır. Kadın ve aileler için sağlığa ilişkin bir yönelime ve ebelikte profesyonellizme dayalı olarak geliştirilmiştir. ABD'de örnek ebeler ve ebelerden bakım alan kadınlardan oluşan örneklem ile bir Delphi çalışması gerçekleştirilmiştir. Model, üç boyutta temel bir sıralamayı içermektedir. Birinci boyutun sonucu, "terapötikler," belirli durumdaki kadın ve/veya bebeğin optimal sağlığa sahip olmasıdır. İkinci boyutun sonucu, "bakım," kadının ve ailenin saygılı ve güçlendirici sağlık bakımı ve doğum deneyimine sahip olmasıdır. Üçüncü boyutun sonucu, "profesyonel ebelik," ebelik mesleğinin gelişmesidir. Bu üç boyut ve sonuçları, ebelerin niteliklerinin ve özelliklerinin merkezinde bir daireye yerleşmiştir (Kennedy, 2000) (Şekil 2).

Model 3: "Yüksek risk altında ebelik"

Bu model bakım uygulamasına odaklıdır. Doğum sürecinde yüksek risk altında olan kadınlar için ideal ebelik bakımını, neyin oluşturduğunu tanımlamaktadır. Bu model İsveç'te yazarın birincil araştırmacı olarak görev yaptığı ikisi kadınlarla ve biri ebelerle yapılan üç fenomenolojik çalışmanın sentezi yoluyla geliştirilmiştir. Modelin özünü "Gerçek insanlara gerçek, samimi ve içten gelen bakım" oluşturmaktadır. Model "haysiyet-koruyucu

Tablo 1.
Dahil Edilen Modellerin Açıklayıcı Verileri

Modelin Adı	Yazar (yılı)	Ülke	Modelin amacı ve kapsamı	Modelin geliştirilmesi için metod ve veri kaynakları	Modeli destekleyen felsefi fikirler veya profesyonel bilgi
Ebesi olan kadınlar: Dayanışma modeli	Fleming (1998)	Yeni Zelanda ve İskoçya	Amaç: Ebelik uygulamasına yönelik araştırmaya dayalı kavramsal bir model geliştirmek Kapsam: Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem	Gömülü teori yaklaşımı. Veri Toplama: Ebe ve kadın arasındaki etkileşimlerin yapılandırılmamış görüşme ve gözlemleri. Katılımcılar: 250 ebe ve 219 danışan. Birincil veri kaynakları	Tıbbi doğum modelinin reddi
Örnek ebelik uygulaması: Bir delphi çalışmasının sonuçları	Kennedy (2000)	Amerika Birleşik Devletleri	Amaç: Örnek ebelik uygulamalarını tanımlamak Kapsam: gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem	Delphi yöntemi 52 ebe ve 61 bu ebelerden bakım alan kadından oluşan bir örneklem içermektedir. Birincil veri kaynakları	Eleştirel ve feminist teoriler
Yüksek risk altındaki doğum sürecindeki kadınlar için ebelik bakım modeli: Gerçek insanlara gerçek, samimi ve içten gelen bakım	Berg (2005)	İsveç	Amaç: Doğum sürecinde yüksek risk altında olan kadınlar için ideal ebelik bakımı tanımlamak Kapsam: Yüksek risk altında olan kadınlar için ebelik bakımı	Üç nitel görüşme çalışması sentezi gerçekleştirildi. Bunlardan ikisi kadınların karmaşık doğum deneyimlerini ve biri ebelerin yüksek riskli kadınlara bakım deneyimlerini bildirmiştir. İkincil veri kaynakları	Normal süreçte doğum
Kadın merkezli doğum modeli: Kadın merkezli GA	Maputle (2010)	Güney Afrika	Amaç: Doğum sırasında karşılıklı katılımın kolaylaştırılmasında ebelere yardımcı olmak için kullanılacak "kadın merkezli" doğum modeli geliştirmek Kapsam: Doğum	Doğumdan sonraki 24 saat içinde 24 anne ve 12 ebe ile yapılan görüşmeler, katılımcı gözlemleri ve yapılandırılmamış görüşmeyi kapsayan nitel bir tasarım. Birincil veri kaynakları	Güçlendirme ve eşitlikçilik
Ebelik hizmetlerinde iyi ebenin önceliği: Ebelikte profesyonelizmin gelişim teorisi	Halldorsdottir & Karlsdottir (2011)	İzlanda	Amaç: Ebenin profesyonelliğine vurgu yaparak doğum sürecinde kadının güçlendirilmesi üzerine bir teori oluşturmak Kapsam: Doğum süreci	Walker ve Avant'a (2004) göre teori sentezi üç adımdan oluşur. Ebelik ve sağlık hizmetlerinin danışanları olarak kadınların deneyimleriyle ilgili dokuz araştırma, çalışmanın temelini oluşturmuştur. İkincil veri kaynakları	Yetersiz
Kadın merkezli doğum bakımının ebelik modeli: İsveç ve İzlanda doğum ortamlarında	Berg ve ark. (2012)	İsveç ve İzlanda	Amaç: İsveç ve İzlanda'da kadın merkezli doğum bakımı için kanıta dayalı bir ebelik modeli tanımlamak ve geliştirmek Kapsam: Doğum ve doğum sırasında bakım	Daha önce yayınlanmış 12 çalışmadan elde edilen bulgular, sekizi kadınlarla yapılan görüşmelere ve dördü ebelerle yapılan görüşmelere dayanan nitel tasarım kullanılmıştır. İkincil veri kaynakları	Doğum aile içinde gerçekleşen normal bir sosyal olay olarak görülür.

bir ilişki," "kapsamlı bilgi" ve "doğal ve tıbbi perspektifin dengeleyici eylemi" olarak üç bileşeni içermektedir. Her bir bileşen iki ila beş elementi kapsamaktadır (Berg, 2005) (Şekil 3).

Model 4: "Kadın-merkezli GA"

Bu model doğum sırasında karşılıklı katılımın kolaylaştırılmasında ebelere yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Danışma, hizmet standartları, değerlendirme, nezaket, bilgi, açıklık ve şeffaflık olan "Batho-Pele ilkelerinin" uygulanması için tasarlanmıştır. Niteliksel bir tasarım kullanılmıştır. Veriler, Güney Afrika'da bir hastanede doğum yapan kadınlar ve ebeleri ile yapılan iki görüşme ve gözlem çalışmasından toplanmıştır.

Bu model karmaşıktır. Model güçlü bir şekilde ilişkilere odaklanmaktadır. Kadın merkezli bakım sağlama süreci üç aşamada gerçekleşir:

1. "Bağımlılık aşaması": Anne ve ebe arasındaki sınırlı karşılıklı katılımı ifade edilen aşamadır.

2. "Karşılıklı bağımlılık aşaması": Karşılıklı katılımı kolaylaştırmaya yönelik stratejileri, kapsayıcı prosedürleri ve dinamikleri içeren aşamadır.
3. "Bağımsızlık aşaması": Bakımın sonuçlarına odaklanan aşamadır.

Doğum ünitesi ve çocuk bağlamında mevcut olan aşamalar arasında dinamik bir ilişki bulunmaktadır (Maputle, 2010) (Şekil 3).

Model 5: "İyi ebenin önceliği"

Bu modelde ebenin profesyonelliği merkezedir. Veriler teori sentez yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Dokuz çalışmadan veriler toplanmıştır. Veriler bir ya da daha fazla araştırmacı tarafından analiz edilmiştir. Yapılan analizler bazen de başka araştırmacılar ile işbirliği yapılarak gözden geçirilmiştir. Çalışma İzlanda, İsveç ve Finlandiya'da yürütülmüştür. Orijinal verilerin çoğu (ikincil analiz sonucu olan bir çalışma dışında) İzlanda'da toplanmıştır. Analizin sonucu olarak iyi ebe olmanın profesyonellizmi beş ana unsurdan

Tablo 2. <i>Dahil Edilen Modellerin Özellikleri</i>			
Modelin adı	Modeli oluşturan ana kavramlar	Modelin oryantasyonu	Modelin önerilen kullanımı
Ebesi olan kadınlar: Dayanışma modeli (Fleming, 1998)	Model, sırasıyla kadınları ve ebeleri temsil eden üç çift olarak altı ana kategoriden oluşur: • Hazır bulunma-mevcut olma • Destekleme-tamamlama • Yansıma-yansıtma Bu kategoriler birlikte, “karşılıklılığın” özünü oluşturur.	İlişki odaklı	Model, ebe-danışan ilişkisinin tamamını kapsar. Hem ebelik eğitimi hem de ebelik uygulaması için uygulanabilirliği vardır
Örnek ebelik uygulaması: Bir delphi çalışmasının sonuçları (Kennedy, 2000)	Model, üç yönlü kavramsal çerçeveden oluşur: Terapötikler • Sonuç: Verildiği durumdaki kadın ve/veya bebeğin optimum sağlığı Bakım • Sonuç: Kadın ve ailesinin sağlık bakımı ya da saygılı ve güçlendirici doğum deneyimine sahip olma Profesyonel ebelik • Sonuç: Ebelik mesleğinin gelişmesi	Sağlık-odaklı Profesyonizm-yönelimli	Model, gelecekteki araştırmalar için bir yapı sağlar.
Yüksek risk altında doğum sürecindeki kadınlar için ebelik bakım modeli: Gerçek insanlara gerçek, samimi ve içten gelen bakım (Berg, 2005)	Genel yapısı üç bileşenden oluşur ve her bileşen birkaç unsur içerir: Haysiyet-koruyucu ilişki • Karşılıklılık/güven/devam eden bir diyalog/ortak sorumluluk/sürekli hazır bulunma Kapsamlı bilgi • Kendine karşı samimiyet/teorik bilgi/pratik bilgi/sezgisel bilgi/yansıtıcı bilgi Doğal ve tıbbi perspektifin dengeleyici eylemi • Normallliği destekleme/gerçek olana duyarlılık gösterme	İlişki odaklı	Model, karşılıklı katılım ve sorumluluk paylaşımını, bilgi paylaşımını ve yetkilendirme fırsatlarının yaratılmasını, açık iletişim ve dinlemeyi, uyumlu ebelik uygulamalarını ve doğum sırasında personel ve ekipman altyapısının en üst düzeye çıkarılmasını kolaylaştıracak kadın merkezli bakım sunumunu geliştirmeyi amaçlamaktadır.
Kadın merkezli doğum modeli: Kadın merkezli GA (Maputle, 2010)	Doğum sırasında kadın-merkezli bakım sağlama süreci üç aşamada gerçekleşir: • 1. Aşama (bağımlılık aşaması) karşılaşmadaki farklılıkları ve benzerlikleri tanımlar • 2. Aşama (karşılıklı bağımlılık aşaması) kolaylaştırmayı geliştirmeye yönelik stratejileri açıklar • 3. Aşama (bağımsızlık aşaması) saygılı ilişki, eşitlik, güç paylaşımı ve sorumluluk, ortaklık, bilgi ve karar alma ve diyalog sağlamayı kapsar	İlişki odaklı	Model, karşılıklı katılım ve sorumluluk paylaşımını, bilgi paylaşımını ve yetkilendirme fırsatlarının yaratılmasını, açık iletişim ve dinlemeyi, uyumlu ebelik uygulamalarını ve doğum sırasında personel ve ekipman altyapısının en üst düzeye çıkarılmasını kolaylaştıracak kadın merkezli bakım sunumunu geliştirmeyi amaçlamaktadır.
Ebelik hizmetlerinde iyi ebenin önceliği: Ebelikte profesyonelizmin gelişim teorisi (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011)	İyi ebe olmanın profesyonellizmi beş ana unsurdan oluşur: • Ebenin profesyonel bakımı • Ebenin profesyonel yeterliliği • Ebenin gelişimi • Ebenin kişilerarası yeterliliği • Ebenin profesyonel bilgeligi	Meslek odaklı	Modelin ebelik eğitimi ve uygulaması için sonuçları var.
Kadın merkezli doğum bakımının ebelik modeli- İsveç ve İzlanda doğum ortamlarında (Berg ve ark., 2012)	Ana bileşenleri iç içe geçmiş beş temadan oluşur. Üçü merkezi ve ikisi temayla çevrilidir. Merkezi temalar: <i>Karşılıklı bir ilişki</i> • Hazır bulunma/onaylama/geçerlilik/katılım <i>Doğum atmosferi</i> • Sakinlik/güven/güçlendirme/normallliği destekleme <i>Temel bilgi</i> • Kadına ilişkin bilgi/kapsamlı bilgi/farklı bilgi türleri Temayla çevrili temalar: Kadın merkezli bakımı kolaylaştırmayı teşvik eden ve engelleyen normları içeren kültürel yapı ve dengeleme eylemi	Bakım odaklı	Model, genel olarak ebelik bakımına ve gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım süresince uygulanabilir. Model, günlük ebelik uygulaması için bir rehber olarak kullanılabilir. Model ebelik uygulaması, eğitimi, yönetimi ve araştırması için geniş bir teorik çerçeve fonksiyonu görebilir.

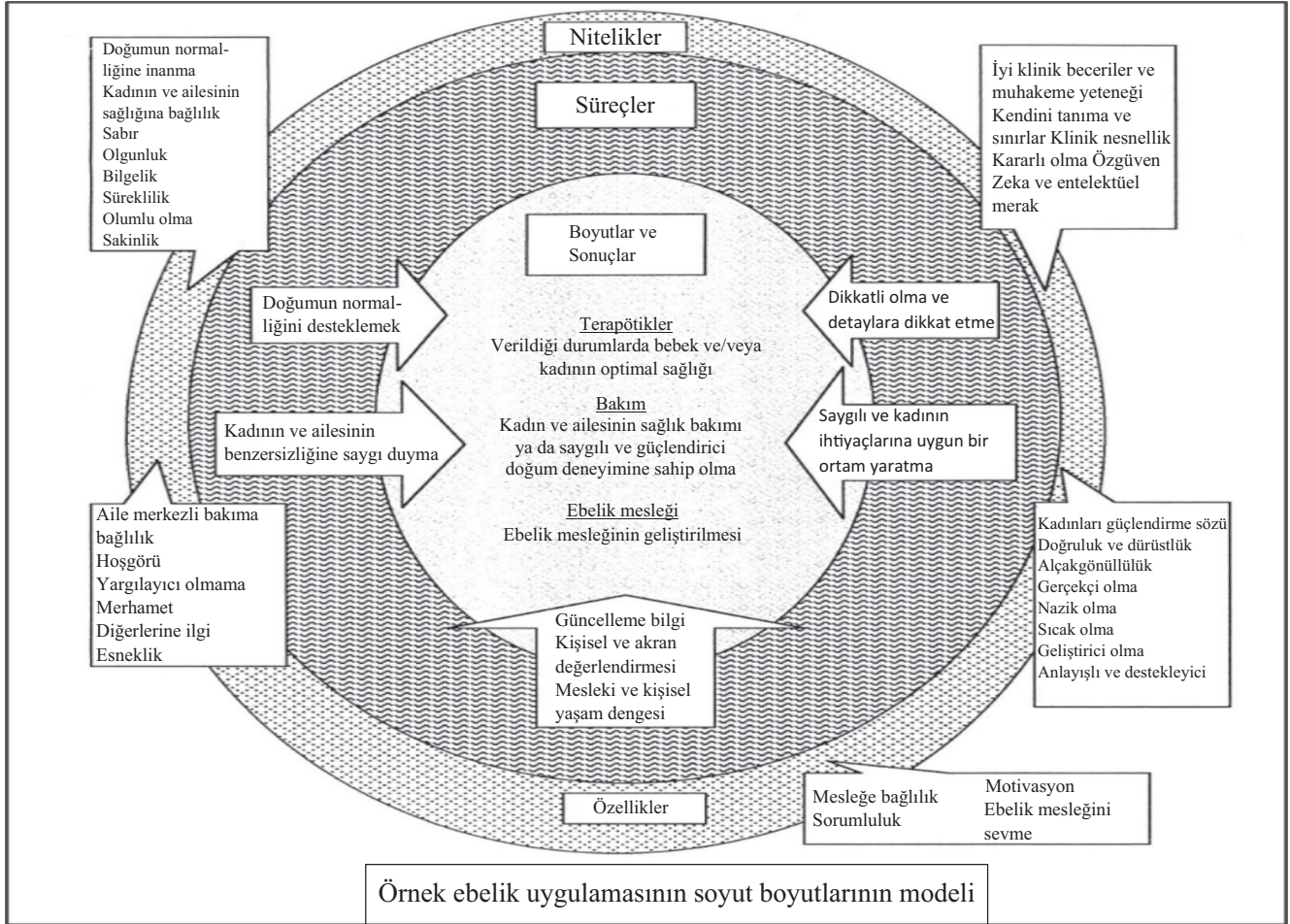
oluşmaktadır. Bunlar “ebenin profesyonel bakımı,” “ebenin profesyonel yeterliliği,” “ebenin kişilerarası yeterliliği,” “ebenin gelişimi” ve “ebenin profesyonel bilgeliği” dir (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011) (Şekil 4).

Model 6: “Kadın-merkezli İskandinav”

Bu model, doğum eylemi ve doğum sırasında ebelik bakım uygulamalarına yöneliktir. Bu model sekizi kadınların ve dördü ebelerin doğum deneyimlerine odaklanan 12 görüşme çalışmasının senteziyle geliştirilmiştir. Bu çalışmalar, üç yazarın biri ya da daha fazlası tarafından, çoğunlukla diğer araştırmacılarla

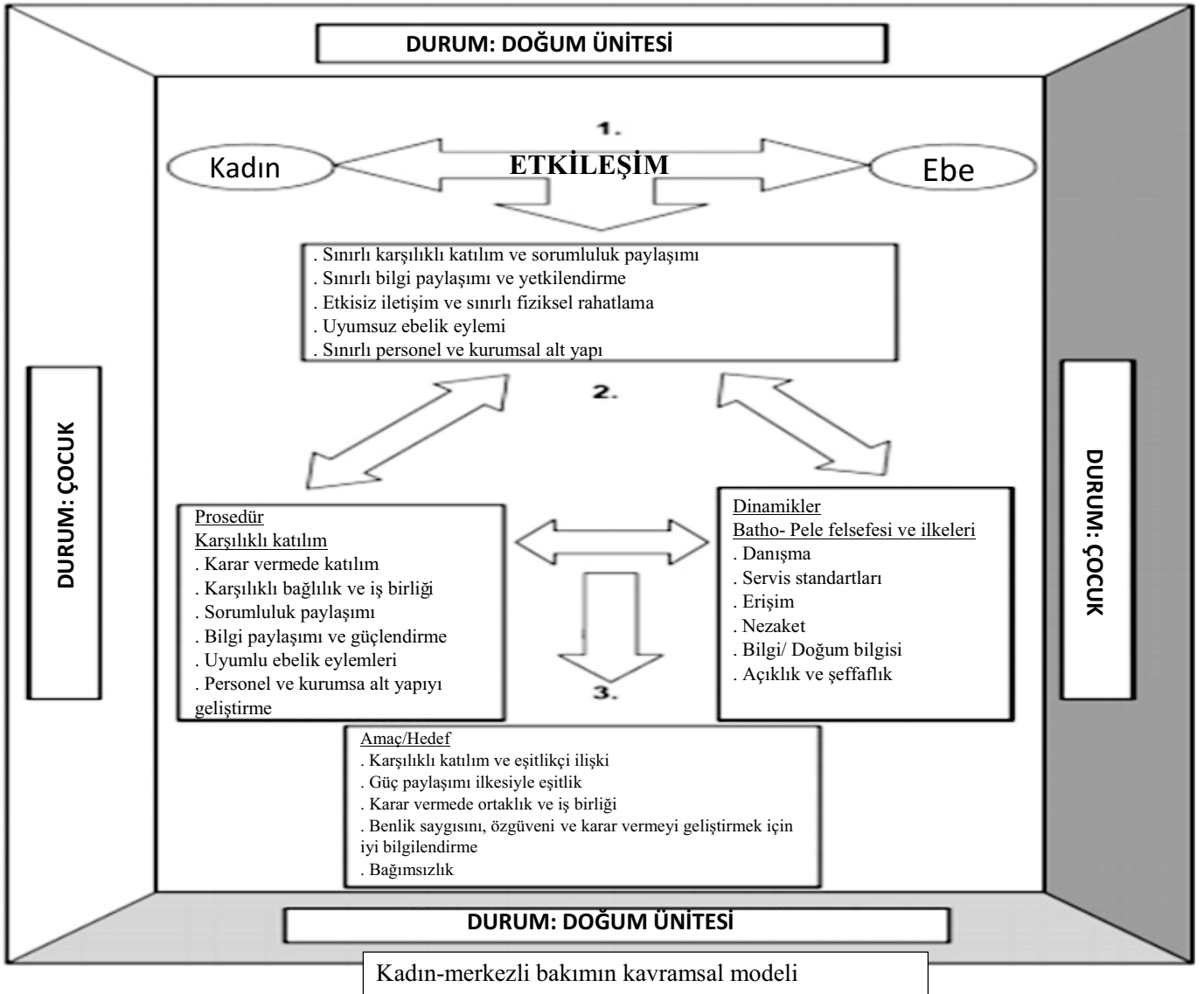
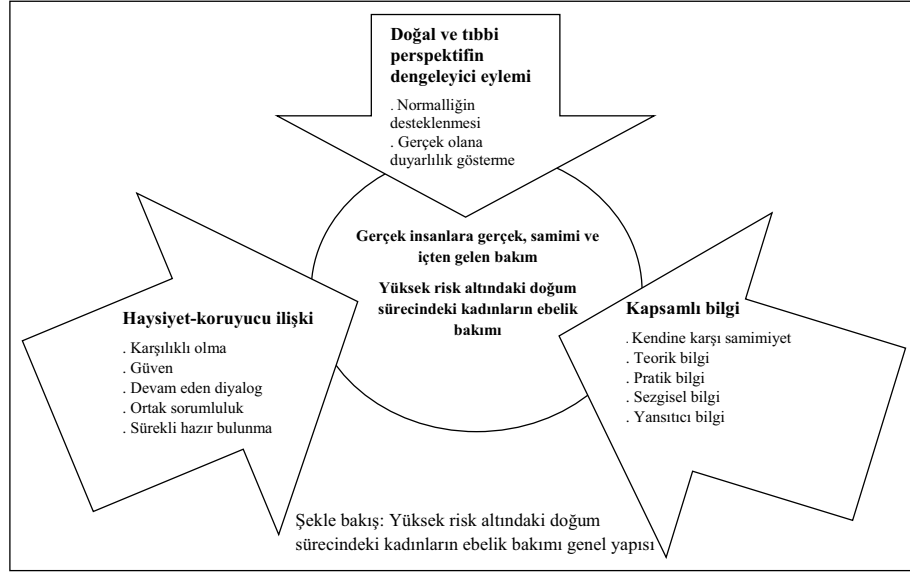
işbirliği içinde yürütülmüştür. Model iç içe geçmiş beş temadan oluşmaktadır. Bu temalardan üçü merkezde ve birbiriyle örtüşüyor durumdadır. Bunlar “karşılıklı ilişki,” “doğum atmosferi” ve “temel bilgi” dir. Bunlar iki temayla çevrilidir.

1. Kültürel yapı: Hem teşvik eden hem de engelleyen normları içeren kültürel ortamda bakımın nasıl gerçekleştiğini açıklayan bakımdır.
2. Dengeleme eylemi: Ebelerin kadına yönelik çabalarında nasıl dengeleyici bir eylemde bulunmaları gerektiğini açıklayan bakımdır (Berg ve ark, 2012) (Şekil 4).



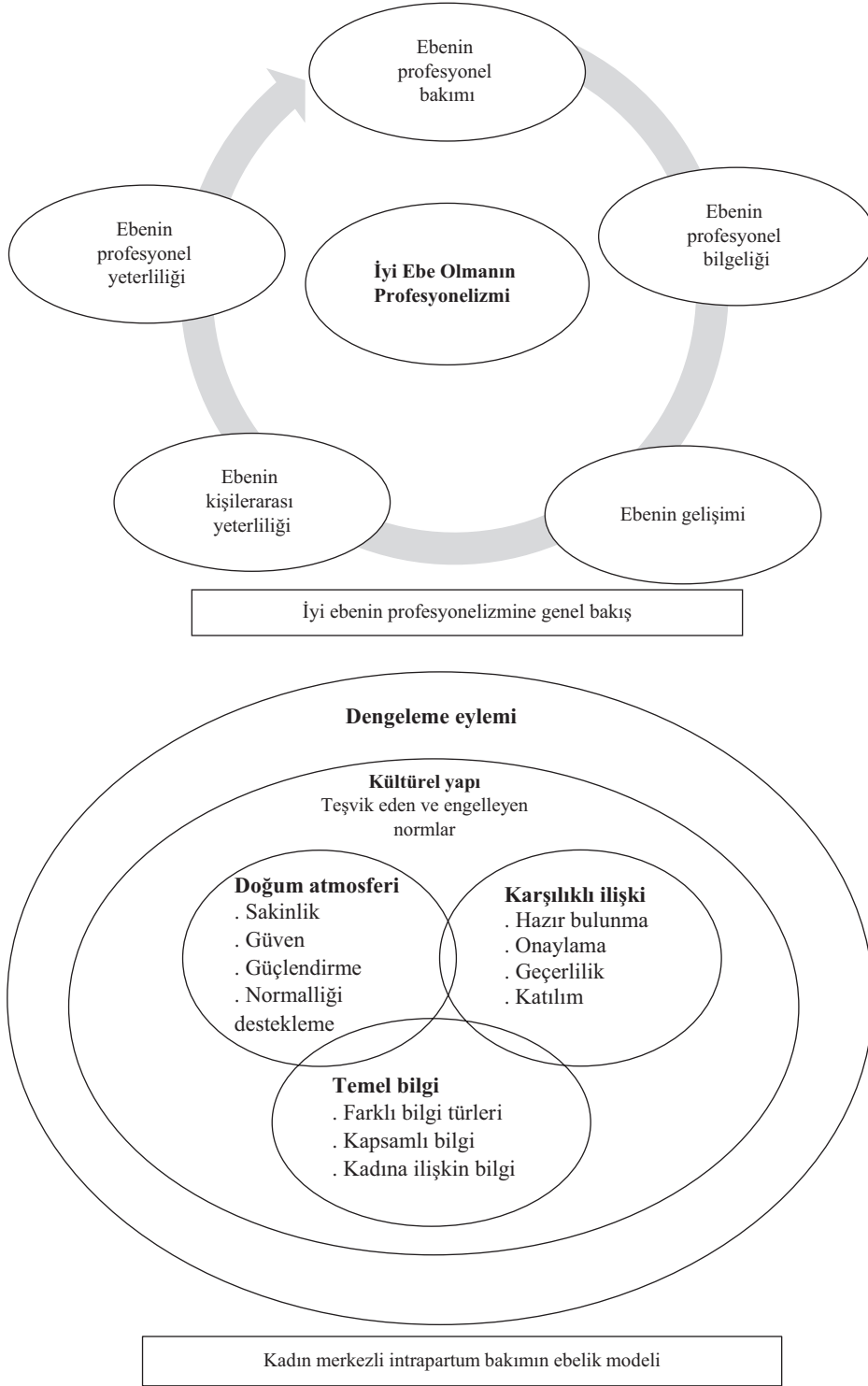
Şekil 2.

Dahil Edilen İki Görsele Genel Bakış (Fleming, 1998; Kennedy, 2000).



Şekil 3.

Dahil Edilen İki Görsel Modele Genel Bakış (Berg, 2005; Maputle, 2010).



Şekil 4.

Dahil Edilen İki Görsel Modele Genel Bakış (Berg ve ark., 2012; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Modellerin bileşenlerinin haritalanması

Benzerlikleri ve farklılıkları belirlemek için her modelin merkezi bileşenlerini haritalandırırken referans model olarak en son yayınlanan model olan "kadın-merkezli doğum bakımının ebelik modeli" (Kadın merkezli İskandinav) (Berg ve ark., 2012) seçilmiştir. Diğer modeller, bu referans modele göre ilgili merkezi kavramlar olarak haritalandırılmıştır. Oluşturulan modelleri tanımlamak için kullanılan bileşenlere verilen adlar değişiklik göstermiştir. Bunun

nedeni analizlerde kullanılan nitel yöntemlerin farklı olması ve bazı modellerin önceden tanımlanmış kavramsal çerçevelerden tümdengimsel olarak geliştirilmiş olmasıdır. Ayrıca, bileşenlerin sayısı, bir satır (Women-with midwives: Ebese olan kadınlar) (Fleming, 1998) ile altı satır (Exemplary midwifery practice: Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000) arasında değişmektedir. Tablo 3, modellerin bileşenlerinin haritalanmasına ilişkin bir yapı ve genel bakış sağlamaktadır.

Tablo 3. <i>Modellerin Bileşenlerinin Haritalanması</i>		
Kadın merkezli doğum bakımının ebelik modeli	Yüksek risk altındaki doğum sürecindeki kadınlar için ebelik bakım modeli: Gerçek insanlara gerçek, samimi ve içten gelen bakım	Ebesi olan kadınlar: Dayanışma Modeli^a
Doğum atmosferi • Sakinlik • Güven • Güçlendirme • Normallığı destekleme	Normali destekleme	
Karşılıklı ilişki • Hazır bulunma • Onaylama • Geçerlilik • Katılım	Haysiyet-koruyucu bir ilişki • Karşılıklılık • Güven • Devam eden bir diyalog • Ortak sorumluluk • Sürekli hazır bulunma	Karşılıklı ilişki • Katılım/hazır bulunma • Destekleyici/tamamlayıcı • Yansıma/yansıma
Temel bilgi • Farklı bilgi türleri • Kapsamlı bilgi • Kadına ilişkin bilgi	Kapsamlı bilgi • Kendine karşı samimiyet • Teorik bilgi • Pratik bilgi • Sezgisel bilgi • Yansıtıcı bilgi	
Teşvik eden ve engelleyen normları içeren kültürel yapı		
Dengeleme eylemi	Doğal ve tıbbi perspektiflerin dengelenmesi • Gerçek olana duyarlılık gösterme	
Ebelik hizmetlerinde iyi ebinin önceliği	Örnek ebelik uygulama modeli^b	Kadın merkezli doğum modeli^c
	S: Saygılı ve kadının ihtiyaçlarını yansıtıcı bir ortam yaratır./Doğumun normallliğini destekler. N ve Ö: Sakinlik/Doğumun normallğine inanma/Sabır/Güven/Klinik objektiflik/Kararlılık	Sınırlı fiziksel rahatlatıcı ölçüm → uyumlu ebelik uygulamaları → karar verme
Ebinin kişilerarası yeterliliği	N ve Ö: Kadınları güçlendirme sorumluluğu	Sınırlı karşılıklı katılım ve sorumluluk paylaşımı → katılımcı karar verme → karşılıklı katılım ve eşitlikçi ilişki Sınırlı bilgi paylaşımı ve güçlendiricilik → bilgi paylaşımı ve güçlendirme → güç paylaşımı ilkesi ile eşitlik Etkisiz iletişim → karşılıklı bağlılık ve iş birliği → ortaklık ve iş birliği
Ebinin profesyonel bilgeliği	Örnek ebelik uygulama modeli^b	Kadın merkezli doğum modeli^c
	S: Bilgiyi günceller. N ve Ö: Olağanüstü klinik beceriler/Muhakeme/ Kendi bilgisi ve sınırları	
Ebinin mesleki yeterliliği Ebinin profesyonel bakımı	B: Bakım ÖS: Kadın ve ailenin saygılı ve güçlendirici sağlık bakımı ya da doğum deneyimi var. S: Kadının ve ailenin benzersizliğine saygı/Dikkatli olma ve detaylara dikkat etme N ve Ö: Kadın ve ailenin sağlığına bağlılık/Alçak gönüllülük/Naziklik/Gerçekçilik/Sıcaklık/Anlayış ve destekleyicilik/Başkalarına ilgi/Aile merkezli bakıma ilgi	
Ebinin gelişimi	B: Ebelik mesleği ÖS: Ebelik mesleğinin geliştirilmesi S: Mesleki ve kişisel yaşam dengesi/Kişisel ve akran değerlendirilmesi N ve Ö: Olgunluk/Bilgelik/Sebat/Olumlu bakış açısı/Mesleğe bağlılık/Hesap verebilirlik /Ebeliği sevmek/Zeka ve entelektüel merak/Dürüstlük ve dürüstlüğüne sahip olma/Motivasyon/Hoşgörü/Yargılayıcı olmama/Merhamet	
	B: Terapötikler ÖS: Verilen durumda kadın ve/veya bebeğin optimum sağlığı	
		Sorumluluk paylaşımı → Bağımsızlık/Benlik saygısı- kendini tanımlama- özgüveni geliştirmek için yeterince bilgilendirilme
		Personel ve ekipman altyapısının sınırlılığı → Personel ve ekipman altyapısının en üst düzeye çıkarma

a. Sırasıyla kadınları ve ebeleri temsil eden üç çift olarak oluşturulmuş bileşenler. b. Bileşenler, önceki sonuçlar (ÖS) ile boyutlar (B), sonuçlara ulaşmak için süreçler (S) ve ebinin nitelik ve özellikleri (N ve Ö) arasında ayrım yapar.c. Bileşenler aşağıdakileri içeren süreçler olarak verilmiştir. Başlangıç noktası → Prosedür → Hedef

Aşağıda, referans model temel alınarak benzerlik ve farklılıkların özeti verilmiştir. Referans modelde tanımlanan bileşenler ile başlanmış olup, referans modelde bulunmayan bileşenler ile bitirilmiştir.

Doğum atmosferi: Bu bileşen ya da bir benzeri, dört modelde belirgindir (Örnek ebelik uygulaması, Yüksek risk altında ebelik, Kadın merkezli GA, Kadın merkezli İskandinav) (Berg, 2005; Berg ve ark., 2012; Kennedy, 2000; Maputle, 2010).

Karşılıklı ilişki: Altı modelin tamamı, kadın ve ebe arasındaki ilişkiye dair bir bileşeni ortaya koymaktadır.

Temel bilgi: Bu bileşen ya da benzer anlam dört modelde mevcuttur (Örnek ebelik uygulaması, Yüksek risk altında ebelik, İyi ebenin önceliği, Kadın merkezli İskandinav) (Berg, 2005; Berg ve ark., 2012; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011; Kennedy, 2000).

Kültürel yapı: Bu bileşen yalnızca referans modelde mevcuttur (Kadın Merkezli İskandinav) (Berg ve ark., 2012).

Dengeleme eylemi: Bu bileşen ya da benzeri, dört modelde belirgindir (Örnek ebelik uygulaması, Yüksek risk altında ebelik, İyi ebenin önceliği, Kadın merkezli İskandinav) (Berg, 2005; Berg ve ark., 2012; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011; Kennedy, 2000). Ebenin gelişimi ve profesyonelliği iki modelde bulunmaktadır (Örnek ebelik uygulaması, İyi ebenin önceliği) (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011; Kennedy, 2000).

Terapötikler: Amacı anne ve bebeğin optimal sağlığı olan sadece bir model mevcuttur (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000).

Bir modelde iki süreçsel kavram belirgindir (Kadın merkezli GA) (Maputle, 2010) Bunlardan ilki kadını bağımsızlığa ve gelişmiş özgüvene götüren sorumluluk paylaşım süreci ikincisi personel ve ekipman alt yapısıdır.

Bileşenlerin haritalanması, yalnızca bir modelin aileden bahsettiğini (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000) ve modellerden hiçbirinin kadının eşinin/partnerinin modelin herhangi bir parçası olarak gösterilmediğini ortaya koymuştur.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı, ebelik bakımı için teorik modeller içeren yayınları belirlemek ve bunlara genel bir bakış sağlamaktır. Aşağıda, dahil edilen modellerin özellikleri, modellerin azlığı ve altta yatan salutojen bakış açısı ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Dahil edilen modeller arasındaki benzerlikler ve farklılıklar

Altı model belirlenmiştir. Birçok özellikler bakımından modeller arasında farklılıklar vardır. Modellerin temelini oluşturan felsefi fikirler, onları geliştirmek için kullanılan metodoloji ve karmaşıklık derecesi gibi farklılıklar sayılabilir. Dahil edilen tüm modellerin ebelik bakımı için kanıta dayalı teorik bir temel oluşturmak amacıyla geliştirilmiş modeller olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu modellerin hiçbirinin daha önce geliştirilmiş ve yayınlanmış ebelik bakım modellerine dayalı olarak geliştirilmediği saptanmıştır. Bununla birlikte, bileşenlerin haritalanması, modellerin içeriği ve kapsamı aralarındaki birçok farklılığı ortaya çıkarmıştır. İlave olarak, bileşenlerin haritalanması benzerlikleri de ortaya çıkarmıştır. Örneğin altı modelin tamamı kadın ve ebe arasındaki ilişkiyi bir bileşen olarak göstermektedir. Analizlerde, modellerin başlıca dört boyuta yönelik olduğu bulunmuştur. Bunlar; sağlık, bakım, ilişkiler ve ebelik mesleğidir.

Belirlenen altı çalışma İsveç, İzlanda, İskoçya, ABD, Yeni Zelanda ve Güney Afrika ülkelerindedir. Bu ülkelerdeki ebelerin rolü ve statüsünün yanı sıra sağlık bakımının yapısı da değişiklik göstermektedir. Bu nedenle modellerin özellikleri de geliştirildikleri ülkeye göre farklılaşabilir (De Vries ve ark., 2013). İskandinav ülkeleri, Yeni Zelanda ve İskoçya'da ebelik, güçlü görünen, ancak bağımsızlığını sürdürmek için mücadele eden bir meslek gibi görünmektedir. Örneğin, annelik bakımının organizasyonu bu ülkelerin bazılarında bölünmüş görünmektedir. Bu da kadınların gebelikleri boyunca genellikle aynı ebe tarafından izlenmesine rağmen, doğum sırasında ve postpartumda başka bir ebe tarafından bakım sağlanabileceği anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, ebelik bakımı için ilişkilere ve ebelik bilgisine vurgu yapmak önemlidir. ABD'de, ülke içinde farklılıklar olmasına rağmen, ebeler genellikle gebelik ve doğum sırasındaki bakımın sadece küçük bir bölümünü sağlamaktadır (Van Teijlingen ve ark., 2008). Bu, model örneğinde vurgulanan bileşenlerin çoğuna dikkat çekerek, Kennedy (1998) tarafından sunulan modelin kapsamlı bir şekilde açıklanmasının nedeni olabilir (Benoit ve ark., 2005). Güney Afrika modeli üçüncü basamak bir hastanede geliştirilmiştir ve merkezde kadını öne çıkarmaktadır. Bu model aynı yazarın kadın-merkezli bakım kavramı analizinin üzerine inşa ettiği bir çalışmadır (Maputle & Hiss, 2013). Modelin geçmişi Güney Afrika'da siyasi bir girişim olan 'Batho-Pele'ye dayanmaktadır. Bu girişim daha iyi hizmet sunumunu temsil etmektedir. Bu, modelin geliştirilme aşamalarının ayrıntılı tanımlanmasını ve özetlediği unsurları açıklayabilir (Maputle, 2010).

Ebe-kadın ilişkisi, altı modelin hepsinde ortak bir odak noktasıdır. İki model özellikle "kadın-merkezli bakımı" öne çıkarmıştır (Berg ve ark., 2012; Maputle, 2010). Kadın-merkezli bakım, bir kavram (Leap, 2009), bir araç, bir çerçeve ve bir felsefe (Fontein Kuipers ve ark., 2018) olarak sunulmuştur. Kadın-merkezli bakım, yüksek kaliteli annelik hizmetleri ile ilişkilidir. Kurumsal dokümanları desteklemektedir. 'Güçlü ebelik, özel odak noktası' dır. Bu nedenle politika dokümanları ve standartları için bir kavramsal çerçeve olarak kullanılmıştır (Fontein Kuipers ve ark., 2018; Leap, 2009). Kadın-merkezli bakım açıkça tanımlanmamıştır. Ancak karşılıklılık, ortak karar verme, bakımın sürekliliği, ilişki ve güçlendirme gibi çeşitli bakım modelleri ve boyutları ile ilişkilendirilmiştir (Fontein Kuipers ve ark., 2018; Leap, 2009). Dolayısıyla bu kavram, dinamik ve karşılıklı ebe-kadın ilişkisiyle yakından bağlantılıdır (Fontein Kuipers ve ark., 2018). Yakın tarihl bir makalede Peters ve arkadaşları ebeliğin anlam ve hedeflerinin hiyerarşik bir modelini geliştirmişlerdir (Peters ve ark., 2020). Bu makale, ebelik bakımının güven temelli bir ilişkiye dayandığını göstermektedir. Ayrıca, ebelerin güvene dayalı bir ilişki kurmak için, bireysel ve kadın-merkezli bakım sağlamaları gerektiğini de raporlamışlardır. Makalede yer alan modellerden sadece ikisi özellikle kadın-merkezli bakım kavramına atıfta bulunsa da (Berg ve ark., 2012; Maputle, 2010), tüm modeller kadın ve ebe arasındaki ikili ilişkiyi göstermektedir. Dahası, modeller kadının özerkliğini desteklemeye ve onu bakım sürecine dahil etmeye odaklanmaktadır. Bu değerler, açıkça kadın-merkezli bakım, salutojen ve doğumun biyopsikososyal modeli ile yakından ilişkilidir (Fontein Kuipers ve ark., 2018). Derlemeye dahil edilen modellerden sadece Kennedy'nin (1998) örnek ebelik uygulaması modeli kadının bebeği, ailesi ya da partneriyle ilgilidir. Leap'in kavram tanımına göre, kadın-merkezli bakım, bebeğin, ailenin ve kadın için önemli olan diğer kişilerin (bu kişiler kadın tarafından tanımlanır) ihtiyaçlarını tanımlamaktadır (Leap, 2009). Leap kadınlar cesaretlendirildiğinde, ailelerini ve toplumlarını güçlendirme potansiyeline sahip olduklarını

savunmaktadır. Bazıları aileye, partnere ve çocuğa yetersiz yönelmenin daha fazla dikkat gerektirdiğini ve bu unsurların teorie dahil edilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (Fontein Kuipers ve ark., 2018; Peters ve ark., 2020). Hatta Carolan ve Hodnett (2007), kadın-merkezli bakım kavramının kadının partnerini ve ailesini dışladığını ifade etmeye çalışmaktadırlar.

Modellerin azlığı

Yalnızca altı çalışmanın dahil edilmeye uygun olduğu bulunmuştur. Bu sayının azlığı, ebeliğin genel olarak çok uzun bir geçmişe sahip olmasına rağmen, annelik bakım alanında araştırma yapma, bilgi ve teori geliştirme söz konusu olduğunda, kısa bir geçmişe sahip olduğu gerçeğiyle ilgili olabilir. Ebelik, uygulamalı işler yapan bir meslek olarak görülmüştür. Avrupa'da ebelik araştırmalarının gelişimi, 1980 ve 1990'larda İngilizce konuşulan ülkelerde (Vermeulen ve ark., 2019) başlamıştır. 2010 gibi geç bir tarihe kadar, "ebelik" terimi ilgili veri tabanlarının çoğunda MeSH ya da konu başlığı bulunmamaktadır (Bryar & Sinclair 2011). Bu durumun nedenlerinden biri, bakımı organize etme yollarının tanımlarının geniş olmamasıdır. Bir diğeri ise, sistematik ve bilimsel gelişmeye dayalı teorik modellerin eksikliği olabilir. Bu eksiklik, Kaliteli Anne ve Yenidoğan Bakımın (QMNC: Quality Maternal and Newborn Care) kavramsal çerçevesinin tanımlanmasından sonra yapılan araştırmalarla öne çıkarılmıştır (Renfrew ve ark., 2014). QMNC kavramsal çerçevesiyle ilişkili olarak ebelerin önderlik ettiği antenatal bakım modellerinin haritalandırılmıştır. Sonuçta ebelerin bakımla ilgili temel değerleri ve felsefeleri yetersiz olduğu rapor edilirken, bakım yönetiminin en iyi tanımlanan bileşeni olduğu rapor edilmiştir (Symon ve ark., 2016). Aynı görüşün yalnızca antenatal bakım modelleri için değil, aynı zamanda annelik dönemi sırasındaki tüm bakım modelleriyle de ilgili olduğuna inanmak kaçınılmazdır.

Sağlığa odaklı olma perspektif

Modellerin birçoğu, doğumla ilgili riskleri engelleyen durumlardan çok sağlığı kolaylaştıran durumlara odaklıdır. Örneğin doğumun normallığı, mevcudiyet, kişilerarası yetkinlikler ve güç paylaşımı ya da güçlenme gibi terimlerin altını çizen modellerin hedeflerinde ve ideallerinde ifade edilmektedir. Bu birkaç örnek (doğumun normallığı), annelik hizmetlerinin tıbbi modellerinde de kısmen belirtilmektedir. Sağlığı kolaylaştırma, sınırları belirlenmiş riskleri engellemekten daha karmaşık bir görevdir. Modeller bu görevi yansıtmıyor gibi görünmektedir. Tüm modeller çok yönlüdür. Modeller tek yönlü olma eğiliminde olup riskten kaçınmak yerine, bakım modelindeki karmaşıklığı dahil etmeye çalışmaktadırlar (Conrad, 2007). Bu "hiçbir şeyi iyi yapmama sanatını" vurgulayan Kennedy (1998) örneğindeki gibi, birçok çalışmada da detaylandırılmıştır (Kennedy, 1998). Lancet'in anne sağlığı ile ilgili serilerinde (Cesciha & Horton, 2016)) de karşılaştırılabilir bir ifade olarak karşımıza çıkmaktadır. Lancet iyi kaliteli annelik bakımının "ne çok fazla, ne de çok az, ne çok erken, ne de çok geç" olması gerektiğini vurgulamaktadır (Miller ve ark., 2016). Bu nedenle, modellerin gelişiminin altında başlıca sağlığa odaklı yaklaşım eğiliminin var olduğu görünmektedir (Lindstrom ve ark., 2017). Bu, doğrusal bir süreç olarak sağlık bakım sisteminde yaklaşımların üstesinden gelen karmaşıklık teorisi ile uyumludur. Karmaşıklık teorisinin taksonomisi, belirli tekniklerin ve prosedürlerin geniş çapta nasıl benimsendiğini daha iyi anlamak için geliştirilmiştir (Nieuwenhuijze ve ark, 2015).

Metodolojik varsayımlar

Bu derleme geniş kapsamlıdır. Derleme, bakım ya da hizmet sağlamaya yönelik modelleri dahil edip sadece genel bir bakış

sunmamıştır. Bilimsel ve sistematik bir şekilde geliştirilen ebelik bakımı teorik modellerinin haritalandırılması amaçlanmıştır. Ebelik bakımı modellerini tanımlamak için kullanılan farklı terimlerin anlamları konusunda bir fikir birliği olmadığı için literatür taramaları kapsamlı gerçekleştirilmiştir. Deneyimli bir kütüphanecinin rehberliğinde kapsamlı bir şekilde literatür taraması yapılmıştır. Buna rağmen, tarama terimlerinin seçimi ve dahil edilme kriterleri karşılamamış olabilir. Dokuz veri tabanının kullanılması, geniş bir makale listesi sağlamıştır. Gri literatür eklenmemiştir. İlave makale için elle dergi araması yapılmamıştır. Ancak çalışmaya dahil edilen makalelerin referans listeleri taranmıştır.

Dört farklı ülkede ikamet eden bir grup araştırmacı olarak, tarama sürecinde verimli ve eşzamanlı çalışma sağlanabilmesi için referans yönetim yazılımından faydalanılmıştır. Yazılım programının tam metin incelemesinden önce sadece bir taramaya izin vermesi ve uygunluk kriterlerinin seçim sürecinde belirlenmesi çalışmanın güçlükleri arasında sayılabilir. Yazarlardan biri (MB) dahil edilen iki makalenin ilk yazarıdır. Tarama sürecinde etkilenme olmaması için ekibin diğer üyelerinin bu iki belge hakkında kararlar almasını sağlayacak şekilde düzenleme yapılmıştır.

Ön yargılarımızın araştırmayı etkileyebilme olasılığı bulunmaktadır. Bias riskini azaltmaya yönelik olarak, analiz işbirliği içinde gerçekleştirilmiştir. Modelin anlaşılması zor olan kavramları ya da bölümleriyle ilgili olarak tartışmalar sağlanmıştır.

Haritalama derlemeleri genellikle kalite değerlendirme sürecini içermemektedir. Sonuç olarak, dahil edilen makaleler değerlendirilmemiş ya da puanlanmamıştır. Ancak makalelerin kalitesi bir dereceye kadar farklılık göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın amacı, ebelik bakımı için teorik modeller içeren yayınları belirlemek ve bunlara genel bir bakış sağlamaktır. Tarama, değerlendirme, sentez ve analizden oluşan dört ana aşama aracılığıyla kavram yapısı sistematik olarak belirlenmiştir. İsveç, İzlanda, İskoçya, ABD, Yeni Zelanda ve Güney Afrika kaynaklı altı model çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilen modeller hem ortak hem de farklı içeriklerinden oluşmaktadır. Tüm modellerde öne çıkan en belirgin özellik kadın ve ebe arasındaki ilişkidir. Bu özellik, ebelik bakımının bireysel ve kadın-merkezli olması gerektiğine dair ortak bir temele dayalı inanç olarak yorumlanmaktadır. İlave olarak, bakımın risk engellemekten çok sağlığı kolaylaştırmaya yönelik olmasına vurgu yapılmaktadır. Bu bağlamda, model eğilimlerinin salutojenik yaklaşıma yönelik olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, epistemolojik olarak desteklenmeyen bakım yönetim uygulamalarının birçok tanımı mevcuttur. Ancak, epistemolojik olarak ebelik bakımı teorik modelleri ile ilgili veriler yetersizdir. Bunun nedeni, ebelik bakımı alanındaki bilimsel teori-geliştirmenin eksikliği ve bunun yakın tarihliliği bir geçmişe sahip oluşu olabilir. Ebelik, uygulamalı işler yapan bir meslek olarak görülmektedir. Bulgulara ve analize dayalı olarak ebelik mesleğini korumak (sağlığa yönelik olma, kadın ve ilişki merkezli yaklaşımlar gibi) için sağlam bir teorik bilgi tabanına gereksinim bulunmaktadır. Bu nedenle, ebelik bakımı için teorik modellerin geliştirilmesine yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – A.A.T., Z.K.; Tasarım – A.A.T., Z.K.; Denetleme – A.A.T., Z.K.; Kaynaklar – A.A.T., Z.K.; Malzemeler – A.A.T., Z.K.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi – A.A.T., Z.K.; Analiz ve/veya Yorum – A.A.T., Z.K.; Literatür

Taraması – A.A.T., Z.K.; Yazıyı Yazan – A.A.T., Z.K.; Eleştirel İnceleme – A.A.T., Z.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – A.A.T., Z.K.; Design – A.A.T., Z.K.; Supervision – A.A.T., Z.K.; Resources – A.A.T., Z.K.; Materials – A.A.T., Z.K.; Data Collection and/or Processing – A.A.T., Z.K.; Analysis and/or Interpretation – A.A.T., Z.K.; Literature Search – A.A.T., Z.K.; Writing Manuscript – A.A.T., Z.K.; Critical Review – A.A.T., Z.K.; Other – A.A.T., Z.K.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., De Vries, R., & van Teijlingen, E. R. (2005). Understanding the social organisation of maternity care systems: Midwifery as a touchstone. *Sociology of Health and Illness*, 27(6), 722–737. [CrossRef]
- Berg, M. (2005). A midwifery model of care for childbearing women at high risk: Genuine caring in caring for the genuine. *Journal of Perinatal Education*, 14(1), 9–21. [CrossRef]
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2), 79–87. [CrossRef]
- Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review*. Sage.
- Bryar, R. M., & Sinclair, M. (Eds) (2011). *Theory for midwifery practice*. Palgrave Macmillan.
- Bryar, R., & Sinclair, M. (2011). Midwifery theory development. In R. Bryar & M. Sinclair (Eds.), *Theory for midwifery practice*. Palgrave Macmillan.
- Carolan, M., & Hodnett, E. (2007). 'With woman' philosophy: Examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry*, 14(2), 140–152. [CrossRef]
- Ceschia, A., & Horton, R. (2016). Maternal health: Time for a radical reappraisal. *Lancet*, 388(10056), 2064–2066. [CrossRef]
- Church, S., Frith, L., Balaam, M. C., Berg, M., Smith, V., van der Walt, C., & van Teijlingen, E. (2017). *New thinking on improving maternity care: International perspectives*. Pinter & Martin.
- Comaroff, J. (1977). Conflicting paradigms of pregnancy: Managing ambiguity in antenatal encounters. In A. Davis & B. Horobin (Eds.), *Medical encounters: The experience of illness and treatment*. Croom Helm.
- Conrad, P. (2020). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press; 2007. <https://ebookcentral.proquest-com.ezproxy.hioa.no/lib/hioa/detail.action?docID=3318347>.
- Cragin, L. (2004). The theoretical basis for nurse-midwifery practice in the United States: A critical analysis of three theories. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(5), 381–389. [CrossRef]
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(Suppl.), S5–S23. [CrossRef]
- De Vries, R., Nieuwenhuijze, M., Buitendijk, S. E., & Members of Midwifery Science Work Group (2013). What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. *Midwifery*, 29(10), 1122–1128. [CrossRef]
- Fleming, V. E. (1998). Women-with-midwives: A model of interdependence. *Midwifery*, 14(3), 137–143. [CrossRef]
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, 2(May), 5. [CrossRef]
- Gottfredsdóttir, H., Nieuwenhuijze, M., & Frith, L. (2017). Fetal screening in three countries for a complexity theory perspective. In S. Church, L. Frith, M. C. Balaam, et al. (Eds.), *New thinking on maternity care: International perspectives*. Pinter & Martin.
- Gough, D. A., Oliver, S., & Thomas, J. (2017). *An introduction to systematic reviews*. Sage.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108. [CrossRef]
- Halldorsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: An evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806–817. [CrossRef]
- International Confederation of Midwives (2020). Philosophy and model of MidwiferyCare. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitionsfiles/2018/06/eng-philosophy-and-model-ofmidwifery-care.pdf>. Published 2014.
- Kannampallil, T. G., Schauer, G. F., Cohen, T., & Patel, V. L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 44(6), 943–947. [CrossRef]
- Kennedy, H. P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: Results of a delphi study. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45(1), 4–19. [CrossRef]
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S. E., Jefford, E., McFadden, A., Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Sol-tani, H., Speciale, A. M., Stevens, J., Vedam, S., & Renfrew, M. J. (2018). Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*, 45(3), 222–231. [CrossRef]
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: Does it matter? *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12–16. [CrossRef]
- Lindstrom, B., Berg, M., Meier Magistretti, C., Perez-Botella, M., & Downe, S. (2017). The salutogenic approach to maternity care: From theory to practice and research. In S. Church, L. Frith, M. C. Balaam, et al. (Eds.), *New perspectives on improving maternity care: International perspectives*. Pinter & Martin.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220–228. [CrossRef]
- MacKenzie Bryers, H., & van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488–496. [CrossRef]
- Maputle, M. S. (2010). A woman-centred childbirth model. *Health SA Gesondheid*, 15(1), 28–35. [CrossRef]
- Maputle, M. S., & Hiss, D. (2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1): original research. *Curationis*, 36(1), 1–8. [CrossRef]
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciappon, A., Colaci, D., Comande, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Vicky Nogueira Pileggi'nin fotoğrafi, Robinson, N., Kaykayci, M., Paulo Souza, J., Vogel, J. S., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [CrossRef]
- Nieuwenhuijze, M., Downe, S., Gottfredsdóttir, H., Rijnders, M., Du Preez, A., & Vaz Rebelo, P. (2015). Taxonomy for complexity theory in the context of maternity care. *Midwifery*, 31(9), 834–843. [CrossRef]
- Noblit, G., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Sage.
- Nove, A., Hoop-Bender, P. T., Moyo, N. T., & Bokosi, M. (2018). The Midwifery services framework: What is it, and why is it needed? *Midwifery*, 57, 54–58. [CrossRef]
- Peters, M., Kolip, P., & Schäfers, R. (2020). A theory of the aims and objectives of midwifery practice: A theory synthesis. *Midwifery*, 84, 102653. [CrossRef]
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th edn). Wolters Kluwer.

- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384(9948), 1129–1145. [\[CrossRef\]](#)
- 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(4), CD004667. [\[CrossRef\]](#)
- Shahhosseini, Z., Gardeshi, Z. H., Valukolaee, M. H., & Khermandichali, F. Y. (2017). 166: Continuous Midwifery led care compared to other models: An Evidence based journal club (vol. 7, no. Suppl 1). BMJ Publishing Group. [\[CrossRef\]](#)
- Sturmberg, J. P. (2018). Embracing complexity in health and health care—Translating a way of thinking into a way of acting. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(3), 598–599. [\[CrossRef\]](#)
- Sturmberg, J. P., & Martin, C. M. (2009). Complexity and health – Yesterday's traditions, tomorrow's future. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(3), 543–548. [\[CrossRef\]](#)
- Symon, A., Pringle, J., Cheyne, H., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., Lynn, F., McFadden, A., McNeill, J., Renfrew, M. J., Ross-Davie, M., van Teijlingen, E., Whitford, H., & Alderdice, F. (2016). Midwifery-led antenatal care models: Mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 168. [\[CrossRef\]](#)
- ten Hoope-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C. S., Kennedy, H. P., Matthews, Z., McFadden, A., Renfrew, M. J., & Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*, 384(9949), 1226–1235. [\[CrossRef\]](#)
- van Teijlingen, E., Wrede, S., Benoit, C., Sandall, J., & DeVries, R. (2008). Born in the USA: Exceptionalism in maternity care organisation among high-income countries. *Sociological Research Online*, 14(1), 52. [\[CrossRef\]](#)
- Vermeulen, J., Luyben, A., O'Connell, R., Gillen, P., Escuriet, R., & Fleming, V. (2019). Failure or progress?: The current state of the professionalisation of midwifery in Europe. *European Journal of Midwifery*, 3(December), 22. [\[CrossRef\]](#)
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2019). *Strategies for theory construction in nursing*. Pearson.
- Walsh, D. (2008). Promoting normal birth: Weighing the evidence. In S. Downe (Ed.), *Normal childbirth - Evidence and debate*. Churchill Livingstone.
- World Health Organization (2020). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experiences. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Published July 9, 2018.

Extended Abstract

Objective: According to the World Health Organization, midwives are people who provide evidence-based birth care. Midwives are competent in facilitating normalization in this care. There are some theoretical models that reflect the care practices of midwives. However, it is seen that these models are mostly related to maternity care and organizational structure. These models appear to be epistemologically incomplete. Maternity care before pregnancy, pregnancy, childbirth and postpartum and transition to parenthood includes both midwifery models and medical models. This care depends on the practice of different health professionals and the different epistemological statutes that offer scientific practice. Models may need to have epistemology to make care valuable and to make care approaches visible. The purpose of this article is to identify publications on theoretical models in midwifery care and to provide an overview of these publications.

Methods: This study was carried out as a mapping compilation. Maps and categorizes the available literature on a particular subject. It does further compilation and basic research. It is used to identify gaps in the literature. The main types of literature review are classified according to the four critical concepts of Screening, Evaluation, Synthesis and Analysis. The screening phase is comprehensive and systematic. The evaluation phase is limited to the mapping and classification of the available literature, often no quality assessment is available. The synthesis phase focuses on the graphical and tabular visualization of the data. Inclusion and exclusion criteria are predetermined. These criteria have been further developed with the separation process. There is no time limit on scans. The screening strategy was designed and developed with the help of an expert librarian. In May 2018, a comprehensive search was conducted including the keywords midwife/midwifery, model/theory/framework, nursing models/nursing theory, and woman-centered care. The search was conducted in the MEDLINE, CINAHL, and Maternity and Infant Care databases. We determined the study's purpose, keywords, and inclusion/exclusion criteria prior to a systematic search in September 2018. Ovid MEDLINE (R), Ovid Nursing, PsycINFO, Cinahl, Trials (Cochrane Library), Maternity & Baby Care, Academic, Scopus, and Web of Science databases are included. Keywords included various terms used to describe midwifery models and care. The language is restricted to include writing in English, Danish, French, German, Icelandic and Norwegian. In total, 11132 records were identified. The scan results were transferred to a reference manager software (EndNote) and after the duplicates were removed, 5449 titles remained. When these records were imported into the systematic review management software, an additional 55 duplicate records were extracted and the remaining 5394 records were analyzed in title and abstract. The review process was done in the compilation software management Covidence. Titles and abstracts were randomized and distributed to the review team of six authors. From each article, data such as authors and year of publication, place of study, name of the model, purpose of the model, methodology behind the development of the model, philosophical ideas underlying the model, definition of the concepts on which the model was built, scope of the model, and suggested use of the model were extracted. Finally, it is noted whether there is a sample of the model.

Results: Six models from six articles published in different parts of the world were included in the study. The included models were developed using different methodologies (methods). These models have different philosophical underpinnings and some complexity. Some features of these models are similar to each other. The most distinctive feature of these models is the first feature of the midwife-woman relationship, the second being woman-centered, and the third being salutogen in care (focusing on the causes of health). The six publications included describe six models. These; Women with midwives: Women-withmidwives, Exemplary midwifery practice: Exemplar midwifery practice, High-risk midwifery: Midwifery care model for women in high-risk labor: Real, sincere and heartfelt to real people Midwifery at high risk, Woman-centred South Africa: Woman-centred birth model (Woman-centred South Africa), Priority of good midwife: Priority of good midwife in midwifery services: The primacy of the good midwife in midwifery Scandinavian-centered: The midwifery model of female-centred maternity care is defined as the Swedish and Icelandic birth settings (Womancentred Nordic).

Conclusion: There are differences between models in terms of many features. There are differences such as the philosophical ideas that form the basis of the models, the methodology used to develop them, and the degree of complexity. All included models were found to be models developed to provide an evidence-based theoretical basis for midwifery care. In addition, it was determined that none of these models were developed based on previously developed and published midwifery care models. However, the mapping of components, the content and scope of the models has revealed many differences between them. In addition, the mapping of the components revealed similarities. For example, all six models show the relationship between woman and midwife as a component. In the analyzes, it was found that the models were for four main dimensions. These; health, care, relationships and midwifery profession. The midwife-woman relationship is a common focus in all six models. Only six studies were found to be eligible for inclusion. The low number may be related to the fact that midwifery in general has a very long history, but a short history when it comes to research, knowledge and theory development in the field of maternity care. As a result, there are many definitions of care management practices that are not epistemologically supported. However, epistemologically, data on theoretical models of midwifery care are insufficient. This may be due to the lack of scientific theory development in the field of midwifery care and its recent history. Midwifery is seen as a profession that does practical work. A solid theoretical knowledge base is needed to protect the midwifery profession (such as health-oriented, woman- and relationship-centered approaches) based on findings and analysis. Therefore, more research is needed to develop theoretical models for midwifery care.