

İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ★ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETİ TASARIMINDA SEZARYEN DOĞUM DENEYİMİ
ÜZERİNDEN BÜTÜNCÜL YOLCULUK HARİTALAMA YÖNTEMİ ÖNERİSİ**

DOKTORA TEZİ

Hatice Kübra YILDIZ

Endüstriyel Tasarım Anabilim Dalı

Endüstriyel Tasarım Programı

AĞUSTOS 2024

İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ★ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETİ TASARIMINDA SEZARYEN DOĞUM DENEYİMİ
ÜZERİNDEN BÜTÜNCÜL YOLCULUK HARİTALAMA YÖNTEMİ ÖNERİSİ**

DOKTORA TEZİ

**Hatice Kübra YILDIZ
(502162904)**

Endüstriyel Tasarım Anabilim Dalı

Endüstriyel Tasarım Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülname TURAN

AĞUSTOS 2024

ISTANBUL TECHNICAL UNIVERSITY ★ GRADUATE SCHOOL

**SUGGESTION FOR A HOLISTIC JOURNEY MAPPING METHOD BASED ON
THE EXPERIENCE OF CAESAREAN SECTION IN HEALTHCARE SERVICE
DESIGN**

Ph.D. THESIS

**Hatice Kübra YILDIZ
(502162904)**

Department of Industrial Design

Industrial Design Programme

Thesis Advisor: Prof. Dr. Gülname TURAN

AUGUST 2024

İTÜ, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nün 502162904 numaralı Doktora Öğrencisi Hatice Kübra YILDIZ, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “SAĞLIK HİZMETİ TASARIMINDA SEZARYEN DOĞUM DENEYİMİ ÜZERİNDEN BÜTÜNCÜL YOLCULUK HARİTALAMA YÖNTEMİ ÖNERİSİ” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : **Prof. Dr. Gülname TURAN**
İstanbul Teknik Üniversitesi

Jüri Üyeleri : **Doç. Dr. Özge ÇELİKOĞLU**
İstanbul Teknik Üniversitesi

Doç. Dr. Abdüsselam Selami ÇİFTER
Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Aysun ATEŞ AKDENİZ
İstanbul Teknik Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Meltem MARALCAN
GÜLMEN
İstanbul Beykent Üniversitesi

Teslim Tarihi : 22 Mayıs 2024
Savunma Tarihi : 15 Ağustos 2024





Aileme,



ÖNSÖZ

İlk olarak bu uzun ve engebeli yolculukta derin bilgi, birikim ve tecrübesiyle bana rehberlik eden; yol gösterici, motive edici ve destekleyici tutumuyla sadece akademik serüvenime değil hayatımın her alanına ışık tutan kıymetli Danışman Hocam Prof. Dr. Gülname TURAN'a minnettarlığımı sunarım. Ayrıca yapıcı eleştiri ve önerileriyle tez ilerleme sürecime sundukları katkıların yanı sıra bu zorlu süreci kolaylaştırıcı tutumlarıyla motivasyonumu artıran değerli Hocalarım Doç. Dr. Özge ÇELİKOĞLU ve Doç. Dr. Abdüsselam Selami ÇİFTER'e çok teşekkür ederim.

Ve bu yolculukta, yeri geldiğinde benimle birlikte uykusuz kalarak tüm stresli anlarımda yanımda olan, her düştüğümde beni yeniden ayağa kaldıran, varlıklarıyla güç bulduğum, maddi ve manevi sonsuz destekleriyle bu hayattaki en büyük şanslarım olan annem Leyla DOLAP'a, babam Enver DOLAP'a, kardeşlerim Esma Zeynep ATAK ve Zehra DÖKMECİ'ye minnettarlığımı iletmek isterim.

Son olarak annelik duygusunu henüz tatmamış bir kadın olarak doğum konusu üzerinden ele aldığımız bu tez çalışması kadın bedeni, ruhu ve gücü konusunda okuduğum, izlediğim ve dinlediğim doğum hikayeleriyle kimi zaman gözlerimi doldururken, kimi zaman da beni cesaretlendirerek akademik serüvenimin yanı sıra kendi içsel yolculuğumda da pek çok şeyi keşfetmemi sağladı. Bu nedenle, beni her anlamda besleyen bu süreçte, hayatlarındaki mucizeyi paylaşarak çalışmama destek olan kıymetli annelere de sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ağustos 2024

Hatice Kübra DOLAP YILDIZ
(Endüstriyel Tasarımcı)



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	ix
İÇİNDEKİLER	xi
KISALTMALAR	xiii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xv
ŞEKİL LİSTESİ.....	xvii
ÖZET.....	xxiii
SUMMARY	xxv
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Tezin Amacı ve Kapsamı	1
1.2 Özgün Değer	6
1.3 Tezin Yapısı	7
2. TEORİK ARKA PLAN	11
2.1 Sağlık Hizmeti Tasarımı.....	11
2.1.1 Sağlık hizmeti tasarımında çok katmanlı kimlik yaklaşımı	13
2.1.2 Sağlık hizmeti deneyimi.....	16
2.1.3 Sağlık hizmeti tasarımında kişi merkezli bakım	18
2.2 Sağlık Hizmeti Tasarımında Yolculuk Haritalama	21
2.2.1 Yolculuk haritaları	21
2.2.1.1 Yolculuk haritalarının yapısı ve temel unsurları.....	24
2.2.1.2 Yolculuk haritası türleri	31
2.2.2 Sağlık hizmeti tasarımında yolculuk haritalarının kullanımı.....	34
2.2.2.1 Sağlık hizmeti tasarımında kullanılan yolculuk haritalarının güçlü yanları.....	38
2.2.2.2 Sağlık hizmeti tasarımında kullanılan yolculuk haritalarının sınırlı yanları.....	40
3. ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ.....	43
3.1 Bağlam	44
3.2 Araştırma Yöntemi	49
4. SAĞLIK HİZMETİ TASARIMI İÇİN BİR YOLCULUK HARİTASI KANVASI	53
4.1 Aşama 1: Yolculuk Haritası Kanvası Yaratmak	53
4.1.1 Temaları oluşturmak için veri toplama: çevrim içi anlatılar.....	53
4.1.1.1 Çevrim içi anlatıların derlenmesi: dijital arşiv taraması	54
4.1.1.2 Çevrim içi anlatıların analizi ve temaların tanımlanması	59
4.1.2 Yolculuk haritası kanvasının prototiplenmesi.....	65
4.1.2.1 Adım 1: arka planı ve ana aktörü anlamak.....	66
4.1.2.2 Adım 2: eksenleri tanımlamak	66
4.1.2.3 Adım 3: içgörü ve fırsatları oluşturmak	68
4.1.2.4 Yolculuk haritası kanvası ve bileşenleri	69
4.2 Aşama 2: Yolculuk Haritası Kanvasını Kullanmak	71

4.2.1 Bileşenlerin doğrulanması: yarı yapılandırılmış görüşmeler	72
4.2.1.1 Görüşmelerin yapılandırılması	72
4.2.1.2 Görüşmelerin analizi ve bileşenleri oluşturan temaların doğrulanması	76
4.2.2 Yolculuk haritası kanvasının kullanılması	83
4.2.2.1 Adım 1: Bakım yolculuğunun ana aşamaları ve alt aşamalarının tanımlanması	84
4.2.2.2 Adım 2: Aktörler ve karşılık bağımlılıkların tanımlanması	91
4.2.2.3 Adım 3: Merceğin haritalanması	99
4.2.2.4 Adım 4: Deneyimin haritalanması	100
4.2.2.5 Adım 5: Ana aktör ile diğer aktörler arasındaki etkileşimin haritalanması	105
4.2.2.6 Adım 6: İçgörü ve fırsatların oluşturulması	110
4.2.2.7 Öneri adım: Haritanın yüksek çözünürlükte görselleştirilmesi	111
4.2.3 Yolculuk haritası kanvası aracılığıyla hizmet prototipleme	113
4.3 Yolculuk Haritası Kanvasının Temsil Yeteneğinin Değerlendirilmesi	120
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	129
5.1 Araştırma Bulgularının Genel Özeti	131
5.2 Araştırmanın Sağlık Hizmeti Tasarımına Yönelik Potansiyel Etkilerinin Değerlendirilmesi	135
5.2.1 Önerilen kanvasın sağlık hizmeti tasarımına olan potansiyel etkileri	135
5.2.2 Araştırma sürecinin sağlık hizmeti tasarımına olan potansiyel etkileri ..	140
5.3 Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Gelecekteki Çalışmalar	142
KAYNAKLAR	145
EKLER	161
EK A: Design in healthcare: using patient journey mapping sertifika programı, doğrulanmış sertifika	162
EK B: Çevrim içi anlatıların linkleri	163
EK C: Çevrim içi anlatıların belge portreleri	164
EK D: Yarı yapılandırılmış görüşme sorularının genişletilmiş versiyonu	194
EK E: Mülakat protokolü	196
EK F: Etik kurul onay belgesi	197
EK G: Mülakat süreciyle ilgili katılımcı bilgilendirme e-postaları	199
EK H: Bilgilendirilmiş onam formu	201
EK I: MAXQDA genişletilmiş kod listesi	203
EK İ: Bölgesel anestezi ile sezaryen doğuma ait bakım yolu aşamalarının bakım yolculuğu aşamalarına dönüştürülmesi	205
EK J: Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular	208
EK K: Olumlu ve olumsuz duyguların açıklamaları	224
EK L: Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilerle oluşturulmuş bir yolculuk haritası örneği	228
EK M: Sağlık hizmeti tasarımı için bütüncül yolculuk haritalama yöntemine ait araçlar	229
ÖZGEÇMİŞ	235

KISALTMALAR

MOOC	: Massive Open Online Courses (Kitlemel Açık Çevrimiçi Ders)
NST	: Non Stress Test (Stressizlik Testi)
SSVD	: Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
NCT	: National Childbirth Trust (Ulusal Doğum Vakfı)
NHS	: National Health Service (Ulusal Sağlık Servisi)
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmeliyeti Enstitüsü)
IQWiG	: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Sağlıkta Kalite ve Etkinlik Enstitüsü)



ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 2.1 : Yolculuk haritalarında kullanılan temel unsurlar.	29
Çizelge 2.2 : Yolculuk haritalarında kullanılan ek katmanlar (Stickdorn ve diğ, 2018'den uyarlanmıştır).....	30
Çizelge 4.1 : Kadınların doğum hikayelerini aktarırken kullandıkları dil ve terminoloji.....	55
Çizelge 4.2 : Çevrim içi anlatıların gruplandırılması.	57
Çizelge 4.3 : Pilot çalışma katılımcılarının bilgileri.....	73
Çizelge 4.4 : Yarı yapılandırılmış görüşmelerin katılımcı bilgileri.....	75
Çizelge 4.5 : Fırsatların ortak temalar altında derlenmesi	115
Çizelge 4.6 : Modelleme araçlarının etkinliğini değerlendirme ilkeleri (McCarthy ve diğ, 2016 ve O'Raghallaigh ve diğ, 2011'den uyarlanmıştır).....	120
Çizelge 4.7 : Yolculuk haritası kanvasının güçlü yanları.	126
Çizelge 4.8 : Yolculuk haritası kanvasının sınırlı yanları.....	127
Çizelge 5.1 : Kanvasın temsil yeteneğine ilişkin değerlendirmeler.	132
Çizelge 5.2 : Sezaryen doğum yapan kadınların gruplandırılması.	137
Çizelge J.1 : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.	208
Çizelge K.1 : Olumlu duyguların açıklaması.	224
Çizelge K.2 : Olumsuz duyguların açıklaması.	227



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.1 :	Tezin yapısı.	9
Şekil 2.1 :	Akut, seçmeli ve kronik bakım ile ilgili çok katmanlı kimlik yaklaşımı (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Moeke ve van Andel, 2017).	15
Şekil 2.2 :	HoC (Heart of the Customer)'ye ait bir yolculuk haritası örneği (Url-2).	25
Şekil 2.3 :	Nielsen Norman Group'un yolculuk haritası kanvası (Görsel Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Kaplan, 2016a).	26
Şekil 2.4 :	SDT (Service Design Tools)'nin yolculuk haritası kanvası (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Url-4).	27
Şekil 2.5 :	This Is Service Design Thinking kitabında Mark Stickdorn ve Jakob Schneider tarafından oluşturulan yolculuk haritası kanvası (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak için bkz. Url-3).	27
Şekil 2.6 :	Custellence yolculuk haritası şablonu (Url-3, şablon için bkz. Url-5).	28
Şekil 2.7 :	Miro yolculuk haritası şablonu (Url-6).	28
Şekil 2.8 :	Sağlık hizmeti sunumuna yönelik yolculuk haritası örneği (Cook, 2017).	34
Şekil 2.9 :	Bir meta hizalama şeması oluşturmak için üç yolculuk haritasının hizalanması (Cook, 2017).	35
Şekil 2.10 :	Bir hasta ve bir hizmet sağlayıcısının deneyimini içeren ikili deneyim haritası örneği (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Parush ve diğ., 2021).	36
Şekil 2.11 :	Sağlık hizmetine yönelik araştırmalarda yolculuk haritalama yönteminin kullanılma sebepleri (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Davies ve diğ., 2023).	37
Şekil 3.1 :	Tezin süreç çerçevesi.	43
Şekil 3.2 :	Bölgesel anestezi ile sezaryen doğuma ait görüntüler (Url-7, 8, 9, 10). ..	44
Şekil 3.3 :	Brigham Kadın Hastanesi'ndeki nazik sezaryen uygulamaları (Linden, 2016).	46
Şekil 3.4 :	Huntsville'deki Crestwood Tıp Merkezi nazik sezaryen çalışmaları (Url-11).	46
Şekil 3.5 :	'Clever Medical Skin to Skin- C-Section Drape' isimli ameliyat örtüsü (Smitth, 2015).	47
Şekil 3.6 :	Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum çalışmalarının değişim süreci.	48
Şekil 3.7 :	Tez çalışmasında kullanılan araştırma yöntemleri.	49
Şekil 3.8 :	Araştırma süreci ve kullanılan yöntemler.	50
Şekil 4.1 :	Çevrim içi platformlarda paylaşılan yazılı ve sözlük kaynaklara ait ekran görüntüleri (Url-13,14,15).	54
Şekil 4.2 :	Metin temelli ve görsel-işitsel temelli çevrim içi anlatılara ait örnekler içeren ekran görüntüleri (Url-15,16).	58

Şekil 4.3 : D1 kodlu çevrim içi anlatının ‘temalar’a ait belge portresi (MAXQDA, 2022).	59
Şekil 4.4 : Temaların çevrim içi anlatılara göre dağılımı (MAXQDA, 2022).	60
Şekil 4.5 : Yolculuk haritası kanvasının ontolojisi.	65
Şekil 4.6 : Nielsen Norman Group tarafından 48 UX Uzmanı ile yapılan anket sonuçları (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Kaplan, 2016b).	68
Şekil 4.7 : Sağlık hizmeti tasarımı için yolculuk haritası kanvası.	70
Şekil 4.8 : Bileşenlerin tanımlanması.	71
Şekil 4.9 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait bakım yolculuğunun ana aşamaları.	72
Şekil 4.10 : Yarı yapılandırılmış görüşme soruları.	74
Şekil 4.11 : Yarı yapılandırılmış görüşme süreci.	75
Şekil 4.12 : Yarı yapılandırılmış görüşmelerin temalara dağılımı (MAXQDA, 2022).	77
Şekil 4.13 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum deneyimi için yolculuk haritası şablonu ve soruların dağılımı.	84
Şekil 4.14 : Adım 1: Bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait bakım yolculuğunun ana ve alt aşamalarının taslak şablona sıralanması.	85
Şekil 4.15 : Bölgesel anestezi altında planlı bir sezaryen doğuma ait bakım yolunun ana ve alt aşamaları.	87
Şekil 4.16 : Bölgesel anestezi altında planlı bir sezaryen doğuma ait bakım yolu ve bakım yolculuğu arasındaki fark.	88
Şekil 4.17 : Bölgesel anestezi altında planlı bir sezaryen doğuma ait bakım yolculuğunun ana ve alt aşamaları.	89
Şekil 4.18 : Bölgesel anestezi altında planlı sezaryen doğuma ait ana aşamalar ve alt aşamalar, güncellenmiş versiyon.	90
Şekil 4.19 : Bölgesel anestezi altında planlanmamış sezaryen doğuma ait ana aşamalar ve alt aşamalar, güncellenmiş versiyon.	90
Şekil 4.20 : D1 kodlu çevrim içi anlatının <i>aşamalar</i> perspektifinden oluşturulmuş belge portresi.	91
Şekil 4.21 : Adım 2: Aktörlerin taslak kanvasa sıralanması.	92
Şekil 4.22 : Sağlık hizmeti bağlamı ve aktörler (Goossens, 2017c’den Türkçe’ye çevrilmiş ve uyarlanmıştır).	93
Şekil 4.23 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait aktörler.	94
Şekil 4.24 : Aktör haritalamak için kullanılan farklı temsiller (Görselin içeriği Türkçe’ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Goossens, 2021b).	95
Şekil 4.25 : Aktör haritalarının farklı temsillerine örnekler (Kleinsmann ve diğ, 2018; akt. Goossens, 2017d; Caprari ve diğ, 2018).	95
Şekil 4.26 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetine ait aktör haritası.	97
Şekil 4.27 : D1 kodlu çevrim içi anlatının <i>aktörler</i> perspektifinden oluşturulmuş belge portresi.	98
Şekil 4.28 : Çevrim içi anlatılardan elde edilen aktörler (MAXQDA, 2022).	99
Şekil 4.29 : Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen aktörler (MAXQDA, 2022).	99
Şekil 4.30 : Adım 3: Merceğin haritalanması (veriler sadeleştirilmiş olup, genişletilmiş hali için bkz. EK L, Şekil L.1).	102
Şekil 4.31 : Adım 4: Deneyimin haritalanması (veriler sadeleştirilmiş olup, genişletilmiş hali için bkz. EK L, Şekil L.1).	103

Şekil 4.32 : Negatif ve pozitif duygular (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Fokkinga ve Desmet, 2022).	104
Şekil 4.33 : Aktörlerin ‘zaman’ faktörü ile ilişkilendirilmesi (Goossens, 2021b)... ..	105
Şekil 4.34 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetindeki insan aktörleri içeren temas noktalarının tanımlanması.	107
Şekil 4.35 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetindeki insan olmayan aktörleri içeren temas noktalarının tanımlanması.	108
Şekil 4.36 : Adım 5: Ana aktör ile diğer aktörler arasındaki etkileşimin haritalanması (veriler sadeleştirilmiş olup, genişletilmiş hali için bkz. EK L, Şekil L.1).	109
Şekil 4.37 : Adım 6: İçgörü ve fırsatların oluşturulması (veriler sadeleştirilmiş olup, genişletilmiş hali için bkz. EK L, Şekil L.1).	112
Şekil 4.38 : Yolculuk haritası kanvası aracılığıyla yeni bir hizmet sunumuna yönelik adımlar.	113
Şekil 4.39 : Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen içgörü ve fırsatların hizalanması.	114
Şekil 4.40 : Fırsatların gruplanması ve optimizasyonu.	116
Şekil 4.41 : Fırsatlara ait gruplandırmalar arasındaki ilişkiler.	117
Şekil 4.42 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait bakım yolculuğunun yeni aşamaların tanımlanması.....	118
Şekil 4.43 : Fırsatların yeni aşamalara yerleştirilmesi ve süreçle uyumlandırılması.	119
Şekil 5.1 : Araştırma süreci ve çıktıları.	130
Şekil 5.2 : Sağlık hizmeti tasarımı için bütüncül yolculuk haritalama yöntemine ait araçlar.....	134
Şekil 5.3 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetini içeren bakım yolculuklarının karşılaştırılması.	136
Şekil A.1 : Design in healthcare: using patient journey mapping sertifika programı, doğrulanmış sertifika.	162
Şekil B.1 : Çevrim içi anlatıların linkleri.	163
Şekil C.1 : D1 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.	164
Şekil C.2 : D2 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.	165
Şekil C.3 : D3 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.	166
Şekil C.4 : D4 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.	167
Şekil C.5 : D5 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.	168
Şekil C.6 : D6 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.	169
Şekil C.7 : D7 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.	170
Şekil C.8 : D8 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler	171
Şekil C.9 : D9 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.	172
Şekil C.10 : D10 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.	173

Şekil C.11 : D11 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	174
Şekil C.12 : D12 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	175
Şekil C.13 : D13 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	176
Şekil C.14 : D14 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	177
Şekil C.15 : D15 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	178
Şekil C.16 : D16 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	179
Şekil C.17 : D17 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	180
Şekil C.18 : D18 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	181
Şekil C.19 : D19 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	182
Şekil C.20 : D20 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	183
Şekil C.21 : D21 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	184
Şekil C.22 : D22 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	185
Şekil C.23 : D23 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	186
Şekil C.24 : D24 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	187
Şekil C.25 : D25 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	188
Şekil C.27 : D27 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	190
Şekil C.28 : D28 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	191
Şekil C.29 : D29 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	192
Şekil C.30 : D30 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.....	193
Şekil D.1 : Yarı yapılandırılmış görüşme sorularının genişletilmiş versiyonu.....	194
Şekil E.1 : Mülakat protokolü.....	196
Şekil F.1 : Etik kurul onay belgesi.	197
Şekil G.1 : Katılımcı bilgilendirme e-postası 1.	199
Şekil G.2 : Katılımcı bilgilendirme e-postası 2.	200
Şekil G.3 : Katılımcı bilgilendirme e-postası 3.	200
Şekil H.1 : Bilgilendirilmiş onam formu.	201
Şekil I.1 : MAXQDA genişletilmiş kod listesi.....	203
Şekil İ.1 : Bakım yolunun bakım yolculuğuna dönüştürülmesi: Hastaneye gidiş... ..	205
Şekil İ.2 : Bakım yolunun bakım yolculuğuna dönüştürülmesi: (b) Preoperatif aşama – 1.....	205

Şekil İ.3 : Bakım yolunun bakım yolculuğuna dönüştürülmesi: Preoperatif aşama – 2.	206
Şekil İ.4 : Bakım yolunun bakım yolculuğuna dönüştürülmesi: İntraoperatif aşama.	206
Şekil İ.5 : Bakım yolunun bakım yolculuğuna dönüştürülmesi: Postoperatif aşama.	207
Şekil L.1 : K1 kodlu katılımcının yolculuk haritası (genişletilmiş versiyon)	228
Şekil M.1 : Sağlık hizmeti tasarımı için yolculuk haritası kanvası.	229
Şekil M.2 : Sağlık hizmeti tasarımı için yolculuk haritası kanvasının bileşenlerinden oluşan Excel şablonu.	230
Şekil M.3 : Temas noktası haritalama şablonu: (a) İnsan Aktörler, (b) İnsan Olmayan Aktörler.	231
Şekil M.4 : İçgörü ve fırsatları hizalama şablonu.....	232
Şekil M.5 : Fırsatlar şablonu.	233
Şekil M.6 : Hizmet prototipleme şablonu.....	234





SAĞLIK HİZMETİ TASARIMINDA SEZARYEN DOĞUM DENEYİMİ ÜZERİNDEN BÜTÜNCÜL YOLCULUK HARİTALAMA YÖNTEMİ ÖNERİSİ

ÖZET

Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan önemli dönüşümlerle birlikte, tıbbi bakım yerini sağlık bakımı olarak bilinen yeni bir paradigmaya bırakmıştır. Anlamdaki bu dönüşümle birlikte sağlık bakımının odağı hasta ve hastalıktan, sağlık hizmeti alan kişinin deneyimlerine, yaşam kalitesinin iyileştirilmesine ve bakım sürecine dahil edilmesine doğru bir eğilim göstermiştir. Sağlık sektöründe tasarımın daha geniş bir rol üstlenmesine yönelik bu değişim, profesyoneller ve sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde etkilemiş; tasarımın sağlık sektöründeki rolü tıbbi cihazların geliştirilmesindeki geleneksel yaklaşımın ötesine geçerek tıbbi hizmetin sunumuna doğru kapsamını genişletmiş ve sağlık uygulamalarının geleceğini şekillendirmede söz sahibi konuma getirmiştir.

Ancak etkili sağlık hizmetleri tasarlamak, sağlık hizmeti bağlamının karmaşık doğası nedeniyle zorlayıcı olabilmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmeti ortamlarında tasarım araştırması yürütmek kolay bir iş değildir ve tasarım araştırmacıları için çeşitli zorluklar bulunmaktadır. Bu zorluklar, hassas durumlarla başa çıkmaktan farklı paydaşlarla ilişkileri yönetmeye kadar uzanmaktadır. Bu nedenle, sağlık alanında çalışan tasarımcılar ve tasarım araştırmacıları, sağlık hizmetlerine yönelik çözümler üretmek için çeşitli yöntemler ve araçlar kullanmaktadır. Bu doğrultuda, yolculuk haritalama yöntemi, bakımdaki boşlukların belirlenmesinden sağlık hizmeti alıcılarının ihtiyaçlarının anlaşılmasına kadar geniş bir yelpazede potansiyele sahiptir ve bakım hizmeti sunumunun bütünsel bir görünümünü sağlamak için giderek daha fazla kullanılmaktadır. Ancak yolculuk haritalarının artan kullanımına rağmen, yöntemi belgeleyen çok az sayıda çalışma vardır ve aracın kullanımına yönelik standardizasyon eksikliği kafa karışıklığına yol açmaktadır. Bu bağlamda, bu tez çalışması, tümevarımsal bir vaka çalışması aracılığıyla sağlık hizmeti tasarımı için bir yolculuk haritası kanvasının oluşturulmasına ve kullanılmasına odaklanmaktadır. Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum vakası üzerinden iki aşamalı olarak yürütülen bu çalışmada, literatür taramasına paralel olarak doğumda mahremiyet ve hijyen faktörlerinin kritik bir önem taşıması sebebiyle çevrimiçi anlatılar ve yarı yapılandırılmış görüşmelerin entegrasyonundan oluşan karma bir araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Temel olarak sağlık hizmeti tasarımı için bir yolculuk haritası kanvasının oluşturulmasını içeren ilk aşamada, çeşitli çevrimiçi platformlarda bölgesel anestezi altında sezaryen doğum yapan kadınların doğum hikayelerine dair bir dijital arşiv taraması yapılarak çevrimiçi anlatılar derlenmiştir. Bu anlatıların tematik analizi yapılarak bir yolculuk haritası kanvasının temel bileşenleri belirlenmiş ve bir yolculuk haritası kanvası prototiplenmiştir.

Oluşturulan kanvasın kullanımına yönelik adımlar içeren ikinci aşamada ise, ilk olarak bir soru seti hazırlanarak bölgesel anestezi altında sezaryen doğum yapan kadınlarla yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerin tematik analizi yapılarak yolculuk haritası kanvasının temel bileşenlerini oluşturan temalar doğrulanmıştır. Temaların doğrulanmasından sonra görüşmelerden elde edilen veriler yolculuk haritası kanvasına işlenerek, kanvasın kullanımına dair adımlar sunulmuştur. Bu adımı takiben, önerilen kanvas aracılığıyla bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetine yönelik yeni bir hizmet prototipi oluşturulmasına yönelik adımları içeren bir öneri seti paylaşılmıştır. Bu çalışmaların ardından ise, kanvasın temsil yeteneği değerlendirilerek çalışmalar tamamlanmıştır.

Yürütülen çalışmalar neticesinde sağlık hizmeti tasarımı için ortaya konan yolculuk haritası kanvası, sadece bir vaka çalışmasına ait bir hizmet sunumunun kapsamlı analizini temsil etmesine rağmen farklı bağlamlarda da kullanılabilme potansiyeliyle tasarımcılara, tasarım araştırmacılarına ve sağlık profesyonellerine bir sağlık hizmeti deneyiminin değerlendirilmesi ve bakımdaki boşlukların belirlenmesi konularında gerekli bilgi ve anlayışı sağlamada yardımcı olması hedeflenmektedir.



SUGGESTION FOR A HOLISTIC JOURNEY MAPPING METHOD BASED ON THE EXPERIENCE OF CAESAREAN SECTION IN HEALTHCARE SERVICE DESIGN

SUMMARY

Medical care has been replaced by a new paradigm known as health care with the significant changes in the health sector in recent years. With this shift in meaning, the focus of healthcare has shifted from the patient and the illness to the experience of the healthcare recipient, improving quality of life and inclusion in the care process. This shift towards a broader role for design in healthcare has had a significant impact on the relationship between professionals and healthcare; the role of design in healthcare has expanded beyond the traditional approach of developing medical devices to the delivery of medical care and has a voice in shaping the future of healthcare practice.

Service design is a person-centred approach that aims to create and improve services by focusing on actual human behaviour in the context in which services are delivered. Healthcare service design is part of a much broader concept that addresses the process of care delivery as well as the experience of the healthcare recipient, and there is considerable evidence that an effective service design approach has many benefits. However, designing effective health services can be challenging due to the complex nature of the health context. However, conducting design research in healthcare settings is not an easy task and there are several challenges for design researchers. These challenges include ethical issues, conducting fieldwork, involving end-users, working with vulnerable groups, time and financial constraints. Therefore, designers and design researchers working in the field of healthcare use different methods and tools to produce solutions for healthcare. In this direction, journey mapping has a wide range of potential, from identifying gaps in care to understanding the needs of healthcare recipients, and is increasingly being used to provide a holistic view of care delivery.

Defined as the visualisation of the process a person goes through to reach a goal, journey maps typically involve the creation of a visual narrative that depicts the multidimensional relationship between a person and a service along a time axis. Although it is a widely used method in service design, its use in the healthcare context is relatively new and is being increasingly adopted. This method, often referred to in the literature as patient journey mapping, provides a visual representation of all the stages an individual goes through in the process of receiving care and their experiences during these stages. It allows the care journey to be visualised on a very large scale, from pre-service to post-service.

The benefits of journey mapping in healthcare service design are many. As a powerful tool for increasing healthcare recipient satisfaction, demonstrating positive health outcomes and improving operational efficiency, journey mapping provides valuable information about a healthcare service. It helps to identify gaps, barriers and opportunities for improvement in service delivery. As well as helping to understand

the current situation, it is also used to plan future processes. Compared to traditional research methods, it promotes a holistic understanding of care by helping to look at the whole picture rather than focusing on individual touch points. It provides a dynamic and multi-dimensional perspective. Through visualisation, it creates a common language between multidisciplinary stakeholders and enables the creation of shared insights. In addition, maps created from the perspective of healthcare recipients empower them in the care process and help providers become more knowledgeable about the process. This in turn strengthens communication between recipients and providers and leads to increased empathy.

In addition to the benefits summarised above, there are some limitations associated with journey mapping in healthcare. In particular, the complex nature of healthcare services and the high number of interdependencies make it difficult to design comprehensive and accessible journey maps. Including all information in the map weakens the readability of journey maps. In addition, as the use of journey maps in healthcare is relatively new, there is no standardisation of the method. As a result, there is considerable variation in the type of map produced and no consistent methodology. The simplified approach of existing journey mapping tools is not suited to the complex nature of healthcare. As a result, although there are some guidelines on how to create a journey map in the user experience field, it is difficult to follow existing guidelines for healthcare design. As a result, there is a lack of understanding of how to map and visualise a healthcare experience.

As a result of the limitations mentioned, although there are many examples where journey mapping can be used to identify gaps in healthcare service delivery, the method has low adoption rates and has become an underutilised tool in the health sector, and there is still confusion about how best to create a journey map. Therefore, there is a need to review, evaluate and disseminate knowledge and implementation strategies for journey mapping in healthcare.

In this context, this thesis focuses on the creation and use of a journey map canvas for healthcare design through an inductive case study, aiming to meet the stated needs and contribute to the gap in the literature. Conducted in two phases through a case study of a caesarean section under regional anaesthesia, this study uses a mixed research methodology, integrating online narratives and semi-structured interviews, as privacy and hygiene factors are critical in childbirth.

Accordingly, a literature review is first presented to support the theoretical background of the thesis. In this section, an overview of healthcare design is presented and then the role of journey mapping in healthcare is discussed. Within the framework of healthcare design, the literature on 'multilayered identity approach, healthcare experience and person-centred care' as well as challenges in healthcare design are presented. In the section on journey mapping in healthcare service design, the basic features of journey maps and the literature on their use in healthcare services are presented.

Following the literature review, the methodology of the thesis, which was conducted with an inductive approach, is presented. In this direction, firstly, the case of caesarean section under regional anaesthesia, which constitutes the contextual framework of the thesis, is explained, secondly, the process design of the research is explained and the methods used are presented.

Following the presentation of the research methodology, the creation of a journey map canvas for healthcare services through a case study and evaluations of the

representativeness of the proposed tool and recommendations for its use are presented. In these studies, which are basically carried out in two stages, the research environments, research methods and procedures of the research process are explained step by step, and the creation of a prototype journey map canvas and the use of the created canvas are explained step by step. These studies are followed by the presentation of a service prototype proposal for the case study of the thesis through the proposed canvas.

In the first stage, which focused on creating a journey map canvas for healthcare design, online narratives were compiled through a digital archive search of birth stories of women who had caesarean section under regional anaesthesia on various online platforms. Through thematic analysis of these narratives, the basic components of a journey map canvas were identified and a journey map canvas was prototyped.

In the second stage, which included the steps for using the canvas, a set of questions was prepared and semi-structured interviews were conducted with women who had had a caesarean section under regional anaesthesia. These interviews were thematically analysed and the themes that form the basic components of the journey map canvas were reviewed. After evaluating the themes, the data from the interviews were processed into the journey map canvas, steps for using the canvas were presented, and its representativeness was evaluated. Then, suggestions are presented for the creation of a new service prototype for caesarean section under regional anaesthesia using the canvas. Finally, the study is concluded by evaluating the representativeness of the proposed canvas.

The final chapter is the conclusion of the thesis. This chapter includes a summary of the main findings of the research, as well as an assessment of the potential implications of the findings on healthcare service design, limitations of the research and recommendations for future research.

Although the journey map canvas for healthcare service design represents a comprehensive analysis of the service delivery of a case study, it has the potential to be used in a variety of contexts and is intended to help designers, design researchers and healthcare professionals gain the knowledge and understanding necessary to evaluate a healthcare experience and identify gaps in care.



1. GİRİŞ

Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan önemli dönüşümlerle birlikte, 1970’lerde kullanılan *tıbbi bakım* terimi, yerini *sağlık bakımı* olarak bilinen yeni bir paradigmaya bırakmıştır (Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007). Anlamdaki bu değişimle birlikte, günümüzde artık sağlık “*yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik durumu*” olarak tanımlanmaktadır (Url-1). Bu doğrultuda ise sağlık hizmetlerinin odağı artık hasta ve hastalık yerine; sağlık hizmeti alıcılarının (Moeke ve van Andel, 2017) deneyimlerine, yaşam kalitelerini yükseltmeye ve bakım alma sürecine katılım sağlamalarına doğru bir eğilim göstermiştir (Ekman ve diğ, 2011). Sağlık sektöründe tasarımın daha geniş bir rol üstlenmesine yönelik bu değişim, profesyoneller ve sağlık hizmetleri arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde etkilemiş (Groeneveld ve diğ, 2018); tasarımın sağlık hizmetlerindeki rolü, tıbbi cihazların geliştirilmesindeki geleneksel yaklaşımının ötesine geçerek tıbbi hizmetin sunumuna doğru kapsamını genişletmiş ve sağlık uygulamalarının geleceğini şekillendirmede söz sahibi olma konumuna getirmiştir (Partridge, 2017).

Bu bağlamda, sağlık hizmeti alanında faaliyet gösteren tasarım ve tasarım araştırmacıları için kapsamlı bir hizmet sunumu geliştirmeye yönelik metotlardan biri olan yolculuk haritalama yöntemine odaklanan bu tez çalışmasının giriş bölümünde ilk olarak tezin amacı ve kapsamı paylaşılmakta; ardından tezin özgün değeri ortaya konarak, tezin genel yapısı sunulmaktadır.

1.1 Tezin Amacı ve Kapsamı

Hizmet tasarımı, hizmetlerin sunulduğu bağlamda gerçek insan davranışlarına odaklanarak hizmetleri oluşturmayı ve iyileştirmeyi amaçlayan kişi merkezli bir yaklaşımdır (Marquez ve Downey, 2015). Sağlık hizmeti tasarımı ise, sağlık hizmeti alıcısının deneyimiyle beraber bakım hizmetinin sunum sürecini de ele alan çok daha geniş bir konseptin parçasıdır ve etkili bir hizmet tasarımı yaklaşımının pek çok faydası olduğunu gösteren önemli miktarda kanıt bulunmaktadır (Lee, 2019). Sağlık

hizmetlerinde sunulan tüm bakım faaliyetleri hizmet karşılaşmalarında veya temas noktalarında gerçekleşmektedir. Bu karşılaşmalarda her bir sağlık hizmeti alıcısı, başta tıbbi personel olmak üzere birçok aktörle etkileşime girerek benzersiz bir deneyim yaşamaktadır. Bu nedenle, performans iyileştirme ve ilgili kısıtlamalarla birlikte sağlık hizmeti alıcısının deneyimlerine odaklanmak, sağlık hizmeti tasarımı ana hedeflerden biri olarak gösterilmektedir (McCarthy ve diğ, 2016).

Bate ve Robert'in (2006, s. 309) ifade ettiği gibi, sağlık hizmetlerinde deneyim, bir bakım alıcısının *"karşılaştığı bir hizmet, süreç veya ürün deneyimi hakkında düşündüğü, hissettiği ve söylediği"* şeydir. Bu nedenle bir sağlık hizmeti süreci tasarlanırken, kişilerin faydalandıkları hizmetle ilgili deneyimlerinin, olası tüm bakım faaliyetleri ve temas noktaları dikkate alınarak bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği ortaya konmaktadır (Lee, 2019). Çünkü sağlık hizmeti alan kişileri aktif olarak dinleyen ve onları karar alma sürecine dahil eden bakım sağlayıcıların daha yüksek memnuniyet puanlarına sahip olduğu ifade edilmektedir (Philpot ve diğ, 2019). Bu nedenle, günümüzde hizmet sağlayıcıları artık bakımı daha etkili bir şekilde sunmanın yollarını aramaktadır (Andreassen ve diğ, 2016). Özellikle de, sağlık hizmetlerinde kişi merkezli bakış açısına geçişle beraber (Price, 2006; Tsekles ve Cooper, 2017), kullanıcı merkezli tasarım yaklaşımlarına ilgi artarak tasarımcılarla daha fazla işbirliği yapma isteği ortaya çıkmıştır (Simonse ve diğ, 2019; Wildevuur, 2017). Ancak, sağlık kurumlarının tasarımcılarla işbirliği yapma isteği olmasına rağmen kültür ve yaklaşımlardaki farklılıklar nedeniyle birçok sınır ve zorluk bulunmaktadır (Reay ve diğ, 2017).

Sağlık hizmetleri bağlamının karmaşık doğası nedeniyle, etkili bakım hizmetleri tasarlamak genellikle zahmetli olmakta (Lee, 2016) ve sağlık hizmetlerine yönelik araştırmalar yapan tasarım araştırmacıları pek çok zorlukla mücadele etmektedir. Bu zorluklar, etik konular, saha çalışması yürütmek, çalışmaya son kullanıcıları dahil etmek, hassas gruplarla çalışmak, zaman ve finansal kısıtlamalar gibi pek çok durumu içermektedir (Groeneveld ve diğ, 2018). Bu doğrultuda, hizmet tasarımı kullanılan araç ve yöntemler bu zorluklara ışık tutarak sağlık hizmetlerine yönelik deneyimlerin nasıl değerlendirilebileceğine dair kanıtlar sunmakta; yolculuk haritaları da bu bağlamda kullanılan araçlardan birine karşılık gelmektedir.

Yolculuk haritaları, *"bir kişinin bir hedefe ulaşmak için geçtiği sürecin görselleştirilmesi"* (Gibbons, 2018) olarak tanımlanmakta ve genellikle birincil bir ana

aktörün deneyimini temsil etmektedir (Alves, 2022). Bu haritalar, kullanıldıkları bağlama bağlı olarak farklı biçimlere sahip olup (Howard, 2014); temelde bir kişi ile bir hizmet arasındaki çok boyutlu ilişkiyi bir zaman eksenini boyunca tasvir eden görsel bir anlatının oluşturulmasını içermektedir (Ly ve diğ., 2021). Hizmet tasarımı yaygın olarak kullanılan bir yöntem olmasına rağmen (Marquez ve diğ., 2015), yolculuk haritalama yaklaşımının sağlık hizmetleri bağlamında kullanımı nispeten yenidir (Philpot ve diğ., 2019) ve giderek daha fazla benimsenmektedir (Sijm-Eeken ve diğ., 2020). Literatürde genellikle 'hasta yolculuğu haritalaması' (Davies ve diğ., 2023) olarak anılan bu yöntem, bir bireyin bakım alma sürecinde geçtiği tüm aşamaların ve bu aşamalar sırasındaki deneyimlerinin görsel bir temsiliyi sağlamaktadır (Sijm-Eeken ve diğ., 2020). Ortaya çıkan görsel araç, bakım yolculuğu boyunca insanların davranışlarını, duygularını, motivasyonlarını ve tutumlarını yakalamak için hem fiziksel hem de duygusal yolculuğu içermekte (McCarthy ve diğ., 2016); bakım yolculuğunun hizmet öncesinden hizmet sonrasına kadar çok geniş bir ölçekte görselleştirilmesine olanak tanımaktadır (Rainer, 2022b).

Sağlık hizmeti tasarımı yolculuk haritalama yönteminin birçok avantajı bulunmakta (Davies ve diğ., 2023) ve sağlık hizmeti karşılaşmalarını yolculuk haritaları şeklinde iletmenin birçok faydası olduğu kabul edilmektedir (Ly ve diğ., 2021). Bu haritalar sağlık hizmeti alıcılarının memnuniyetini artırmak, olumlu sağlık sonuçlarını göstermek (Joseph ve diğ., 2020) ve operasyonel verimliliği artırmak için güçlü bir araçtır (Rainer, 2022b). Bu görsel araç, bir sağlık hizmeti hakkında değerli bilgiler sağlamakta (Simonse ve diğ., 2019) ve bakım sunumundaki boşlukları, engelleri ve iyileştirme fırsatlarını belirlemeye yardımcı olmaktadır (Ly ve diğ., 2021). Bu haritalar mevcut durumu anlamaya yardımcı olmanın yanı sıra gelecekteki süreçleri planlamak için de kullanılmaktadır (Maddox ve diğ., 2019). Geleneksel araştırma yöntemleriyle karşılaştırıldığında, tek tek temas noktalarına odaklanmak yerine resmin bütününe bakmaya yardımcı olarak (Rawson ve diğ., 2013) bütünsel bir bakım anlayışını teşvik etmektedir (Ly ve diğ., 2021). Görselleştirme yoluyla, multidisipliner paydaşlar arasında ortak bir dil oluşturarak (Gibbons, 2018), ortak içgörülerin geliştirilmesini sağlamaktadır (Simonse ve diğ., 2019). Persona ve storyboard gibi bakım aşamalarının aktif olarak haritalanmasını içermeyen araçların aksine (Madathil ve diğ., 2020), daha dinamik ve çok boyutlu bir bakış açısı sağlamaktadır (Howard, 2014). Ayrıca, sağlık hizmeti alıcılarının bakış açısından

oluşturulan haritalar, bakım sağlayıcıların süreç hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarına yardımcı olmaktadır (Joseph ve diğ, 2020). Bu durum da sağlık hizmeti alıcıları ile bakım sağlayıcılar arasındaki iletişimi güçlendirerek (Ly ve diğ, 2021) empatinin artmasına yol açmaktadır (Joseph ve diğ, 2020; McCarthy ve diğ, 2016).

Yukarıda özetlenen avantajların yanı sıra, yolculuk haritaları ile ilgili bazı sınırlamalar da bulunmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı ve çok sayıda karşılıklı bağımlılık nedeniyle kapsamlı ve erişilebilir yolculuk haritaları tasarlamak zor olabilmektedir (Rosenbaum ve diğ, 2017; Maddox ve diğ, 2019). Yolculuk haritalarına tüm bilgilerin dahil edilmesi, veri açısından zengin ancak kalabalık haritaların oluşturulmasına yol açmaktadır. Bu durum, özellikle farklı paydaşlar arasında bir iletişim aracı olarak kullanıldığında yolculuk haritalarının okunabilirliğinin zayıf olmasına sebep olmaktadır (Maddox ve diğ, 2019). Ayrıca, sağlık hizmetlerinde yolculuk haritalarının kullanımı nispeten yeni olduğundan (Madathil ve diğ, 2020), yöntemle dair bir standardizasyon bulunmamaktadır (Kaplan, 2017; Joseph ve diğ, 2020). Bu nedenle diyagram türünde önemli farklılıklar vardır ve tutarlı bir metodoloji yoktur (Sijm-Eeken ve diğ, 2020). Kullanıcı deneyimi alanında bir yolculuk haritasının nasıl oluşturulacağına dair bazı kılavuzlar bulunsa da, sağlık hizmeti ortamlarının benzersizliği mevcut kılavuzların takip edilmesini zorlaştırmaktadır (Maddox ve diğ, 2019). Ly ve diğ. (2021), mevcut yolculuk haritalama araçlarındaki basitleştirilmiş yaklaşımın karmaşık bilgilerin iletilmesi için uygun olmadığını ve sağlık hizmetleri için tasarlanmadığını belirtmektedir. Sonuç olarak, bir deneyimin nasıl haritalanacağı ve görselleştirileceği konusunda bir anlayış eksikliği bulunmakta; yöntem kullanıldığında bile nispeten zayıf bir şekilde belgelenmekte (Simonse ve diğ, 2019); yetersiz ve tutarsız bir şekilde raporlanmaktadır (Sijm-Eeken ve diğ, 2020).

Belirtilen sınırlamaların bir sonucu ise, yolculuk haritalama yönteminin sağlık hizmeti sunumundaki boşlukları belirlemek için vaadkar bir yöntem olmasına ve artan kullanımına rağmen hala düşük benimsenme oranlarına sahip olmasıdır. Sağlık sektöründe yeterince kullanılamayan bir araç haline gelen (Joseph ve diğ, 2020) bir yolculuk haritasının en iyi nasıl oluşturulacağı konusunda kafa karışıklığı bulunmaktadır (Rosenbaum ve diğ, 2017). Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde yolculuk haritalama yöntemine yönelik bilgi ve uygulama stratejilerinin gözden geçirilmesi, değerlendirilmesi ve yaygınlaştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Madathil ve diğ, 2020). Yöntemin sağlık hizmeti ortamlarında benimsenme oranlarını artırabilmek için

daha fazla araştırma ve standardizasyona ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir. Özellikle de terminolojinin, diyagram türünün ve kullanımının standartlaştırılması, geliştirilmiş yeni araçların ortaya çıkmasına, böylelikle sağlık endüstrisinde sayısız sağlık hizmeti süreci iyileştirme girişiminde kullanılarak sağlık hizmeti kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı belirtilmektedir (Joseph ve diğ, 2020). Bu doğrultuda ise, bu tez çalışmasında, bölgesel anestezi altında sezaryen doğum vakası aracılığıyla sağlık hizmeti tasarımı için bir yolculuk haritası kanvasının oluşturulması ve kullanılmasına odaklanılarak; belirtilen ihtiyaçların karşılanması ve literatürdeki bu boşluğun doldurulmasına katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.

Bu amaç kapsamında yürütülen çalışmalar ise;

‘Bir sağlık hizmeti deneyimini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirebilmek için yolculuk haritalama yöntemi nasıl kullanılır?’ temel araştırma sorusu çerçevesinde, aşağıdaki alt araştırma soruları doğrultusunda şekillenmektedir:

- S.1. Sağlık hizmeti tasarımında kullanılacak bir yolculuk haritası kanvası nasıl oluşturulur?
 - S.1.1. Diyagram türünde standartlaşma için neler yapılabilir?
 - S.1.2. Kanvasın terminolojisinin standartlaştırılması için neler yapılabilir?
- S.2. Sağlık hizmeti tasarımına yönelik bir yolculuk haritası kanvası nasıl kullanılır?
 - S.2.1. Kanvasın kullanım adımları nasıl tanımlanabilir?
 - S.2.2. Kanvasın kullanım adımlarının standardizasyonu için neler yapılabilir?
- S.3. Sağlık hizmeti tasarımına yönelik bir yolculuk haritası kanvası aracılığıyla yeni bir hizmet sunumu nasıl gerçekleştirilir?

Diyagram türü ve kullanıma yönelik standartlaşmada bir başlangıç adımı olarak önerilen yolculuk haritası kanvası aracılığıyla, yolculuk haritalama yönteminin sağlık hizmeti ortamlarındaki kullanım oranlarının artırılması ve geliştirilmiş yeni araçların ortaya konmasına zemin hazırlanması hedeflenmektedir. Bunların yanı sıra tasarımcılar ve tasarım araştırmacıları için sağlık hizmeti sunumuna ilişkin bütüncül bir bakış açısı sağlanması, ilgili deneyimlerin değerlendirilmesi ve bakım sürecindeki

boşlukların tespit edilerek sağlık hizmeti kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlanması da araştırmanın hedeflerindendir.

1.2 Özgün Değer

Sağlık hizmetlerinde yolculuk haritalama yöntemini kullanmanın sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi üzerindeki potansiyel etkisinin yüksek olduğu; mevcut literatürde bu yöntemi kullanan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda yöntemin bakımdaki boşlukları belirlemekten sağlık hizmeti alıcılarının tercihlerini anlamaya kadar uzanan geniş bir ölçekte sağlık sektörü için umut vaat ettiği belirtilmektedir (Joseph ve diğ, 2020). Ancak bu yöntemin sağlık hizmetlerinde kullanılması henüz emekleme aşamasında olduğundan, uygulamayı araştıran bir literatür bulunmamaktadır. Mevcut literatürde, çoğunlukla yolculuk haritalama tekniklerinin sağlık hizmeti sunumu ve hasta sonuçlarını gözlemlemedeki potansiyel faydalarını özetleyen çalışmalar yer almaktadır (Westbrook ve diğ, 2007; Crunkilton, 2009; Trebble ve diğ, 2010; McCarthy ve diğ, 2016; akt. Ly ve diğ, 2021). Ayrıca sağlık hizmeti ortamlarının benzersizliği nedeniyle bu alanda kullanılan yolculuk haritalama tekniklerinin tutarsızlık ve standardizasyon eksikliği bakımından boşlukları belirlemede yetersiz kalması (Joseph ve diğ, 2020); sağlık hizmeti tasarımı için bir yolculuk haritasının nasıl oluşturulacağına dair anlayış eksikliğinin devam etmesi, mevcut araçların sağlık hizmetleri için tasarlanmadıklarını ortaya koymaktadır (Ly ve diğ, 2021). Bu bağlamda, bu tez çalışması kapsamında bütüncül bir sağlık hizmeti sunumunu teşvik etmek amacıyla oluşturulan yolculuk haritası kanvasının diyagram türünde standartlaşmaya yönelik bir örnek teşkil etmesi ve kanvasın kullanımına yönelik adımlar sunularak yolculuk haritalama sürecinin belgelenmesi, sağlık hizmeti araştırmalarına rehberlik etme potansiyeli taşıyarak literatürdeki diğer çalışmalardan farklılaşmaktadır.

Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde yolculuk haritalama yönteminin kullanıldığı alan yazını incelendiğinde, literatürdeki çalışmaların büyük çoğunluğunun, ‘hasta’ ve ‘hastalık’ kavramları üzerinden ilerlediği görülmekte; ‘birincil (*primary*), ikincil (*secondary*), üçüncül (*tertiary*) ve çoklu (*multiple*) sağlık hizmetleri’ olacak şekilde 4 farklı hizmet türüne göre ayrılan araştırmaların, ‘*onkoloji, ruh sağlığı, kardiyovasküler, kas-iskelet sistemi, solunum, cerrahi işlem, dermatoloji, nörolojik, gastroenteroloji ve enfeksiyon hastalıkları*’ gibi tedavi uzmanlıklarına göre

gruplandığı belirtilmektedir (Davies ve diğ, 2023). Bu bağlamda, literatürde sağlık hizmetlerinde kullanılan yolculuk haritaları genellikle ‘hasta yolculuğu haritaları’ olarak adlandırılmaktadır (Davies ve diğ, 2023). Oysa ki sağlık hizmetlerinde hasta olmaktan iyi olma haline doğru yaşanan dönüşümle birlikte (Sungur Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007), bu hizmetlerden yararlanan kişiler *hasta* değil, *sağlık hizmeti alıcısı* olarak nitelendirilmekte; çok katmanlı kimlikleri (hasta, kişi ve müşteri) temsil eden bu ifadenin daha geniş bir grubu kapsadığı belirtilmektedir (Moeke ve van Andel, 2017). Bu bağlamda tezin vaka çalışmasını oluşturan bölgesel anestezi altında sezaryen doğum konusu hasta odaklı bir perspektifle yürütülen çalışmalardan farklılaşmakta; araştırmanın örneklem kümesini oluşturan doğum yapan bir kadının *hasta* olmadığı bir *sağlık hizmeti alıcısı* olduğu vurgusuyla sağlık hizmeti ortamlarındaki çeşitliliğe dikkat çekilerek, literatürdeki mevcut çalışmalardan farklı bir yaklaşım sunulmaktadır.

1.3 Tezin Yapısı

Tez çalışması ‘Giriş, Teorik Arka Plan, Araştırma Metodolojisi, Sağlık Hizmeti Tasarımı için Bir Yolculuk Haritası Kanvası, Sonuç ve Öneriler’ olmak üzere 5 bölümden oluşmaktadır (Şekil 1.1).

Çalışmanın giriş kısmını oluşturan birinci bölümde tezin amacı ve kapsamı, özgün değeri ve genel yapısı açıklanmaktadır.

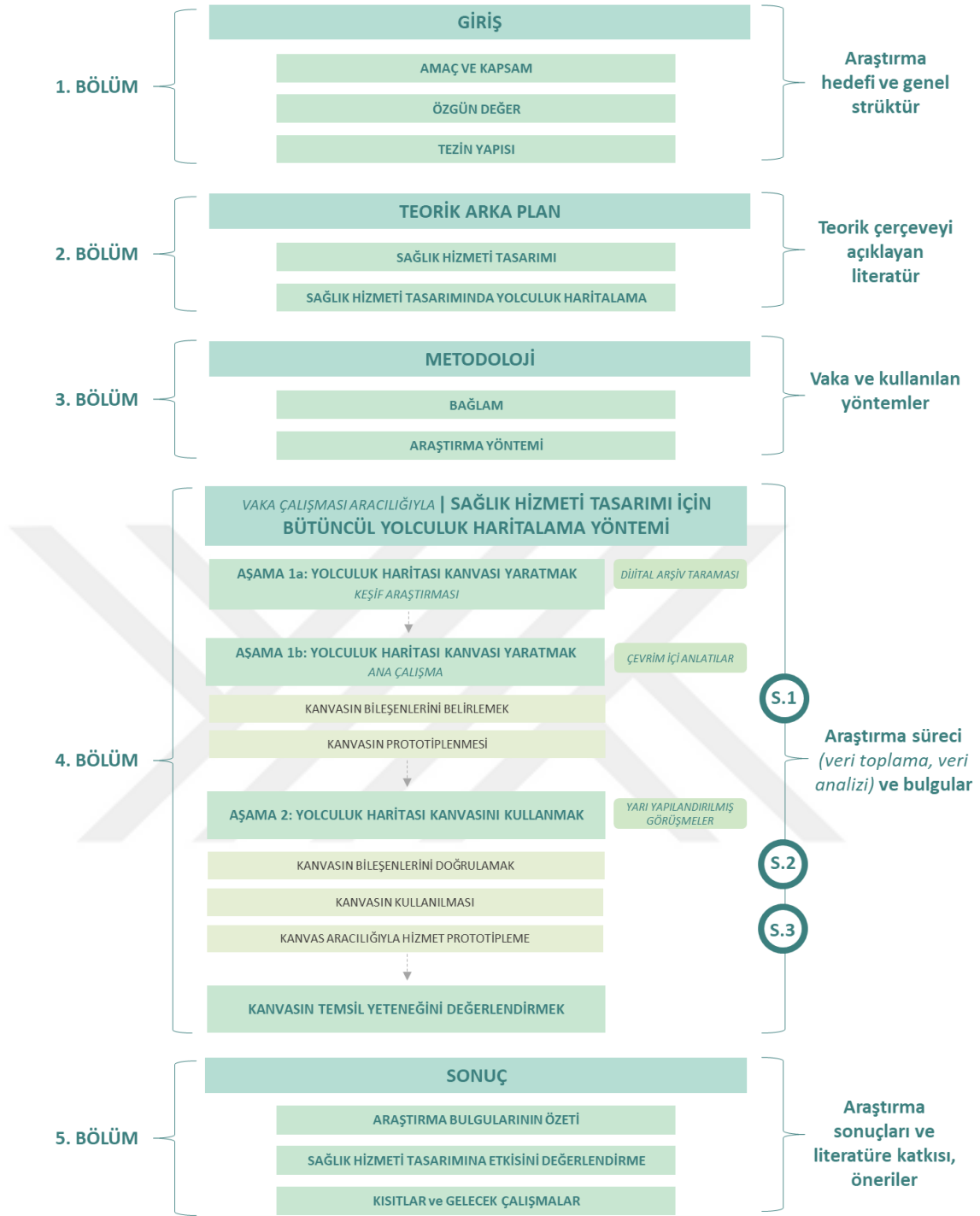
İkinci bölümde, tezin teorik arka planını desteklemek amacıyla yapılan literatür taraması yer almaktadır. İlgili bölümde sağlık hizmeti tasarımına dair bir genel bakış sunulmakta, ardından yolculuk haritalama yönteminin sağlık hizmetlerindeki rolü ele alınmaktadır. Sağlık hizmeti tasarımı çerçevesinde, ‘çok katmanlı kimlik yaklaşımı, sağlık hizmeti deneyimi ve kişi merkezli bakımı’ içeren literatürün yanı sıra; sağlık hizmeti tasarımında karşılaşılan zorluklar aktarılmaktadır. Sağlık hizmeti tasarımında yolculuk haritalama yönteminin ele alındığı bölümde ise, yolculuk haritalarının temel özellikleri ile sağlık hizmetlerindeki kullanımına yönelik literatür sunulmaktadır.

Üçüncü bölümde, tümevarımcı bir yaklaşımla gerçekleştirilen tez çalışmasının metodolojisi yer almaktadır. Bu doğrultuda ‘Bağlam ve Araştırma Yöntemi’ olmak üzere iki alt başlık içeren bölümde ilk olarak, tezin bağlam çerçevesini oluşturan

‘bölgesel anestezi altında sezaryen doğum’ vakası açıklanmakta, ikinci olarak ise araştırmanın süreç tasarımı aktarılarak kullanılan yöntemler sunulmaktadır.

Tezin araştırma soruları çerçevesinde şekillenen dördüncü bölümde, bir vaka çalışması üzerinden sağlık hizmetlerine yönelik bir yolculuk haritası kanvasının oluşturulması ve kullanımına yönelik adımlar sunulmaktadır. Temel olarak iki aşamalı olarak yürütülen bu çalışmalarda, araştırma ortamları, araştırma yöntemleri ve araştırma sürecine ait prosedürler aktararak, bir yolculuk haritalama aracının nasıl oluşturulduğu ve oluşturulan aracın nasıl kullanılabileceği literatüre dayandırılarak adım adım açıklanmaktadır. Bu çalışmaları ise önerilen kanvas aracılığıyla tezin vaka çalışmasına yönelik bir hizmet prototipi sunumu ve aracın temsil kabiliyetine ilişkin değerlendirmeler takip etmektedir.

Beşinci bölümde ise, tez çalışmasının sonuç bölümü yer almaktadır. Araştırmanın temel bulgularının bir özetini içeren bu bölümde, aynı zamanda yürütülen çalışmaların sağlık hizmeti tasarımına olan potansiyel etkilerinin değerlendirilmesi ile araştırmanın sınırlılıkları ve gelecekteki çalışmalara yönelik öneriler yer almaktadır.



Şekil 1.1 : Tezin yapısı.



2. TEORİK ARKA PLAN

Bu bölümde, tezin teorik arka planını desteklemek amacıyla sağlık hizmeti tasarımına dair bir genel bakış sunulmakta, ardından yolculuk haritalama yönteminin sağlık hizmetlerindeki rolü ele alınmaktadır. Literatür aktarılırken, sağlık hizmetlerinde çok katmanlı kimlikleri (hasta, kişi ve müşteri) temsil eden daha geniş bir grubu kapsadığı için ‘hasta’ terimi yerine ‘sağlık hizmeti alıcısı (*healthcare recipient*)’ ifadesi kullanılmaktadır (Moeke ve van Andel, 2017).

2.1 Sağlık Hizmeti Tasarımı

Tasarımcılar ve tasarım araştırmacıları sağlık hizmeti alanında yeni teknolojiler ve tıbbi cihazların geliştirilmesinde uzun süredir önemli bir rol oynamakta; giyilebilir teknolojiler (Møller ve Kettley, 2017), mobil sağlık hizmetleri gibi çeşitli tasarım müdahaleleriyle (Craig ve Chamberlain, 2017) sağlık hizmetlerine pek çok farklı açıdan katkıda bulunmaktadır. Literatüre bakıldığında, sağlık ve sağlık hizmetleri konularına odaklanan tasarım araştırmalarında önemli bir artış görülmekte (Chamberlain ve diğ, 2015); sağlık alanında çalışan tasarımcılar geleneksel olarak tıbbi ürünler, protezler, hastane tasarımı vb. yoluyla akut ve kronik bakıma önem verirken (Jones, 2013; Tosi ve diğ, 2016); tasarım ve teknoloji yoluyla sağlığın restorasyonuna odaklanmaktadır (Mawson ve diğ, 2013).

Daha yakın zamanlarda ise, toplum refahını korumanın ve hastalıkları önlemenin önemli bir konuma gelmesiyle birlikte, tasarımcıların dolaylı olarak sağlıklı yaşam tarzını desteklemedeki rolü ön plana çıkmakta; bu yaklaşımı teşvik etmeye yönelik kararları ahlaki ve etik olarak nasıl sağlayabilecekleri üzerine yoğunlaşmalarını sağlamaktadır (Tsekleves ve Cooper, 2017). Bu doğrultuda ise, beceri tabanını ve uygulama alanını genişleten tasarım anlayışı, tasarımcıların nesneler, ortamlar ve hizmetler tasarlayarak insan davranışını etkilemesine ve şekillendirmesine imkan tanımaktadır (Michie ve diğ, 2011). Hizmet tasarım metodolojisi de, sağlık sistemi içerisinde var olabilecek iyi ürün ve hizmet sunumuna yönelik yeni bir fırsat alanı ortaya koymaktadır (Bate ve Robert, 2006; Lee, 2011; Hugentobler, 2015).

Bir hizmetin sunulduğu bağlamda gerçekleşen gerçek insan davranışlarını temel alan (Marquez ve Downey, 2015) hizmet tasarım metodolojisini kullanmanın amacı, hizmetin nasıl çalıştığını anlamak ve daha sonra hizmeti kullanan kişilerin beklentilerine daha iyi uyan yeni hizmetler geliştirmek için tüm hizmet ekolojisine hizmeti alan kişinin perspektifinden bakmaktır (Marquez ve Downey, 2015). Mevcut bir sistemin rekabet avantajlarını geliştirmek amacıyla yeni hizmet süreçleri tasarlama eylemini ifade eden bu yaklaşımın sağlık hizmetlerinde kullanımı ise, sağlık hizmeti alıcısının deneyimiyle beraber bakım hizmeti sunum sürecini de ele alarak, hizmet kullanımlarının iyileştirilmesini ve sunum süreçlerinde yenilik yapmak için nasıl uygulandığının değerlendirilmesini içermektedir (Lee, 2019). Sağlık hizmeti tasarımı, sağlık hizmeti alıcısı, bakım sağlayıcı, sağlık hizmeti ortamı gibi pek çok bileşeni bünyesinde barındırırken (Lee, 2016); temas noktaları aracılığıyla bir bakım yolculuğu boyunca deneyimin nasıl şekillendiğine dair farklı bakış açıları da sunmaktadır (Sweeney ve diğ, 2015; Sukkird ve Shirahada, 2015). Bu nedenle bir sağlık hizmeti süreci tasarlanırken, olası tüm bakım faaliyetleri ile temas noktaları dikkate alınarak tüm sürecin değerlendirilmesi gerekmektedir (Lee, 2019).

Geleneksel hizmet tasarımının merkezinde, insanlar, deneyimler ve bilgiye odaklanmak yerine sisteme, kaynaklara ve bakım hizmetlerine odaklanmak vardır (Karmarkar ve Karmarkar, 2014). Buna karşın sağlık hizmeti tasarımı, sağlık hizmeti alıcılarının, aile üyelerinin ve sağlık profesyonellerinin katılımına ve deneyimlerine bağlıdır (Michie ve diğ, 2003). Özellikle sağlık hizmeti alan kişilerin iyi olma halinin bir göstergesi olarak bakım kalitesinin ve memnuniyetin en üst düzeye çıkartılması hedeflenmektedir. Tıbbi personel, ileri teknoloji, bilgi ve tedavi gibi sağlık hizmeti kaynaklarının sağlık hizmeti alıcılarının yaşam kalitesine sağladığı bu faydalar, değer yaratmak olarak ifade edilmektedir (Lee, 2019).

Hizmet tasarımı faaliyetleri, birlikte değer yaratmak için iletişim ve etkileşim yoluyla üretilen sağlık hizmeti alıcılarının deneyimlerini kullanan etkili araçlardır (Sweeney ve diğ, 2015; McColl-Kennedy ve diğ, 2012). Çünkü bakım hizmetlerinin tasarımında önemli bir faktör olan etkileşimler, bakım alıcısının deneyimlerine ilişkin kapsamlı faaliyetleri içermektedir. Bir değer yaratma süreci olarak görülen sağlık hizmetleri tasarımı, karmaşık doğası göz önüne alındığında, aynı zamanda sağlık hizmeti alıcıları ve bakım sağlayıcılar arasındaki etkileşimlerle de ilgilidir. Bu durum sağlık hizmetlerinin tasarımını zorunlu olarak yinelemeli hale getirmekte (McColl-Kennedy

ve diğ, 2012); daha iyi hizmetler sunabilmek için hizmet alan kişilerin neye değer verdiklerinin anlaşılması amacıyla çok katmanlı kimlik yaklaşımının önemine dikkat çekilmektedir (Moeke ve van Andel, 2017).

2.1.1 Sağlık hizmeti tasarımında çok katmanlı kimlik yaklaşımı

Küresel olarak hastaneler, geri ödemelerin azaldığı, masrafların arttığı, sağlık hizmeti alan kişilerin daha seçici olduğu ve rekabetin arttığı bir ortamda yüksek kaliteli bakım sağlama zorluğuyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu zorluğun en önemli sebebinin sağlık hizmetlerinde kalite kavramının karmaşık ve çok yönlü bir kavram olmasının yanı sıra farklı paydaşlar için farklı anlamlar ifade etmesinden kaynaklandığı ifade edilmektedir (bkz. Pope ve diğ, 2002; Zineldin, 2006).

Hasta merkezli bakımın tanımı "*Bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına, değerlerine saygılı ve duyarlı bakım sağlamak ve hasta değerlerinin klinik kararlara rehberlik etmesini sağlamak*" (Institute of Medicine, 2001) şeklinde değişerek daha kişi odaklı bir kalite yaklaşımına doğru evrilmiştir. Bu değişimle birlikte hastaneler, yüksek kalitede bakım sunmak için sağlık hizmeti alıcılarının değer verdikleri konulara odaklanarak; sağlık hizmeti sunum süreçlerini iyileştirmek için değer temelli konseptleri benimsemişlerdir. Örneğin, *Yalın Yönetim (Lean Management)* ve *Değer Odaklı Sağlık Hizmetleri (Value Based Healthcare, VBHC)*, sağlık hizmeti alan kişiler için değeri artırmaya odaklanan iki önemli yönetim konseptidir (bkz. Toussaint ve Berry, 2013):

- *Yalın Yönetim*, sağlık hizmeti alıcısının bakım yolculuğuna değer katmayan faaliyetlerin ortadan kaldırılmasına odaklanan bir iyileştirme yaklaşımı olarak tanımlanmakta (Waring ve Bishop, 2010; Brandao de Souza, 2009); bu yaklaşımın en temel ilkesinin, değeri son kullanıcıların bakış açısından anlamak olduğu ifade edilmektedir (Womack ve Jones, 2003).
- Porter ve Teisberg (2006) tarafından önerilen *Değer Odaklı Sağlık Hizmeti* yaklaşımının amacı ise sağlık hizmeti alan kişiler için önemli olan değeri en üst düzeye çıkarmak ve sistemdeki tüm aktörlerin çıkarlarını birleştirmektir (Porter, 2010).

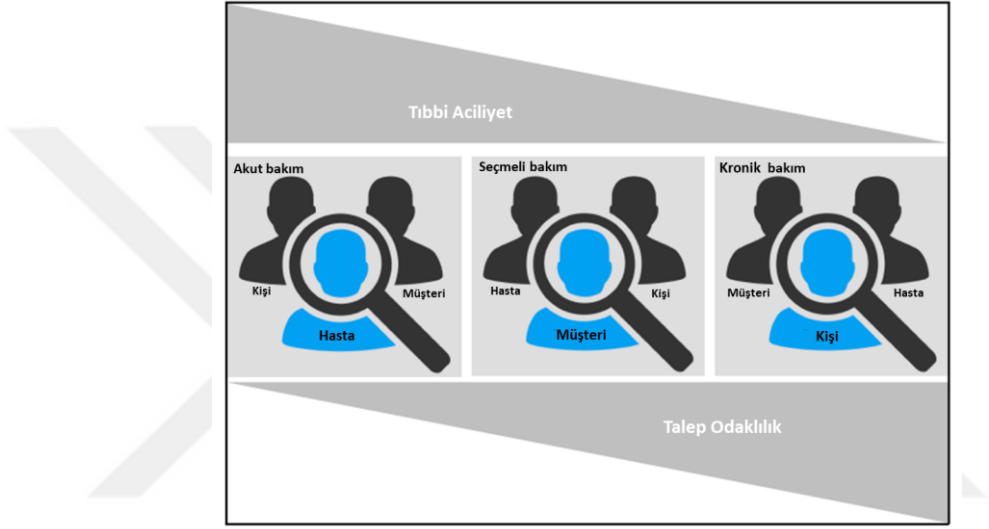
Yukarıda belirtilen bu kavramlar gibi değer temelli konseptleri uygulayabilmek için ise, hastanelerin potansiyel sağlık hizmeti alıcılarının kendilerine sunulan hizmetlerde neye değer verdiklerini yeterince anlamış olmaları gerektiği savunulmaktadır (Moeke

ve van Andel, 2017). Ancak yapılan araştırmalar, hizmet sağlayıcılarının sağlık hizmeti sunum süreçlerini şekillendirmede değer yaratmayı başlangıç noktası olarak almayı hedeflemesine rağmen, *değer* kavramının sağlık hizmetleri bağlamında anlaşılmasının zor olduğuna dikkat çekmektedir (bkz. Hasle ve diğ, 2016). Yürütölen bazı çalışmalarda, sağlık hizmeti alan bir kişinin perspektifinden değer kavramının çoklu boyutları yakalanmaya çalışılsa da, değerlerin hangi durumlarda önemli olduğuna dair net bir anlayış sunmakta yetersiz kaldığı; bir bireyin önemli olduğunu düşündüğü şeyler olarak tanımlanan ‘değer’in, büyük ölçüde kişilerin kimlikleri tarafından şekillendiği ifade edilmektedir (Moeke ve van Andel, 2017).

Bu doğrultuda, *ok Katmanlı Kimlik Yaklaşımının (Multi-layered Identity Approach: MIA)*, potansiyel bir sağlık hizmeti alıcısının kendisine sunulan hizmetlerde neye değer verdiğinin ve hastanedeki yolculuğu sırasında belirli değerlerin neden ve ne zaman önemli olduğunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabileceği ifade edilmektedir. Bu bağlamda ise, bakım sağlayıcıların sağlık hizmeti alan kişilerin çok katmanlı kimliğini kabul ederek hizmeti alan kişinin aynı zamanda bir hasta (patient), müşteri (customer) ve eşsiz bir birey (unique person) olduğunun bilincinde olmaları gerektiğinin altı çizilmekte ve yüksek kalitede bakım sunmak için bu üç kimliği de dikkate alacak şekilde daha kapsayıcı ve bütöncöl bir perspektiften bir yaklaşım geliştirilmesi gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (Moeke ve van Andel, 2017):

- *Hasta Olarak Sağlık Hizmeti Alıcısı*: Hastanede bakıma muhtaç kişi *hasta* olarak kabul edilmektedir. Genellikle bir hastalık veya yaralanma sonucu bakıma ihtiyaç duyan bir sağlık hizmeti alıcısının, bir hasta olarak, güvenli ve samimi bir ortamda yüksek kaliteli tedavi ve destek almak için hastane hizmetlerine değer verdiği ifade edilmektedir.
- *Müşteri Olarak Sağlık Hizmeti Alıcısı*: Hastanede bakım alan kişi, *müşteri* olarak kabul edilmektedir. Bu doğrultuda ise, bir bakım alma sürecinde hizmeti alacak kişiye belirli hizmetler için teklifler sunulmakta, hastane ile sağlık hizmeti alıcısı arasında bir anlaşma yapılmaktadır. Bu anlaşma sonrası aldığı hizmetlerin bedelini ödemekle yükömlü olan bir sağlık hizmeti alıcısının, bir müşteri olarak, kendisine sunulan farklı hizmetler arasında seçim yapma imkanı verilmesi, hizmetlere ilişkin verilen bilgi miktarı ve bilgi kalitesi gibi yönleri göz önünde bulundurarak hastane hizmetlerine değer vereceği belirtilmektedir.

- **Birey Olarak Sağlık Hizmeti Alıcısı:** Hastanelerin ana odak noktası, sağlık hizmeti alan kişinin hastalık ve yaralanma sonucu tedavisini yapmak olsa da, sağlık hizmeti alan bir kişinin bundan daha fazlasına ihtiyaç duyduğu; hizmet alan bir kişinin aynı zamanda kendine özgü özelliklere sahip *eşsiz bir birey* olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle, hizmetlerin sağlık hizmeti alıcıları tarafından nasıl deneyimlendiğini şekillendiren cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, beslenme tercihleri gibi bireysel farklılıklar, hastane hizmetlerinde neye, neden değer verildiğinin belirlenmesinde önemli bir etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir.



Şekil 2.1 : Akut, seçmeli ve kronik bakım ile ilgili çok katmanlı kimlik yaklaşımı (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Moeke ve van Andel, 2017).

Şekil 2.1’de Moeke ve van Andel (2017) tarafından, akut, seçmeli ve kronik bakımı içeren sağlık hizmetlerinin çok katmanlı kimlik yaklaşımıyla ele alındığı bir örnek gösterim yer almakta, ilgili örnekte *hasta* olarak tanımlanan bir sağlık hizmeti alıcısından, *birey* olarak nitelendirilen bir sağlık hizmeti alıcısına doğru gidildikçe tıbbi aciliyetin azaldığı ve talep odaklılığın arttığı görülmektedir. Hastalık odaklı ele alınan bu kapsayıcı yaklaşımın, tüm sağlık hizmeti bağlamlarında düşünüldüğünde bakım sağlayıcıların, bireysel bakım yolculuklarında hizmet alıcıların nelere değer verdiğini daha iyi anlamalarına imkan sağlayarak değer temelli hizmetlerin sunulmasında onları destekleyeceği düşünülmektedir.

Bu perspektiften ele alındığında, sağlık hizmeti alan bir kişinin sadece *hasta* olarak nitelendirilmesi yerine çok katmanlı kimlikleri temsiliyet açısından bir *sağlık hizmeti alıcısı* olduğunun farkına varmak, kişinin tıbbi ihtiyaçlarından bireysel taleplerine

kadar çok daha geniş bir yelpazede değerlendirilmesini ve kapsamlı bir hizmet sunumunun tasarlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çünkü hizmet tasarımı sürecinin odağı insandır ve bir hizmetin özellikleri tek tip bir kişi için standartlaştırılamamaktadır. Bu insan odaklılık aynı zamanda bakım sağlayıcıların birlikte değer yaratma yoluyla sağlık hizmeti alıcılarının deneyimlerini iyileştirerek sağlık hizmeti tasarım sürecini de tanımlamaktadır. Birlikte değer yaratma, sağlık hizmeti alıcıları ve bakım sağlayıcılar arasında doğrudan bir etkileşim yaratmasıyla sağlık sistemini diğer hizmet sektörlerinden farklılaştırmaktadır (Grönroos ve Voima, 2013). Hizmet alıcıların işbirlikçi role sahip olmasını sağlayan bu yaklaşım, yeniliklerin ortaya çıkmasına katkı sağlamakta; bu tür yenilikler, sağlık hizmeti tasarımında sunum süreçlerini iyileştirerek sağlık hizmeti alıcılarına yönelik daha iyi deneyimleri ortaya çıkarmaktadır (Lee, 2015).

2.1.2 Sağlık hizmeti deneyimi

Sağlık hizmeti deneyimi, birlikte değer yaratma yoluyla bakım kalitesi ve sağlık hizmeti alıcısının memnuniyeti üzerindeki etkisi nedeniyle sağlık hizmeti tasarımı için çok önemli konulardan biri olarak görülmekte; bakım sürecinin tasarlanmasında, kişilerin yararlandıkları hizmetle ilgili deneyimlerinin bir bütün olarak ele alınması gerektiği ortaya konmaktadır (Lee, 2019). Sağlık hizmetlerinde deneyim, bir sağlık hizmeti alıcısının *'karşılaştığı bir hizmet, süreç veya ürün deneyimi hakkında düşündüğü, hissettiği ve söylediği'* her şeydir (Bate ve Robert, 2006). Bu deneyimler, hizmet ile hizmet alıcısının bulunduğu anlarda meydana gelmekte (McCarthy ve diğ, 2016) ve sağlık hizmeti tasarım sürecinde dikkate alınması gereken öncelikli konulardan biri olarak görülmektedir. Çünkü sağlık hizmeti kalitesinin temel ölçütlerinden biri de hizmet alıcıların deneyimleriyle ilişkilendirilmekte; bakım kalitesinin iyileştirilmesi ancak sağlık hizmeti alan kişilerin gereksinimlerinin anlaşılması ve karşılanmasıyla sağlanabilmektedir (Lee, 2019). Onların endişelerine kulak veren, onları aktif olarak dinleyen ve karar verme sürecine dahil eden bakım sağlayıcıların daha yüksek memnuniyet puanlarına sahip olduğu ifade edilmektedir (Philpot ve diğ, 2019).

Günümüzde artık sağlık hizmeti sağlayıcıları bakımı daha etkili bir şekilde sunmanın yollarını aramakta (Andreassen ve diğ, 2016; Sweeney ve diğ, 2015; Sukkird ve Shirahada, 2015) ve insan onurunun korunması herhangi bir sağlık hizmetinin en

önemli yönünü oluşturmaktadır. Sunulan tüm bakım faaliyetleri hizmet karşılaşmalarında veya temas noktalarında gerçekleşmekte; bu karşılaşmalarda, her sağlık hizmeti alıcısı tıbbi personel başta olmak üzere pek çok aktörle etkileşime girerek benzersiz bir deneyim yaşamaktadır. Bu nedenle, bir sağlık hizmeti alıcısının deneyimi, etkili bir sağlık hizmeti tasarlamak için zengin ve paha biçilmez bir bilgi kaynağı olarak görülmektedir. Bununla birlikte iyi tasarlanmış bir sağlık hizmeti sürecinde hizmet alıcıların yanı sıra bakım sağlayıcıların deneyimleri de kritik öneme sahiptir. Çünkü birlikte değer yaratma süreci içerisinde her iki perspektif de katkı sağlamakta; bu nedenle sağlık hizmeti tasarımının, birlikte değer yaratma süreci içinde sağlık hizmeti alıcılarına ait deneyimlerin bakım sağlayıcılarla olan etkileşimleri yoluyla sunulması önerilmektedir (Lee, 2019).

Lee (2019), sağlık hizmetinden yararlanan her bir kişinin farklı ihtiyaçları nedeniyle benzersiz olduklarına vurgu yapmaktadır. Çok katmanlı kimlik yaklaşımı çerçevesinde değerlendirilebilecek bu vurguda, bireyselliğin, sağlık hizmeti deneyiminin kontrol edilememesinin temel nedeni olduğuna dikkat çekilmektedir. Çünkü her sağlık hizmeti alıcısı duygu, kişilik, bağlam ve çeşitlilik açısından benzersiz bir deneyim yaşamaktadır. Bireyler, yaşadıkları sağlık hizmeti deneyimleri beklentilerini karşıladığında, bu bakım hizmetinden büyük bir memnuniyet duyma eğilimi göstermektedir. Bu durum kişiler için akılda kalıcı ve tatmin edici bir deneyim yaratmanın yanı sıra bakım sağlayıcıların da rekabet avantajını artırmaktadır. Çünkü bu deneyimler edinim kolaylığı, sadakat ve tekrar ziyaret etme niyetiyle de ilişkilendirilmektedir (Lee, 2019). Bununla birlikte Richardson (2010), her bireyin kendi algısı, duygusu ve davranışı olduğu için hizmet sağlayıcılarının, sağlık hizmeti alıcılarının deneyimlerini kontrolü konusunda da zorlandıklarını ifade etmektedir.

Sağlık sektörü, tıbbi protokol ve klinik yönergeler, tıbbi cihaz sertifikası, etik standartlar ve veri koruma gibi çok sayıda kısıtlama ile sağlık sistemindeki tüm karşılaşmalarda hizmet alıcıların refahını ve mahremiyetini korumayı amaçlayan oldukça düzenlenmiş bir ortamdır. Fakat bu kısıtlamalar, performans iyileştirme ve iyi bir bakım deneyimi sunma arasında bir boşluğun oluşmasına sebep olmaktadır. Çünkü tüm bu kısıtlamalar herhangi bir hizmet için düzenlenmiş bir tıbbi protokol, klinik olarak doğrulanmış bir dizi tedavi kılavuzu içerse de sağlık hizmeti alıcılarına ait deneyimlerin benzersiz doğasını dikkate almamaktadır (McCarthy ve diğ., 2016). Bu bağlamda McCarthy ve diğ. (2016), belirtilen kısıtlamalara ve performans iyileştirme

hedeflerine saygı göstererek hizmet alıcılarının deneyiminden ödün vermeden, kişi merkezli tasarım yaklaşımının kullanılabileceğini belirtmektedir.

2.1.3 Sağlık hizmeti tasarımında kişi merkezli bakım

Sağlık hizmetlerinin odağında kişi merkezlilik kavramı bulunmakta; bu odak sağlık hizmeti alan kişilerin karar alma sürecine dahil edilerek, onların tercih ve değerleriyle uyumlu kararların alınması anlamına gelmektedir (Mead ve Bower, 2000). Bu yaklaşımın amacı, bakım maliyetlerini azaltmanın yanı sıra sağlık sonuçlarını ve bakım alan kişilerin deneyimlerini iyileştirmek olarak ifade edilmektedir (Constand ve diğ, 2014). Kişi merkezli bakım, sağlık hizmetlerinin sunumunu iyileştirmek için Tıp Enstitüsü tarafından önerilen 6 hedeften biri olurken (Philpot, 2019); yapılan araştırmalar, sağlık hizmeti alıcısının beklentilerini karşılamaya yönelik kişi merkezli hizmetlerin iyileşme süreçlerini desteklemenin yanı sıra hem bakım alıcı hem de bakım sağlayıcılar için faydalı olduğunu ortaya koymaktadır (Heckemann ve diğ, 2016). Çünkü sağlık hizmeti alan kişileri aktif olarak dinleyen ve onları karar alma sürecine dahil eden bakım sağlayıcıların daha yüksek memnuniyet puanlarına sahip olduğu ifade edilmektedir (Philpot ve diğ, 2019). Bu nedenle, günümüzde hizmet sağlayıcıları artık bakımı daha etkili bir şekilde sunmanın yollarını aramaktadır (Andreassen ve diğ, 2016). Özellikle de, sağlık hizmetlerinde kişi merkezli bakış açısına geçişle beraber (Price, 2006; Tseklevs ve Cooper, 2017), tasarımcılarla daha fazla işbirliği yapma isteği ortaya çıkmış ve kullanıcı merkezli tasarım yaklaşımlarına olan ilgi artmıştır (Simonse ve diğ, 2019; Wildevuur, 2017).

Kullanıcı merkezli bakış açısı, uzun yıllardır tasarımda lokomotif görevini üstlenmektedir (Mitchell 1993; Desmet ve Hekkert 2007; Sanders ve Stappers, 2012; Newbery ve Farnham, 2013; akt. Simonse ve diğ, 2019). Bu nedenle, hizmet tasarımı, kişiyi tasarım ve geliştirme sürecinin merkez üssüne yerleştirmekte; bireyin ihtiyaçlarına yanıt veren bir hizmete yol açarak kişi merkezli sağlık hizmetlerinin tasarlanmasında önemli bir role sahip olmaktadır. Hizmet tasarımında kullanıcı merkezli yaklaşım, kişi merkezli bakım deneyimi için kullanılmasının yanı sıra geliştirilmiş yol tasarımı ve yeni hizmet sunumu için mevcut sorunların tanımlanmasına da yardımcı olmaktadır (Bate ve Robert, 2006; Mould ve diğ, 2010; Oosterholt ve diğ, 2016). Sağlık hizmetlerinde kişi merkezli yaklaşımın ana odağı, bir kişinin sağlığını iyileştirmenin yanı sıra yaşam kalitesini de artırmayı amaçlayarak bir

hasta için değil, bir kişi için tasarım yapmaktır (Tsekleves ve Cooper, 2017). Kişi merkezli sağlık hizmetini benimseyen tasarım ekipleri, nitel bulguları kanıta dayalı tasarımla birleştirerek oluşturdukları derin içgörülerini sürecin merkezine yerleştirmektedir (Tsekleves ve Cooper, 2017). Bu tasarım yaklaşımı, birlikte tasarım (co-design) yoluyla, sağlık hizmetlerini kendi ihtiyaçlarına göre yeniden tasarlama sürecinde, kişiyi güçlendirerek (Robert, 2013), onları bakım süreçlerinin tasarlanmasında yetki sahibi yapmaktadır. Kişi merkezli sağlık hizmetinin bir diğer faydası da bakım sorumluluğunu kısmen hizmet sağlayıcıdan hizmet alıcısına kaydırarak özyönetim sağlık hizmetinin ortaya çıkmasını sağlamasıdır (Tsekleves ve Cooper, 2017).

Özellikle, sağlık hizmetlerinde hasta merkezli yaklaşımdan kişi merkezli bir yaklaşıma geçişle beraber (Royen ve diğ, 2010; Peek ve diğ, 2007; Price, 2006; Eaton ve diğ, 2015; Raleigh ve diğ, 2015), sağlık hizmeti alıcıları tanıtımdan tedaviye kadar sağlık hizmetlerinin tüm yönlerinde aktif birer aktör konumuna gelmiştir (Tsekleves ve Cooper, 2017). Bununla birlikte, hasta odaklı bir modelden, bakım alıcısını destekleme ve güçlendirmeye yönelik bakım odaklı bir modele doğru bu geçiş hem bakım alıcıların hem de bakım sağlayıcıların iyi oluşlarını desteklemek ve olumlu deneyimler sunmak amacıyla tasarım için bir fırsat alanı olarak görülmektedir (Groeneveld ve diğ, 2018). Fakat tüm bunlara rağmen sağlık hizmeti ortamlarında tasarım araştırması yapmak kolay bir iş değildir ve tasarım araştırmacıları için çeşitli zorluklar bulunmaktadır.

Kişi merkezli bakımda tasarımın önemli bir rolü olmasına karşın, sağlık hizmetleri bağlamının çok bileşenli doğasından ötürü, etkili bakım hizmetleri tasarlamak genellikle zahmetli olmakta (Lee, 2016); sağlık hizmetlerine yönelik araştırmalar yapan tasarım araştırmacıları pek çok zorlukla mücadele etmektedir. Çünkü sağlık alanlarının tasarlanması, kullanıcı çeşitliliği, değişen ihtiyaçlar, sağlık bakımının verimliliğini ve güvenliğini etkileyen diğer parametreler nedeniyle karmaşık bir görevdir (Price ve Lu, 2013). Yüksek müşteri ve çalışan memnuniyeti, artan gelir ve daha düşük maliyetler gibi (Rawson ve diğ, 2013) değişen koşullarla birlikte, mevcut hizmet sunumlarını gözden geçiren ve iyileştirmeler yapılmasını önemseyen sağlık kurumlarının tasarımcılarla işbirliği yapma isteği olmasına rağmen kültür ve yaklaşımlardaki farklılıklar nedeniyle birçok sınır ve zorluk bulunmaktadır (Reay ve diğ, 2017).

Groeneveld ve diğ. (2018), sağlık hizmetleri üzerine araştırma yapan tasarımcı ve tasarım araştırmacılarının karşılaştığı sekiz zorluktan bahsetmektedir: (a) *Uygulamada meydana gelen zorluklar*, (b) *proje yönetimindeki zorluklar* ve (c) *diğer zorlukları ağırlaştırabilecek genel zorluklar* olacak şekilde üç temel gruba ayrılan bu zorluklardan:

- İlk küme (a1) saha çalışması yürütmeyi, (a2) son kullanıcıları dahil etmeyi ve (a3) hassas durumlarla ilgilenmeyi;
- İkinci küme (b4) ilişkileri yönetmeyi, (b5) anlayış oluşturmayı ve (b6) değer iletmeyi;
-     nc  küme ise (c7) zamana ve finansal kısıtlamalara uyum sağlamayı ve (c8) ilişki kurmayı içermektedir.

Tanımlanan bu zorlukların her biri ayrı ayrı ele alınsa da aynı zamanda birbiriyle de ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Groeneveld vd., 2018). Özellikle sağlık hizmeti araştırmacıları ve uygulayıcıları gibi farklı paydaşlarla ortak noktada buluşmak özelikle farklı paydaşların tasarım araştırmalarına aşına olmamasının yanı sıra araştırma metodolojisi açısından da birbirinden ayrılmaktadır. Tasarım araştırmaları genellikle bağlamsal sorgulama, nitel verilerle ve küçük örneklerle yapılan kullanıcı çalışmalarını kapsarken, klinik araştırmalar genellikle nicel veriler ve büyük örneklemeler içeren kontrollü araştırmaları içermektedir. Benzer şekilde, sağlık hizmetleri prosedürlerine, standartlarına ve kültürüne alışmak da tasarım araştırmacıları için zorlu olabilmektedir. Ayrıca araştırma sürecinde tıbbi etik onay alınması da araştırma sürelerini uzatabilmektedir (Groeneveld ve diğ, 2018). Sağlık alanındaki tasarım araştırmacıları için önemli zorluklardan bir diğer de araştırmaya son kullanıcıları dahil etmenin zorluğudur. Çünkü bakım alıcılarla doğrudan temas kurmak ek tıbbi etik unsurlar gerektirmekte ve onlarla temas kurabilmek genellikle bakım sağlayıcılarla sağlanabilmektedir (No l, 2017).

Yukarıda özetlenen bu zorluklar ise sağlık hizmetlerinde tasarım araştırması yapabilmek için yeni stratejiler geliştirmeyi ve farklı yöntemler kullanmayı zorunlu hale getirmekte (Groeneveld ve diğ, 2018); bu doğrultuda sağlık hizmeti tasarımında yolculuk haritalama yönteminin kullanımı yukarıda tartışılan bazı zorlukları ele alma yollarına ışık tutmaktadır.

2.2 Sağlık Hizmeti Tasarımında Yolculuk Haritalama

Bu bölümde, ilk olarak sağlık hizmeti tasarımında yolculuk haritalama yönteminin kullanımına bir temel oluşturması amacıyla, *yolculuk haritaları*, *haritaların genel yapısı ve temel unsurları* ile *kullanılan yolculuk haritası türleri* üzerine bir araştırma ortaya konulmakta; ardından yöntemin sağlık hizmetlerindeki kullanıma yönelik literatür sunularak, güçlü ve sınırlı yanları ele alınmaktadır.

2.2.1 Yolculuk haritaları

Yolculuk haritaları, "*bir kişinin (müşteri, kullanıcı, hizmet alıcı vb.) bir hedefe ulaşmak için geçtiği sürecin görselleştirilmesi*" (Gibbons, 2018) amacıyla kullanılan diyagramlar olarak tanımlanmaktadır. Bir kişinin bir hizmet veya alanı kullanma yolculuğunun görsel bir temsili (Marquez ve Downey, 2015; Stickdorn ve Schneider, 2012) olan bu haritalar, bir kişinin bir görevi tamamlamak için geçmesi gereken çeşitli aşamaları, adımları ve temas noktalarını görselleştirmektedir (Marquez ve diğ, 2015). İzlenen gerçek yolu ve kişilerin genel deneyimini anlamada son derece faydalı olan (Marquez ve diğ, 2015) bu araçlar, bir müşterinin, kullanıcının ya da bir hizmet alıcısının bir ürünle / hizmetle ve onu üreten iş veya kuruluşla ilgili deneyiminin bir grafik görselleştirmesini sunmaktadır (Howard, 2014).

Stratejik iş girişimleri ve süreç iyileştirme faaliyetleri için etkili bir görselleştirme aracı olarak endüstride hızla ün kazanan yolculuk haritaları (Howard, 2014, s.12; Joseph ve diğ, 2020), pazarlama ve yönetim uzmanlarının hizmet kuruluşlarını (örneğin bir sağlık hizmeti veya bir finansal danışmanlık firması) iyileştirmeye çalıştığı hizmet tasarımı alanından ortaya çıkmıştır (Stickdorn ve Schneider 2012). Tarihsel olarak tasarımcılar, organizasyonel süreçleri ve hizmetleri görsel olarak detaylandırmak için bu haritaları *planlar* olarak yaratmışlardır. Başlangıçta bu planların tasarım çıktıları basit haritalama görselleri ve akış şemaları iken, zamanla daha güçlü diyagramlara dönüşmüştür (Joseph ve diğ, 2020). Bu etkinliklerin bir sonucu olarak günümüzde bu haritalar, kullanıldıkları bağlama göre farklı biçimlere sahip olmakla birlikte (Howard, 2014) temelde bir kişi ile bir hizmet arasındaki çok boyutlu ilişkiyi bir zaman eksenini boyunca tasvir eden görsel bir anlatının oluşturulmasını içermektedir (Ly ve diğ, 2021).

Kullanıcı deneyimi tasarımı, müşteri deneyimi yönetimi ve tasarım düşüncesinin kesiştiği noktada yer alan yolculuk haritaları, literatürde, çoğunlukla ‘müşteri

yolculuğu haritası' olarak adlandırılmakta ve bir kişinin belirli bir ürün veya hizmetle etkileşimine odaklanarak ihtiyaç ve sorunlu noktaları anlamak için kullanılmaktadır (Gibbons, 2017). Belirli bir görevi gerçekleştirmek için gerekli adımların anlaşılması konusunda çok kullanışlı ve güçlü olan bu araçlar; gerek tek başlarına gerekse hizmet tasarımı araç kutusundaki diğer araçlarla birlikte kullanılabilir, etrafındaki temel sorunları ortaya çıkarmaya yardımcı olmakta ve kullanıcının izinden gitmenin nasıl bir şey olduğuna dair değerli bilgiler sağlamaktadır (Marquez ve diğ, 2015). Bu sürecin tüm amacı, kullanıcı deneyimindeki boşlukları ortaya çıkarmak ve ardından deneyimi optimize etmek için harekete geçmektir (Kaplan, 2016a).

Bir yolculuk haritasının en temel özelliklerinden biri, kişinin (müşteri vb.) bir hedefe ulaşmak için izlediği yolun tamamını gösterebilmesidir. Böylelikle, bu aşamaların her birinin verimliliğini en üst düzeye çıkartılmasına olanak sağlamaktadır. Aynı zamanda deneyime uzaktan bakmaya yardımcı olarak farklı açılardan ele alınmasını kolaylaştırmakta ve yeni yollar açmaktadır (Grillmayr, 2021). Özellikle de bir deneyimi kronolojik olarak görselleştirmenin en etkili yollarından biri olan bu haritalar, araştırmacının ihtiyacı olan ideal yapıyı ortaya koyarak detayların sunulmasını kolaylaştırmakta (Grillmayr, 2021); somut olmayan deneyimleri görünür kılmakta (Alves, 2022) ve tüm aşamalara ilişkin içgörü kazanmayı kolaylaştırmaktadır (Stickdorn ve Schneider 2012; Kimbell, 2014). Böylelikle bu haritalardan elde edilen bilgi, deneyimi optimize etmeye, hem hizmet alıcılar hem de hizmet sağlayıcılar için değer yaratan ürün ve hizmetler tasarlamasına yardımcı olmaktadır (Simonse ve diğ, 2019).

Hizmet tasarımı metodolojisinde yaygın olarak kullanılan araçlardan biri olan yolculuk haritaları (Marquez ve diğ, 2015), genellikle birincil bir ana aktörün deneyimini temsil ettiği (Alves, 2022) için hizmet tasarımına kişi merkezli bir bakış açısıyla başlamanın bir yolu olarak gösterilmektedir (Stickdorn ve Schneider, 2012; Monninkhof ve Simonse, 2016). Bu nedenle, hizmetlerin kişi merkezli bir görünümünü vermekte ve bir görevi tamamlama deneyimine tanık olma fırsatı sağlamaktadır (Marquez ve diğ, 2015). Genellikle araştırma aşamasında oluşturulan (Hudson, 2017) bu haritalar, bir tasarım döngüsü boyunca ve tasarım sürecinin herhangi bir noktasında referans noktası olarak kullanılabilir (Gibbons, 2017). Ayrıca, birincil kişinin deneyiminin resmedilmesinin yanı sıra yolculuğun gerçekleşmesine yardımcı olan diğer paydaşların katkısını hizalamaya da yardımcı

olarak (Alves, 2022); birden çok kişinin yolculuklarındaki farklılıkları veya benzerlikleri anlamayı kolaylaştırmaktadır (Kaplan, 2016a).

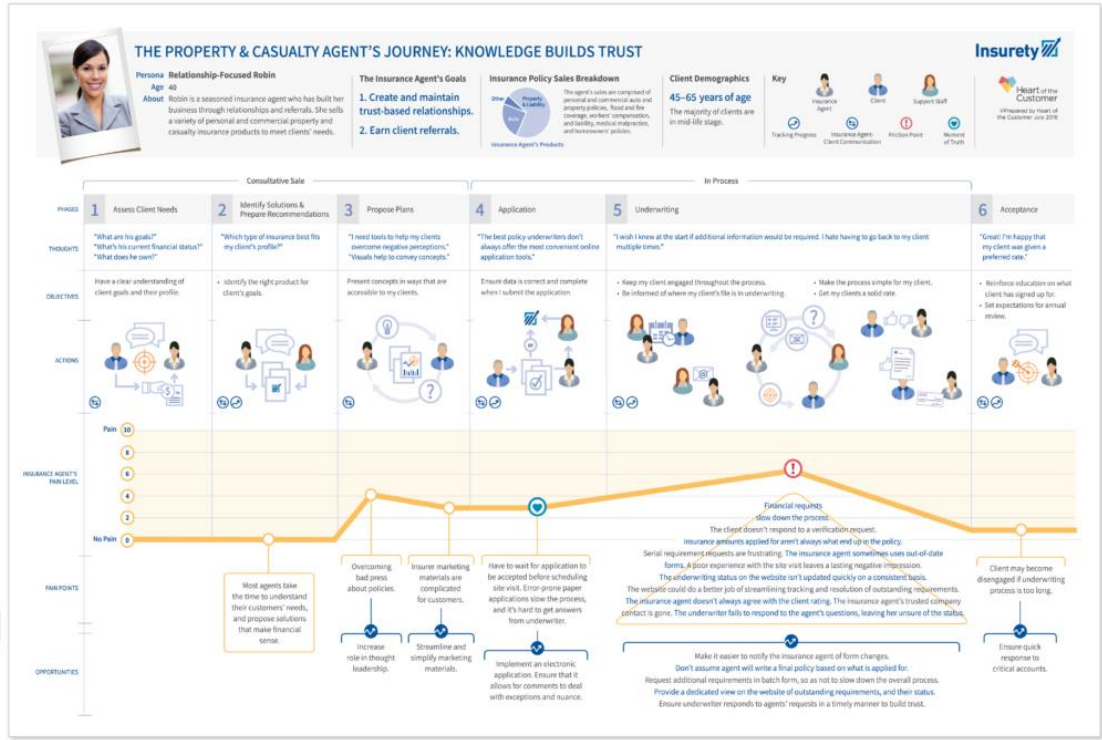
Bir dizi etkileşim boyunca hem hayal kırıklığı hem de memnuniyet anlarını ortaya çıkararak kişilerin deneyiminin bütüncül bir görünümünü sağlayan yolculuk haritaları, başarılı bir şekilde yapıldığında hizmet alıcılar için daha iyi bir deneyim yaratma fırsatı sunmaktadır (Kaplan, 2016a; Gibbons, 2018). Haritalama etkinliğinin, paydaşları ortak bir vizyon ve ortak hedefler etrafında hizalamaya yardımcı olduğu; bir yolculuk haritası şablonu üzerinde birlikte çalışmanın, hedef kitlenin (kullanıcı, müşterileri vb.) deneyimine ilişkin tüm ekip üyeleri arasında ortak ve empatik bir anlayış oluşturmaya katkı sağladığı belirtilmektedir. Bu nedenle farklı ekipler ve kişilerle birlikte oluşturulduğunda yolculuk haritalarının paydaşları hizalamaya ve gruplar arasındaki işbirliğini kolaylaştırmaya yardımcı olabileceği ifade edilmektedir (Kaplan, 2016b). Ayrıca geleneksel nicel araştırmalarda ortaya çıkarılmayan mevcut sorunlu noktaların anlaşılmasına yardımcı olan (Kaplan, 2016a) bu araçları kullanmak, keşfedilmemiş alanların ortaya çıkarılmasına ve gelecekteki deneyimleri tasarlamaya yönelik yenilik yapma fırsatlarının belirlenmesine imkan tanıyarak bir rekabet avantajına dönüşmektedir (Flitton, 2016). Yolculuk haritalama doğru bir şekilde yapıldığında, deneyim optimizasyonu ve dönüşüm girişimlerini desteklemek için gereken operasyonel değişiklikleri bildirmeye de yardımcı olmaktadır (Hudson, 2017).

Telekomünikasyon, sağlık ve sosyal hizmetler, kamu hizmetleri, gıda hizmetleri, bankacılık hizmetleri gibi pek çok farklı hizmet alanında kullanılan (Alves, 2022) yolculuk haritalama yöntemi, son yıllarda pazarlama/deneyim stratejistleri, iş yönetimi danışmanları ve hatta bilgi teknolojisi gruplarının yol haritası geliştirme, pazarlama stratejisi oluşturma, tasarım odaklı düşünme, iş süreci optimizasyonu ve teknik altyapı planlama gibi konularda bilgi sağlamak amacıyla kullanılarak ana akım haline gelmiştir (Hudson, 2017). Diyagramların grafik doğası, paydaşların bütüncül bakış açıları kazanmasına, ilişkileri anlamasına ve organizasyonel boşlukları ortaya çıkarmasına olanak tanıyan görsel bir köprü görevi görmektedir (Joseph ve diğ, 2020). Kullanıcının bir yolculuktaki deneyimine ait her temas noktasındaki etkileşimine ilişkin üst düzey bir genel bakış sunduğu için özellikle de kullanıcı deneyimi profesyonellerinin araç kutusunda giderek daha da önem kazanan bir iletişim ve işbirliği aracı haline gelmektedir (Howard, 2014).

Yukarıda özetlenen bu avantajların yanı sıra yolculuk haritalarının oluşturulmasıyla ilgili bazı sınırlı yanlar da bulunmaktadır. Yolculuk haritalama etkinliği, genellikle farklı disiplinlerden gelen insanların birlikte çalışmasını gerektirdiğinden, paydaşların yolculuk haritalama sürecine katılmasını sağlamanın zor olabileceği ifade edilmektedir (Kaplan, 2016b). Ayrıca yolculuk haritaları oluşturmanın en büyük problemlerinden birisinin boşlukları ve fırsatları yakalamak için bir başlangıç noktası olması gerekirken, sadece ‘*güzel görselleştirmeler*’ olarak kalıp bir eylem planına dönüştürülmemesi olarak gösterilmektedir (Hudson, 2017). Genellikle yolculuk haritalama süreci bir kişinin bir yolculuk boyunca gerçekleştirdiği adımları doğrusal bir çizgi boyunca aktaran bir görsel anlatıyla sonuçlandığından, kimi yolculuklarda sürecin yinelemeli veya döngüsel olabileceğinin de göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (Flitton, 2016). Bunlarla birlikte akademik ve yönetsel literatür incelendiğinde, yolculuk haritalama yöntemini içeren pek çok çalışma olmasına ve birçok hizmet kuruluşunun bu aracı kullanmasına rağmen, bir yolculuk haritasının en iyi nasıl oluşturulacağı ve hangi öğeleri içermesi gerektiği konusunda kafa karışıklığı hala devam etmekte (Rosenbaum ve diğ, 2017); bu bağlamda bir yolculuk haritasının genel yapısı ile bu yapıyı oluşturan temel unsurların anlaşılması önem arz etmektedir.

2.2.1.1 Yolculuk haritalarının yapısı ve temel unsurları

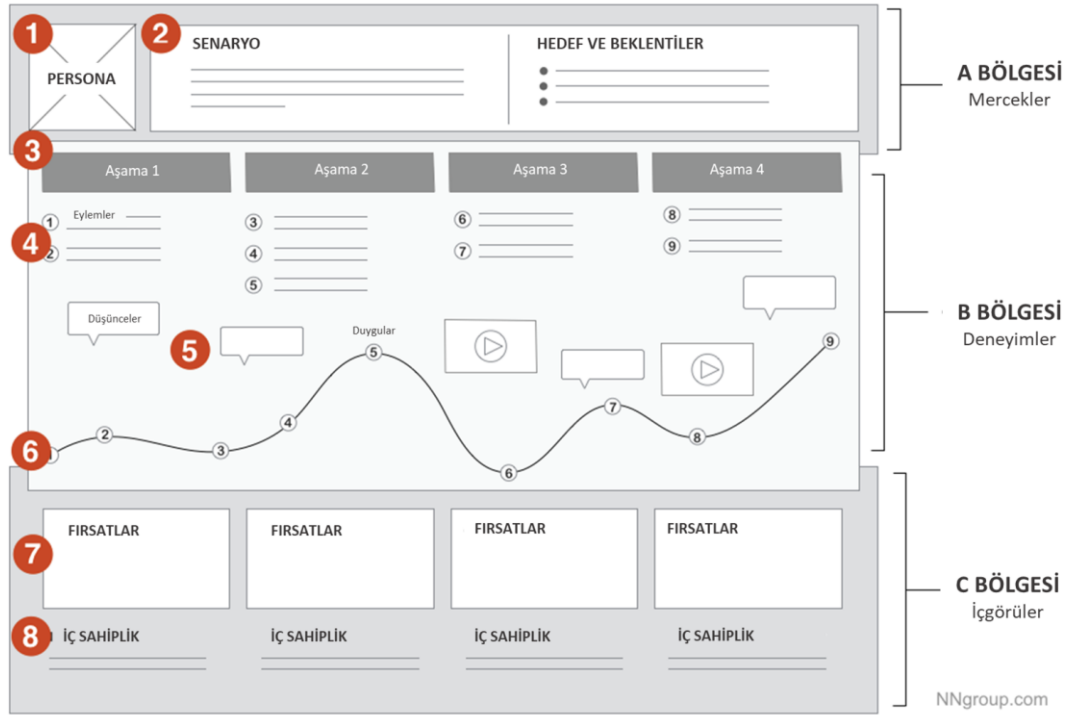
Yolculuk haritaları, özünde oldukça basit diyagramlar olarak görünmesine rağmen haritayı oluşturma süreci o kadar basit değildir (Davey, 2024) ve bir yolculuk haritasını oluşturmak için tek bir doğru yöntem bulunmamaktadır (Marquez ve diğ, 2015). Belirli bir kullanıcı demografisinin statik iki boyutlu anlık görüntüsünü sağlamaya odaklanma eğiliminde olan persona gibi araçların aksine (Howard, 2014), yaygın bir kullanıcı deneyimi aracı olan yolculuk haritaları, farklı boyutlarda ve formatlarda olabilmekte; içinde bulundukları bağlama göre çeşitli şekillerde kullanılabilir (Gibbons, 2018). Genellikle bir kişinin (müşterinin) bir hizmet veya dijital / fiziksel ürünü kullanırken, satın alırken veya deneyimlerken geçtiği yolculuğun aşamalarını göstermekte ve çoğunlukla bir kişi olarak nitelendirilen birincil bir aktörün deneyimini resmetmeye izin vermektedir (Alves, 2022). Haritalama sürecindeki karmaşıklık düzeyine bağlı olarak “fırsatları, sıkıntılı noktaları ve harekete geçirici mesajları” vurgulayabilmektedir (Risdon, 2011).



Şekil 2.2 : HoC (Heart of the Customer)'ye ait bir yolculuk haritası örneği (Url-2).

Yolculuk haritalamanın *"bilgiyi akılda kalıcı, özlü ve ortak bir vizyon yaratan bir şekilde iletmek için etkili mekanizmalar"* olduğunu vurgulayan Kaplan (2016), bu yöntemin hikaye anlatımı ve görselleştirme olmak üzere iki güçlü aracı birleştirdiğini ifade etmektedir (Maddox vd., 2019).

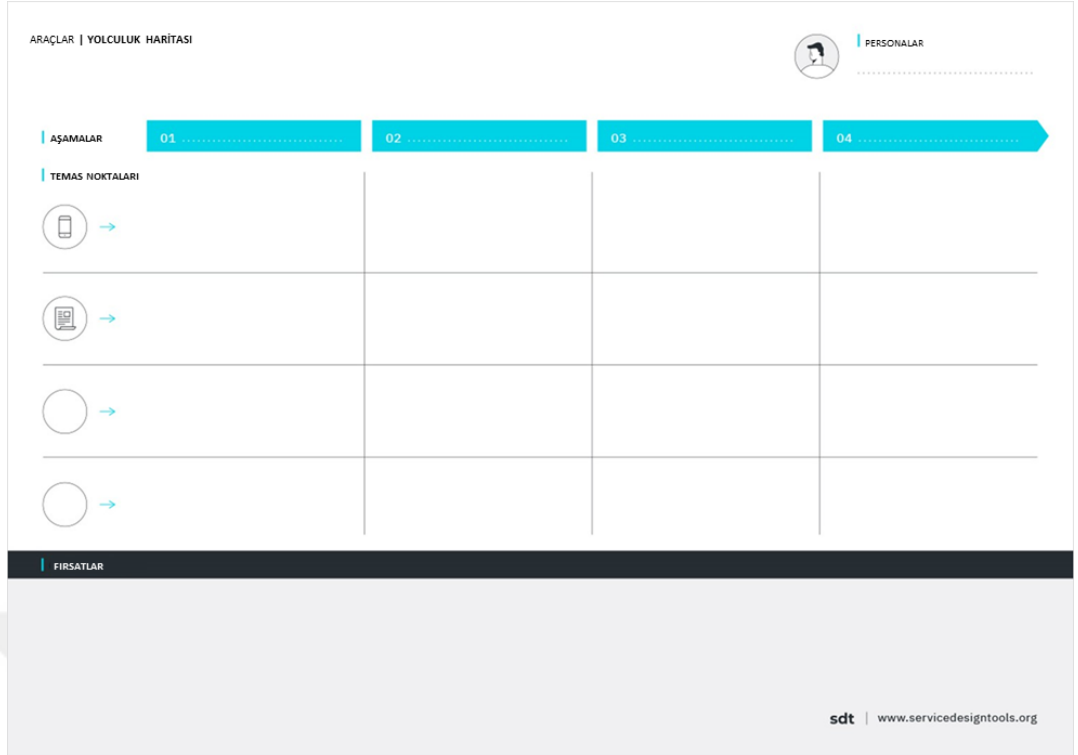
En temel haliyle yolculuk haritalama, bir dizi kullanıcı eylemini bir zaman çizelgesinde derleyerek başlamakta; ardından bir anlatı oluşturmak için bu zaman çizelgesi, kullanıcı düşünceleri ve duygularıyla detaylandırılarak bir görsel anlatı sunmaktadır (Kaplan, 2016a; Gibbons, 2018). Son olarak ise, bu anlatı, tasarım süreçlerine bilgi verecek içgörülerini iletmek için kullanılan bir görselleştirmeye yoğunlaştırılmaktadır (Gibbons, 2017). Bu çalışmanın sonucunda; tipik olarak bir kişinin geçtiği çeşitli aşamaları ve bu aşamalardan geçerken yaşadığı deneyimi gösteren doğrusal bir diyagram oluşmaktadır (Mutluer, b.t). Bu tür bir diyagramın, gerçek bir yolculuğun karmaşıklığını basitleştirdiği; böylelikle genel öngörüler elde edilebilmesine ve iyileştirmeler yapılabilmesine imkan sağladığı ifade edilmektedir (Thompson, b.t) (Örnek için bkz. Şekil 2.2).



Şekil 2.3 : Nielsen Norman Group'un yolculuk haritası kanvası (Görsel Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Kaplan, 2016a).

Yolculuk haritalarının en yaygın sunumu, yolculuğu doğrusal bir zaman çizelgesi biçiminde aktaran geniş biçimli diyagramlardır (Mutluer, t.y.). Bu diyagramlar, kullanıldıkları bağlama göre değişiklik göstermekle birlikte, haritanın odağını (mercek), haritalanmış deneyimi ve süreç boyunca öğrenilen içgörülerini içeren genel bir modeli takip etme eğilimindedir (Kaplan, 2016a) (bkz. Şekil 2.3). Bu yaklaşımı temel alarak kişiler ya da kurumlar tarafından geliştirilmiş pek çok yolculuk haritası aracı bulunmaktadır; bu araçlar kağıt çıktıları üzerine kullanılabilecek formatlarda (bkz. Şekil 2.3, Şekil 2.4, Şekil 2.5) olabildiği gibi, dijital tasarım şablonları olarak da bulunmaktadır. Bu dijital şablonlar arasında ise, *Custellence* ve *Smapply* gibi profesyonel yolculuk haritaları olmasının (bkz. Şekil 2.6) yanı sıra, Miro, Mural ve Google Slides (bkz. Şekil 2.7) gibi daha genel kullanıma yönelik çevrim içi araçlar da yer almaktadır (Url-3).

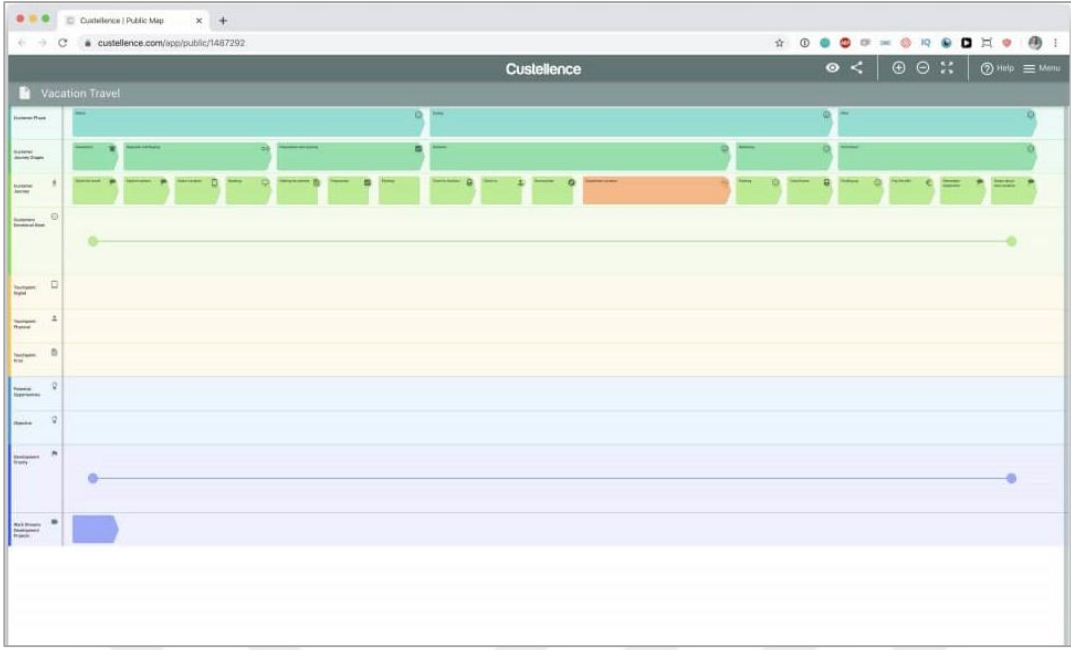
Tüm bu araçlar genel olarak değerlendirildiğinde ise, tipik olarak bir yatay eksen ile bir dikey eksenden oluşan yolculuk haritalarında, yatay eksen bir kişinin deneyimine ait aşamalar yer alırken; dikey eksen araştırmanın hedefine göre çeşitli kategoriler ve metrikler içermektedir (Howard, 2014). Ancak bu çeşitlilik farklı biçimlerde diyagramların ortaya çıkmasına yol açmasına rağmen; yolculuk haritalarının bazı ortak öğelere sahip olduğu ifade edilmektedir (Kaplan, 2016a).



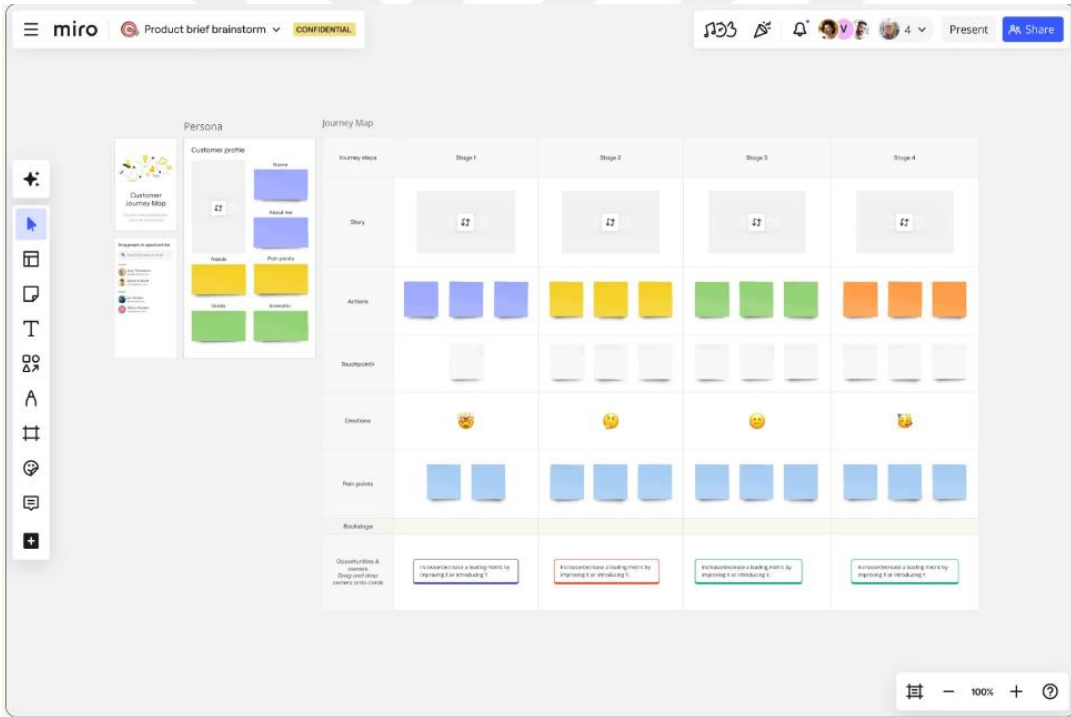
Şekil 2.4 : SDT (Service Design Tools)'nin yolculuk haritası kanvası (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Url-4).



Şekil 2.5 : This Is Service Design Thinking kitabında Mark Stickdorn ve Jakob Schneider tarafından oluşturulan yolculuk haritası kanvası (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak için bkz. Url-3).



Şekil 2.6 : Custellence yolculuk haritası şablonu (Url-3, şablon için bkz. Url-5).



Şekil 2.7 : Miro yolculuk haritası şablonu (Url-6).

Bu doğrultuda, Çizelge 2.1’de açıklandığı şekliyle yolculuk haritalarında kullanılan bazı temel unsurlar ‘ana aktör, senaryo, aşamalar, eylemler, zihniyet ve duygular, temas noktaları ve fırsatlar’ olarak sıralanabilmektedir. Bu temel unsurların yanı sıra yolculuk haritalarının, görsel gücünü artırmak, veri içeriğini zenginleştirmek ya da kullanım amacına göre uyarlamak amacıyla ‘kanallar, hikaye panoları, paydaşlar, dramatik yay, nicel araştırma verileri, özel şeritler, sahne arkası süreçleri’ gibi pek çok

katman eklenerek de genişletilebildiği ifade edilmektedir (Stickdorn ve diğ, 2018) (Çizelge 2.2.). Bu katmanları artırdıkça oluşturulan yolculuk haritalarının daha gerçekçi olacağına dair bazı düşünceler bulunmaktadır (Grillmayr, 2012).

Çizelge 2.1 : Yolculuk haritalarında kullanılan temel unsurlar.

Temel Unsurlar	Açıklama
Ana Aktör (Bakış Açısı)	Yolculuğu deneyimleyen ve yolculuğun merkezinde yer alan kişidir. Bakış açısı (point of view) olarak da ifade edilmektedir (Kaplan, 2016a). Güçlü ve net bir anlatı oluşturmak için harita başına tek bir bakış açısı olması tavsiye edilse de (Gibbons, 2018); çeşitli bakış açılarını tek bir haritada birleştiren yolculuk haritaları da bulunmaktadır (Stickdorn ve diğ, 2018). Aktörler genellikle kurgusal karakterlerle (persona) ilişkilendirilmekte (Kaplan, 2016a); ancak karakterler kurgusal olsa da, o kişinin bakış açısını merkeze koymak benzer davranış kalıplarına veya ihtiyaçlarına sahip insan gruplarını daha anlaşılır ve ilişkilendirilebilir hale getirerek empati oluşmasına yardımcı olmaktadır (Rainer, 2022b, Cramer, 2022).
Senaryo	Yolculuk haritasının ele aldığı durumu açıklamakta ve bir aktörün hedefi, ihtiyacı, belirli beklentileri vb. şeylerle ilişkilendirilmektedir. Senaryolar mevcut ürün ve hizmetler için gerçek olabileceği gibi henüz tasarım aşamasında olan ürünler için kurgusal (tahmin edilebilir) da olabilmektedir (Gibbons, 2018).
Aşamalar	Ana aktörün yaşadığı deneyimin ana aşamalarını temsil etmekte; bir yolculuğu zaman çizelgesine bölerek haritanın yapılandırılmasına ve ölçeğinin görselleştirilmesine yardımcı olarak geri kalan bilgiler (eylemler, düşünceler ve duygular) için organizasyon sağlamaktadır (Gibbons, 2018).
Eylemler, Zihniyet ve Duygular	Ana aktörün yolculuk boyunca sahip olduğu ve yolculuk aşamalarının her birinde haritalanan davranışları, düşünceleri ve duygularıdır (Gibbons, 2018). Bir yolculuk haritasının anlatımının merkezinde, kişinin yolculuk sırasında ne yaptığı, düşündüğü ve hissettiği bulunmaktadır. Bu veri noktalarının, saha çalışmaları, bağlamsal sorgulama ve günlük çalışmaları gibi nitel araştırmalara dayandırılması gerektiği vurgulanmaktadır (Kaplan, 2016a).
Temas Noktaları	Ana aktörün bir marka, ürün, hizmet veya süreçle olan tüm etkileşimleridir (Stickdorn ve diğ, 2018). Bu noktalar, müşteri yolculuğunun farklı aşamalarında ortaya çıkarak kişilerin deneyimini doğrudan etkilemektedir. Bir yolculuk haritasının, deneyimleri ne kadar iyi gösterebileceğinin toplanan ve görsel olarak birbirine bağlanan temas noktalarına bağlı olduğu ifade edilmektedir (Howard, 2014). Bu nedenle bu noktaların kullanıcı hedefleri ve eylemleriyle uyumlu hale getirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Kaplan, 2016a).
Fırsatlar	Haritalamadan elde edilen ve kullanıcı deneyiminin nasıl optimize edilebileceğini ortaya koyan içgörülerdir. Ekibin haritadan bilgi çıkarmasına yardımcı olan fırsatlar (Gibbons, 2018) aracılığıyla bir yolculuk haritasının eyleme geçirilebileceği ifade edilmektedir (Kaplan, 2016b).

Çizelge 2.2 : Yolculuk haritalarında kullanılan ek katmanlar (Stickdorn ve diğ, 2018'den uyarlanmıştır).

Ek Katmanlar	Açıklama
Paydaşlar	Bir yolculuk haritasının her adımında yer alan paydaşların listesi, hangi iç veya dış paydaşların belirli adımların parçası olduğunu ve hatta bunlardan sorumlu olduğunu ortaya koymaktadır. Bu yaklaşım, araştırma, prototip oluşturma ve uygulamaya dahil edilmesi gereken potansiyel kilit aktörlerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır (Stickdorn ve diğ, 2018).
Kanallar	Yüz yüze etkileşim, web sitesi, uygulama, TV reklamı veya basılı reklam gibi belirli bir adımda yer alan herhangi bir iletişim aracını ifade etmektedir. Ana aktörün hangi kanalları kullandığını belirtmek, kanallar arası deneyimleri anlamamıza yardımcı olurken; olası tüm kanalları gösteren üst düzey bir harita, uçtan uca yolculuklara kapsamlı bir genel bakış sağlamaktadır (Stickdorn ve diğ, 2018).
Hikaye Panoları	Belirli durumların öyküsünü anlatmak amacıyla eskizler, illüstrasyonlar, fotoğraflar ve ekran görüntüleri kullanarak her adımın görsel olarak temsil edilmesidir. Bu görselleştirmeler, bir yolculuk haritası üzerinde gezinmeyi kolaylaştırarak, empatinin artmasını sağlamaktadır (Stickdorn ve diğ, 2018).
Dramatik Yay	Bir yolculuk boyunca bir kişinin katılımını veya belirli bir adımın önemini gösteren bir grafiklerdir. Mevcut deneyimi analiz etmenin yanı sıra gelecekteki bir konsepti veya arzulanan bir katılımı planlamak için de kullanılmaktadır (Cramer, 2022). Bir yolculuk haritası boyunca etkileşimin yüksek ve düşük olduğu anlar işaretlenerek, bir deneyimin dramatik seyri görselleştirilmektedir (Stickdorn ve diğ, 2018). Dramatik bir yay aracılığıyla, her adımda ana aktörün katılım düzeyini derecelendirerek göstermek (örneğin 1'den 5'e kadar) (Stickdorn ve diğ, 2018), bir deneyimin hızı ve ritmi üzerine düşünülmesine yardımcı olmaktadır (Grillmayr, 2021). Bir hizmet yolculuğunun dramatik seyrini düşünmek, onun nasıl deneyimlendiğine ve ana aktörün neye değer verebileceğine veya reddedebileceğine dair yeni bilgiler elde edilmesini sağlamaktadır (Stickdorn ve diğ, 2018).
Nicel Araştırma Verileri	Nitel araştırma verilerini doğrulamak ve yolculuk haritasının güvenilirliğini artırmak için belirli adımlara veya kanallara yönelik kullanılan memnuniyet anketlerinin istatistikleri ve ölçümleri gibi nicel verilerdir (Stickdorn ve diğ, 2018).
Özel Şeritler	Kullanım amacına göre, içeriği zenginleştirmek amacıyla eklenen temel performans göstergeleri (KPI), diğer yolculuk haritalarına veya belgelere yapılan referanslar (dosyalar, bağlantılar vb.) vb. bilgileri içerecek şekilde yapılan özelleşmiş görselleştirmelerdir (Stickdorn ve diğ, 2018).
Sahne Arkası Süreçleri	Ana aktörün adımları olarak görselleştirilen sahne önü deneyimlerin, (genellikle) akış şemaları aracılığıyla ana aktörün göremediği faaliyetlere (sahne arkası süreçlere) bağlanmasıdır. Sahne arkası süreçler, hangi departmanların ve sistemlerin dahil olduğunu veya belirli adımlarda tetiklendiğini ortaya çıkarmaktadır. Sahne arkası süreçleri içeren bir yolculuk haritasının, bir hizmet planıyla (service blueprint) aynı bilgileri sağlayabileceği, genellikle bu iki aracın örtüşmesi veya melezlenmesinin söz konusu olduğu ifade edilmektedir (Stickdorn ve diğ, 2018).

Ancak yukarıdaki tüm unsurlar dahil edildiğinde bile, iki yolculuk haritasının tamamen farklı görünebileceği, bu konu hakkında bilinçli bir karar vermek için haritanın hangi düzeyde ayrıntı içereceği, doğru anlatım sağlamak için hangi bileşenlerin kullanılacağı, mevcut bir deneyimi mi yoksa yeni bir deneyim önerisini mi sunacağı gibi amaçları göz önünde bulundurmanın önemli olduğu belirtilmekte (Kaplan, 2016a); bu nedenle de çok farklı türde yolculuk haritaları olduğu ifade edilmektedir (Stickdorn ve diğ, 2018).

2.2.1.2 Yolculuk haritası türleri

Yolculuk haritaları temelde benzer bir yapıyı paylaşırsa da, farklı amaçlar için kullanılan çok çeşitli ve farklı türde yolculuk haritası bulunmaktadır. Bir yolculuk haritasının neyi temsil ettiği, odak noktası ve ayrıntı düzeyi gibi birçok farklı faktöre bağlı olduğunu ifade eden Stickdorn ve diğ. (2018) çok çeşitli yolculuk haritası türlerinden bahsetmektedir:

- *Güvenilirliğine göre varsayıma dayalı (assumption-based) ve araştırmaya dayalı (research-based) yolculuk haritaları:* Araştırma verilerine dayanarak mevcut deneyimlerin görselleştirilmesi, *araştırmaya dayalı yolculuk haritaları* olarak adlandırılırken; araştırma verileri olmadan varsayımlar üzerine inşa edilen görselleştirmeler *varsayıma dayalı yolculuk haritaları* olarak adlandırılmaktadır (Kalbach, 2016).

Araştırma öncelikli yaklaşım, birincil kullanıcı araştırması süreciyle başlamakta, elde edilen veriler daha sonra bir haritada birleştirilmektedir. Paydaş varsayımları yerine birincil verilerin haritalanmasını sağlayan bu yaklaşım araştırma, analiz ve paydaş okumaları içerdiği için uzun ve pahalı olabilmektedir. Varsayım öncelikli yaklaşım ise, multidisipliner bir ekibin, varsayım haritası veya hipotez haritası taslağı oluşturmak amacıyla halihazırda var olan bilgileri kullandığı bir çalıştay ile başlamaktadır. Yeni tasarım fikirlerini hızla ortaya koyma zorunluluğu olduğu durumlarda, varsayım öncelikli yaklaşım, sorunlu noktaları önceliklendirme ve test edilecek çözümler üretme sürecini hızlandırırsa da, sürecin doğrulama gerçekleşmeden önce durması gibi kritik durumlara da sebep olabilmektedir. Bu nedenle bir yolculuk haritasının varsayıma dayalı mı yoksa araştırmaya dayalı mı olduğu onun güvenilirliği için çok önemli faktörlerden biri olmaktadır (Stickdorn ve diğ, 2018). Bir araya getirilmesinin nispeten kolay ve hızlı olması sebebiyle, bir araştırma sürecini yapılandırmak için varsayıma dayalı bir yolculuk haritasıyla

başlamak her ne kadar mantıklı olsa da sadece varsayımlar üzerine inşa edilen yolculuk haritalarının yanıltıcı olacağı ifade edilmektedir (Kalbach, 2016). Bu nedenle doğrulama yanlılığı riskini ortadan kaldırmak ve güvenilirliği artırmak için hibrit bir yaklaşımla, öncelikli olarak varsayıma dayalı bir hipotez haritası oluşturmanın; ardından görüşme, anket, günlük çalışması gibi araştırma yöntemleriyle bu haritanın güncellenmesi ve geliştirilmesi tavsiye edilmektedir (Alves, 2022; Davey, 2024; Kalbach, 2016; Kaplan, 2016a; Kaplan, 2020).

- *Zaman bağlamına göre* mevcut durum (current-state) ve gelecek durum (future-state) yolculuk haritaları: Bir yolculuk haritası mevcut deneyimi görselleştirebileceği gibi gelecekteki deneyimleri görselleştirmek amacıyla da kullanılmaktadır (Kalbach, 2016). Mevcut durum haritaları, ana aktörün mevcut bir hizmeti veya fiziksel/dijital ürünü nasıl deneyimlediğini açıklayan görselleştirmelerdir. Çoğunlukla mevcut deneyimdeki boşlukları bulmak ve hizmetleri, fiziksel / dijital ürünleri iyileştirme fırsatlarını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Stickdorn ve diğ., 2018, Rainer, 2022b, Alves, 2022). Ana aktörün henüz var olmayan bir hizmet veya fiziksel/dijital ürünle yaşayabileceği potansiyeli görselleştiren (Kaplan, 2020) gelecek durum yolculuk haritaları ise, potansiyel deneyimin ve kullanım bağlamının hayal edilmesine ve anlaşılmasına yardımcı olmasının yanı sıra hangi yönlerin ve adımların prototiplenmesi ya da test edilmesi gerektiğinin seçilmesine katkı sağlamaktadır (Stickdorn ve diğ., 2018).
- *Ana aktör perspektifine göre* müşteri (customer) ve çalışan (employee) yolculuk haritaları: Yolculuk haritaları çoğunlukla hizmet alıcıların (müşteri) deneyimini görselleştirmek için kullanılsa da hizmet sağlayıcıların (çalışanlar) deneyimlerini görselleştirmek için de kullanılabilmektedir (Stickdorn ve diğ., 2018). Bu nedenle yolculuk haritalarına personanın kim olduğunun, beklentilerinin ve ihtiyaçlarının ne olduğunun açıkça tanımlanarak başlanması gerektiği; bunun oluşturulan yolculuk haritalarının nasıl yorumlanacağını büyük ölçüde etkileyebileceği ifade edilmektedir (Deepak, 2022). Çalışan yolculuk haritası, bir hizmet sağlayıcının deneyiminin nasıl geliştirilebileceğini anlamaya yöneliktir. Motivasyonu yüksek bir personelin, iyi bir müşteri deneyimi sunmada önemli bir faktör olduğu düşünüldüğünde çalışan deneyimini dikkate almanın çok değerli bir yaklaşım olduğu ifade edilmektedir. Temelde diğer yolculuk haritaları bir müşteri ile çalışanın deneyimini birleştirirken; müşteri ve çalışan arasındaki etkileşimlerin yanı sıra çalışanların sahne arkasındaki eylemlerini de görünür hale getiren bu

birleştirilmiş haritaların, müşterilerin çalışanların ulaşamayacağı faaliyetler sırasında yaşadıkları sorunları da ortaya çıkarmaya yardımcı olduğu ifade edilmektedir (Stickdorn ve diğ, 2018).

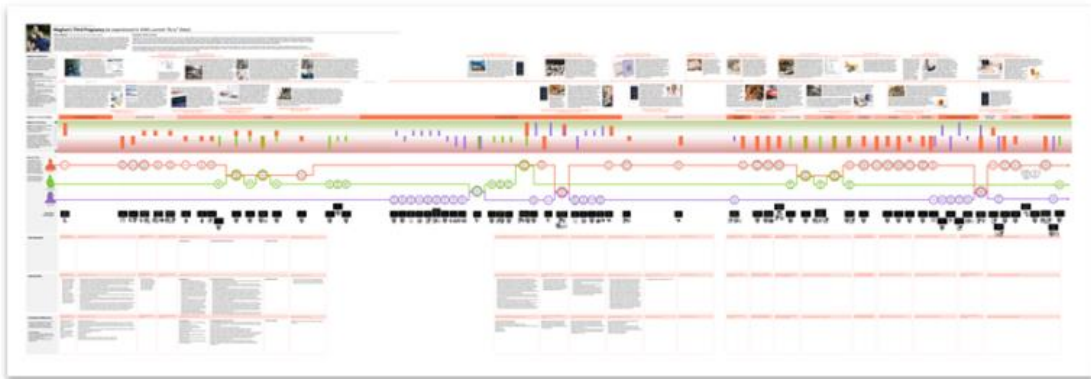
- *Kapsam ve ölçeğe göre* üst düzey (high-level) ve ayrıntılı (detailed) yolculuk haritaları: Yolculuk haritaları, geniş bir bakış açısı sunan haritalardan mikro etkileşimlerin adım adım açıklamalarına odaklanan daha ayrıntılı haritalara kadar çeşitli ölçek ve kapsamlara sahip olabilmektedir (Deepak, 2022). Uçtan uca bir deneyime genel bir bakış elde etmek amacıyla üst düzey yolculuk haritaları kullanılırken (Grillmayr, 2021), bu yolculuğun bir adımına odaklanarak (Grillmayr, 2021) belirli bir fikir veya zorluk üzerinde daha ayrıntılı yolculuk haritalarına ihtiyaç duyulabilmektedir (Rainer, 2022b). Bu nedenle yolculuk haritalarının, araştırmayı yapılandırmak için kullanıldığında oldukça kapsamlı olması istenirken; bir fikri veya sorunu iletmek amacıyla ana aktörün ihtiyaçları hakkında daha önemli bir kısma odaklanması daha yararlı olabilmektedir. Gösterilen deneyim, haritadan uzaklaştıkça (üst-düzey haritalar) daha az ayrıntılı ve uzun bir zaman çerçevesi sunarken, haritaya yaklaştıkça (ayrıntılı haritalar) daha ayrıntılı ve kısa bir zaman aralığına karşılık gelmektedir (Stickdorn ve diğ, 2018). Tasvir edilen deneyimin ne kadar yakınlaştırılacağı veya uzaklaştırılacağına karar verilmesi, etkili bir yolculuk haritası oluşturmak için önemli olsa da (Grillmayr, 2021); haritalama sürecinin özünde bu iki ölçekten birine karar vermek yerine, sürekli olarak farklı yakınlaştırma düzeyleri arasında geçiş yapılması (Stickdorn ve diğ, 2018) ve yolculuk haritaları hiyerarşisi oluşturulması (Rainer, 2022b) tavsiye edilmektedir. Bu yaklaşım elde edilen verilerin farklı projelerde yeniden kullanabilmesi için bir veri havuzu oluşturulmasını sağlamaktadır (Rainer, 2022b).
- *Odağa göre* ürün merkezli (product-centered) ve deneyim merkezli (experience-centered) yolculuk haritaları: Ürün merkezli yolculuk haritası, yalnızca ana aktör (müşteri vb.) ile hizmet, marka, fiziksel veya dijital bir ürün arasındaki etkileşimi (temas noktalarını) temsil eden adımları içeren görselleştirmelerdir. Deneyim merkezli yolculuk haritaları ise, genel deneyimi ana aktörün perspektifinden sunan haritalardır (Stickdorn ve diğ, 2018). Ürün merkezli yolculuk haritaları yalnızca temas noktalarına, yani ana aktör ile ürün, hizmet veya marka arasındaki etkileşime odaklanırken; deneyim odaklı yolculuk haritaları durumsal bağlamı yansıtarak temas noktalarının genel deneyime nasıl dahil edildiğini göstermektedir. Bu

nedenle genellikle deneyim merkezli haritalarda asıl amaç ana aktörün bir hizmeti veya ürünü kullanması değildir. Bu haritalar aynı zamanda insanların bir deneyim boyunca nasıl etkileşime geçtikleriyle ilgilenmekte; gerçekte neyi başarmak istedikleri hakkında daha derin içgörüler elde edilmesine yardımcı olmaktadır (Stickdorn ve diğ, 2018; Rainer, 2022b).

Bu yaklaşımlar çerçevesinde bir yolculuk haritasının neyi temsil ettiği ve neyi hedeflediği belirlenerek çok çeşitli haritalar oluşturulabilmekte; farklı rollere ve çeşitli geçmişlere sahip insanlar dahil olmak üzere tüm hiyerarşi seviyelerinde artan bir şekilde kullanıldığı görülmektedir. Bu doğrultuda, kişilerin istek ve beklentilerini karşılayan hizmetler sunulması konusunda yüksek potansiyelli bir araç haline gelen yolculuk haritalarının, sunduğu kişi odaklı yaklaşımla birlikte (Alves, 2022); sağlık hizmeti alanında da giderek daha fazla kullanılmaya başlanması ve etkili sağlık hizmeti sunma konusunda tercih edilen araçlardan biri haline gelmesi dikkat çekmektedir.

2.2.2 Sağlık hizmeti tasarımı yolculuk haritalarının kullanımı

Hizmet tasarımı yaygın olarak kullanılan bir yöntem olmasına rağmen (Marquez ve diğ, 2015), yolculuk haritalama yaklaşımının sağlık hizmetleri bağlamında kullanımı nispeten yenidir (Philpot ve diğ, 2019) ve giderek daha fazla benimsenmektedir (Sijm-Eeken ve diğ, 2020). Literatürde genellikle 'hasta yolculuğu haritalaması' (Davies ve diğ, 2023) olarak adlandırılan bu yöntem, bir bireyin bakım alma sürecinde geçtiği tüm aşamaların ve bu aşamalar sırasındaki deneyimlerinin görsel bir temsili (Şekil 2.8) sağlamaktadır (Sijm-Eeken ve diğ, 2020).



Şekil 2.8 : Sağlık hizmeti sunumuna yönelik yolculuk haritası örneği (Cook, 2017).

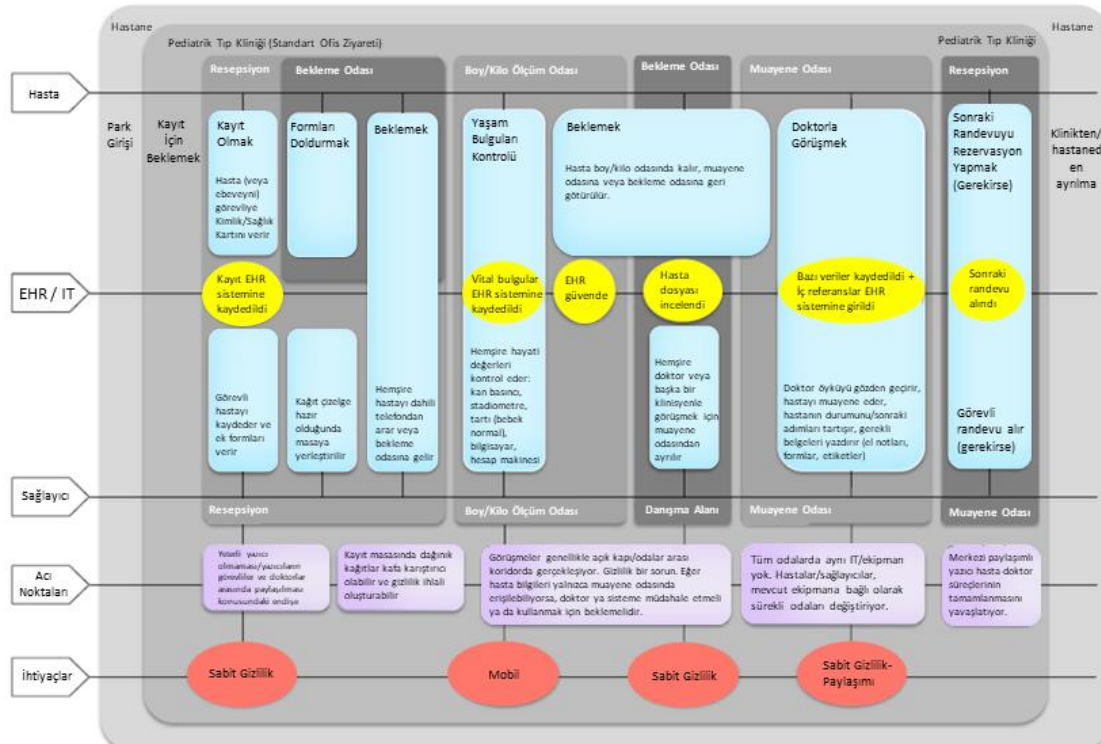
Genellikle hizmet alıcısının perspektifinden oluşturulan (Madathil ve diğ, 2020) ve kişi merkezli bakımı temel alan bu haritalar, sağlık hizmeti deneyiminin aktif olarak şekillendiği hizmet ve sağlık hizmeti alıcısı arasındaki ardışık bir dizi temas noktasının haritalanmasına dayanmaktadır (Bate ve Robert, 2006; Zomerdijk ve Voss, 2009; akt. McCarthy ve diğ, 2016). Ortaya çıkan görsel araç, bakım yolculuğu boyunca insanların davranışlarını, duygularını, motivasyonlarını ve tutumlarını yakalamak için hem fiziksel hem de duygusal yolculuğu içermektedir (McCarthy ve diğ, 2016). Aynı zamanda bakım yolculuğunun hizmet öncesinden hizmet sonrasına kadar çok geniş bir ölçekte görselleştirilmesine olanak tanımaktadır (Rainer, 2022b). Karmaşık ve dinamik bir yapıya sahip olan sağlık hizmetlerinde bireylerin deneyimlerinin değerlendirilmesine yardımcı olan bu yöntem (Davies ve diğ, 2023; Sijm-Eeken ve diğ, 2020); bir sağlık hizmetine yönelik genel bir bakış oluşturmak ve müdahaleler tasarlamak amacıyla kullanılmaktadır.



Şekil 2.9 : Bir meta hizalama şeması oluşturmak için üç yolculuk haritasının hizalanması (Cook, 2017).

Bu haritalar oluşturulduktan sonra ise, aynı olaylar dizisini deneyimleyen farklı kişilerin haritaları eşleştirildiğinde, inovasyonu teşvik eden içgörü ve fırsatların daha dikkatli bir şekilde değerlendirileceği ifade edilmektedir. Bu amaçla her kişi için

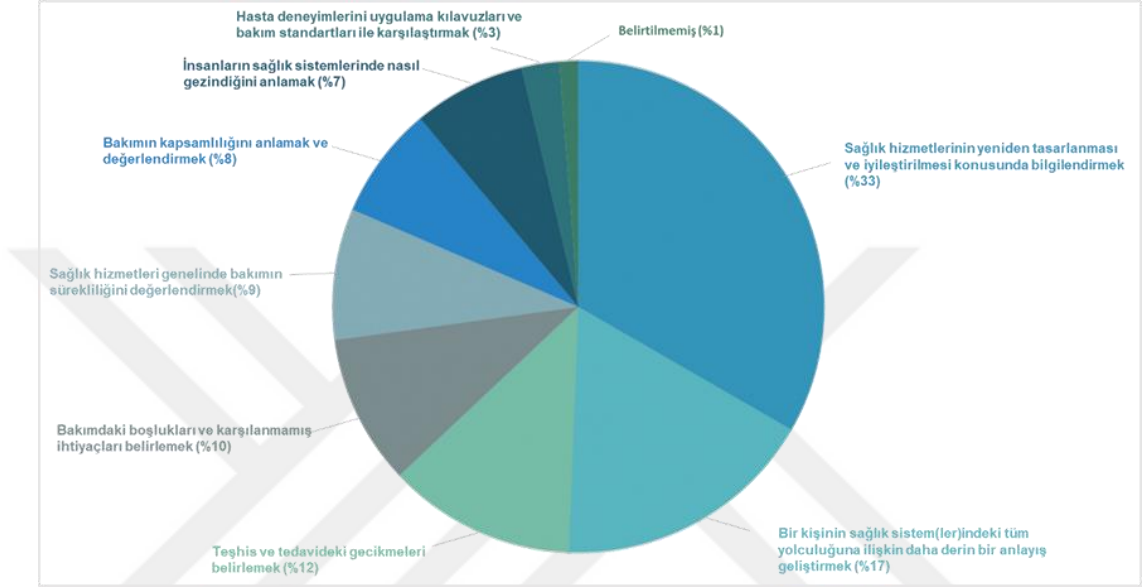
oluşturulan haritalar, dikey olarak hizalanarak *meta hizalama şemaları* (*meta alignment diagram*) oluşturulmaktadır (Cook, 2017). Şekil 2.9’da bir meta hizalama şeması (a meta alignment diagram) oluşturmak için üç yolculuk haritasının hizalanmasına yönelik bir örnek yer almaktadır. Böylelikle, deneyimi birden fazla perspektiften tam olarak anlamak için belirli alanlar keşfedilebilmektedir. Bu yaklaşım, bir tasarımcının tüm hizmet alıcıların ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeni çözüm önerileri sunmasını desteklemesinin yanı sıra deneyimin tüm sosyoteknik yönlerini içermektedir. Bu şekilde haritalanan klinik senaryoların, ihtiyaçların önceliklendirilmesini, süreç iyileştirme projelerini ve sağlık bilgi teknolojisini geliştirmeyi desteklediği ifade edilmektedir (Cook, 2017).



Şekil 2.10 : Bir hasta ve bir hizmet sağlayıcısının deneyimini içeren ikili deneyim haritası örneği (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Parush ve diğ, 2021).

Ayrıca sağlık hizmeti sürecinin hizmet alıcıların perspektifinden tasvir edilmesiyle oluşturulan tekil yolculuk haritalarının yanı sıra literatürde *ikili hasta-sağlık hizmeti sağlayıcısı deneyim haritalaması* da (*dual patient-healthcare provider experience mapping*) (Parush ve diğ, 2014; Varpio ve diğ, 2015; akt. Joseph ve diğ, 2020) önemli yaklaşımlardan biri olarak görülmektedir (Şekil 2.10). Bu haritalarda, hizmet alıcısının deneyimiyle paralel olacak şekilde sağlık hizmeti sağlayıcısının deneyim ve etkileşimleri de görselleştirilmekte ve detaylandırılmaktadır (Parush ve diğ, 2014; akt.

Joseph ve diğ, 2020). Bu yaklaşım, bakım yolculuğunun haritalandırılmasında hem hizmet alıcıların hem de hizmet sağlayıcılarının deneyimlerinin dikkate alınmasını mevcut haritalama yöntemine entegre etmektedir (Parush ve diğ, 2014). Böylelikle, bir yolculuğun farklı yönlerini temsil eden birden fazla perspektife odaklanılarak, sağlık hizmeti süreçlerindeki boşlukların daha kapsamlı bir ölçekte belirlenmesine olanak sağlanmaktadır (Kushniruk ve diğ, 2020, s. 406; akt. Davies ve diğ, 2023).



Şekil 2.11 : Sağlık hizmetine yönelik araştırmalarda yolculuk haritalama yönteminin kullanılma sebepleri (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Davies ve diğ, 2023).

Sağlık hizmetlerinde yolculuk haritalama yöntemi, insanların sağlık hizmeti sürecini nasıl deneyimlediğini daha iyi anlamak için hızla büyüyen bir yaklaşımdır. Bu tür bir metodoloji, kişi merkezli bakım anlayışıyla sağlık hizmetlerindeki boşlukların giderilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesinde önemli bir potansiyele sahiptir. Literatürde sağlık hizmetine yönelik çalışmalarda yolculuk haritalama yönteminin kullanımındaki artış dikkat çekmekte; ilgili yayınlarda çok çeşitli hastalıklar, hastalık süreçleri ve yaralanmalar haritalanmaktadır. Bunlar arasında tedavi uzmanlıklarına göre onkoloji, ruh sağlığı, kardiyovasküler, kas-iskelet sistemi, dermatoloji, nöroloji gibi pek çok alan yer almaktadır (Davies ve diğ, 2023). Davies ve diğ. (2023), literatürde sağlık hizmetlerine yönelik yürütülen bu çalışmalarda yolculuk haritalama yöntemini kullanmak için sekiz farklı neden olduğunu ifade etmektedir (Şekil 2.11):

- Sağlık hizmetlerinin yeniden tasarlanması ve iyileştirilmesi konusunda bilgi vermek,

- Bir kişinin sağlık sistem(ler)indeki tüm yolculuğuna ilişkin daha derin bir anlayış geliştirmek,
- Teşhis ve tedavideki gecikmeleri belirlemek,
- Bakımdaki boşlukları ve karşılanmamış ihtiyaçları belirlemek,
- Sağlık hizmetleri genelinde bakımın sürekliliğini değerlendirmek,
- Bakımın kapsamlılığını anlamak ve değerlendirmek,
- İnsanların sağlık sistemlerinde nasıl gezindiğini anlamak,
- Hasta deneyimlerini uygulama kılavuzları ve bakım standartlarıyla karşılaştırmak.

Yukarıda sıralanan bu temel amaçlar doğrultusunda yürütülen çalışmalar, sağlık hizmeti deneyiminin daha ayrıntılı bir görünümünü sunarken; bakım kalitesini iyileştirmek, hizmet alıcı ve hizmet sağlayıcılar arasındaki dinamik ilişkiyi daha iyi anlamak, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorlukları ortadan kaldırmak, dezavantajlı popülasyondan insanların yaşam deneyimlerini keşfetmek (Bearnot ve Mitton, 2020; Richardson ve diğ, 2007) gibi pek çok avantajlı bünyesinde barındırarak umut vaat edici bir araç olarak görülmekte ve sağlık araştırmacıları arasında kullanımı giderek artan bir araç haline gelmektedir.

2.2.2.1 Sağlık hizmeti tasarımında kullanılan yolculuk haritalarının g  l  yanları

Sağlık hizmeti tasarımında yolculuk haritalama yönteminin birçok avantajı bulunmakta (Davies ve diğ, 2023) ve sağlık hizmeti karşılaşmalarını yolculuk haritaları şeklinde iletmenin birçok faydası olduğu kabul edilmektedir (Ly ve diğ, 2021). Bu haritalar, bakım sağlayıcıların, bakım alıcıların deneyimini anlaması ve optimize edebilmesi amacıyla tasarlanmış olup, bakım yolculuğunun hizmet öncesinden hizmet sonrasına (teşhis, tedavi, takip vb.) kadar uzanan çok geniş bir ölçekte görselleştirilmesine olanak tanımaktadır (Rainer, 2022b). Böylelikle, bir sağlık hizmeti hakkında değerli bilgiler sağlarken (Simonse ve diğ, 2019); bakım alıcıların ihtiyaçları ve deneyimlerine daha fazla vurgu yaparak bakım sunumundaki boşlukları, engelleri ve iyileştirme fırsatlarını belirlemeye yardımcı olmaktadır (Ly ve diğ, 2021). Ayrıca, bakım alıcıların deneyimlerini daha ayrıntılı anlayarak bakımın kalitesini

iyileştirmenin yanı sıra; bakım alıcılar ve bakım sağlayıcılar arasındaki dinamik ilişkinin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır (Lawrence ve diğ, 2021; akt. Davies ve diğ, 2023).

Geleneksel araştırma yöntemleriyle karşılaştırıldığında, tekil temas noktalarına odaklanmak yerine, resmin tamamına bakmaya yardımcı olarak (Rawson ve diğ, 2013) bütüncül bir bakım anlayışını teşvik etmektedir (Ly ve diğ, 2021). Görselleştirme aracılığıyla, çok disiplinli paydaşlar arasında ortak bir dil oluşturarak (Gibbons, 2018) ortak içgörüler geliştirmeye yönelik tartışmalara olanak sağlamaktadır (Simonse vd., 2019). Bir sağlık hizmeti sürecindeki potansiyel pivot noktalarını belirlemeye yardımcı olan bu görsel araç (Ly ve diğ, 2021), bir hizmetle ilgili değerli içgörüler yaratılmasına imkan tanımakta (Simonse vd., 2019) ve kişi merkezli bakımın proaktif sunumunu teşvik etmektedir (Ly ve diğ, 2021). Aynı zamanda sağlık hizmeti sürecindeki verimlilikleri ve verimsizlikleri belirleyebilme potansiyeline sahip olan (Joseph ve diğ, 2020) bu haritalar, mevcut durumu anlamaya yardımcı olmanın yanı sıra gelecekteki süreçleri planlamak için de kullanılmaktadır (Maddox ve diğ, 2019).

Bakım aşamalarının aktif olarak haritalanmasını içermeyen persona, hikaye panosu (storyboard) gibi araçların aksine (Madathil ve diğ, 2020), daha dinamik ve çok boyutlu bir bakış açısı sağlamaktadır (Howard, 2014). Böylelikle, kişi (müşteri, kullanıcı, hasta, hizmet alıcı) ile hizmet sağlayıcı arasındaki ilişkiyi sistem içinde dinamik ve her alanda göstererek, diğer hizmet tasarım yöntemlerinin statik görünümünün ötesine geçmektedir (Zomerdijsk ve Voss, 2009). Ayrıca, sağlık hizmeti alıcısı deneyimiyle ilgili bilgi ve içgörülerini görsel olarak dışsallaştırmaya yardımcı olmakta ve onları hizmet sürecinin merkezine yerleştirerek bakım alıcılara yönelik empatiyi geliştirmeye yardımcı olmaktadır (McCarthy ve diğ, 2016).

Geleneksel yöntemler kullanılarak ölçülmesi ve değerlendirilmesi zor olabilecek durumlara daha fazla vurgu yapılmasını sağlayan (Ly ve diğ, 2021) bu haritalar, hem araştırmacılara hem de diğer paydaşlara bakım alıcılar, yakınları ve sağlık profesyonelleri perspektifinden gözlemlenebilir ve gözlemlenemeyen veriler sunarak sağlık hizmeti deneyimini birden fazla noktada anlama fırsatı sağlamaktadır (Cherif ve diğ, 2020). Bu haritalar özellikle birlikte tasarlandığında, birlikte yönetildiğinde ve hizmet alıcılarla istişare içinde üretildiğinde, hizmet alan kişilerin ihtiyaçlarını karşılayan hedefli eyleme dönüşmekte, böylelikle sağlık hizmeti reformuna yol açabilecek bir araştırma yöntemi olarak görülmektedir (Davies ve diğ, 2023).

Sağlık hizmetlerinde yolculuk haritalarının kullanımı simbiyotik ilişkiler içermektedir. Bakımda ortak karar vermenin (shared decision making) önemi göz önünde bulundurulduğunda, sağlık hizmeti alıcısının perspektifinden oluşturulan haritalar bakım sürecinin güçlendirilmesinde hizmet alıcıları yetki sahibi yaparken, bakım sağlayıcıların da süreç hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarına yardımcı olmaktadır (Joseph ve diğ., 2020). Bu durum sağlık hizmeti alıcıları ile bakım sağlayıcılar arasındaki iletişimi güçlendirmektedir (Ly ve diğ., 2021). Sağlık hizmeti sunumunu, bakım alıcının perspektifinden görmek, olumlu bakım sonuçlarının yanı sıra empatinin artmasına yol açmaktadır (Joseph ve diğ., 2020; McCarthy ve diğ., 2016). Böylelikle ortaklık içinde inşa edilen hizmet sunumu, olumlu bakım sonucuna da katkı sağlamakta (Joseph ve diğ., 2020); aynı zamanda hizmet sağlayıcılar arasındaki iş birliklerini de artırmaktadır (Ly ve diğ., 2021).

Sağlık hizmetlerinde yolculuk haritalama yöntemini kullanmanın sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi üzerindeki potansiyel etkisinin yüksek olduğu; mevcut literatürde bu yöntemi kullanan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda hem bakım alıcılar hem de bakım sağlayıcılar için karmaşık sağlık hizmeti sürecini anlamak ve iyileştirmek için umut vaat ettiği belirtilmektedir. Bu nedenle gelecekteki çalışmalarda, daha iyi bir sağlık sistemi oluşturmak amacıyla yolculuk haritalama yaklaşımının sağlık hizmetlerine daha yakından entegre edilmesi önerilmektedir (Joseph ve diğ., 2020). Ancak bu entegrasyon sürecinde tam bir uyum yakalayabilmek için yöntemin sağlık hizmetlerinde kullanımındaki sınırlı yanların da farkında olmak önem arz etmektedir.

2.2.2.2 Sağlık hizmeti tasarımında kullanılan yolculuk haritalarının sınırlı yanları

Yolculuk haritalama yönteminin pazarlama, kullanıcı deneyimi (UX), ürün yönetimi, iş analitiği gibi alanlarda pek çok uygulaması olmasına rağmen; lojistik, mahremiyet, değişen hasta ve hastane koşulları gibi sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinde etkili bir şekilde uygulanması için bazı zorluklar bulunmaktadır (Madathil ve diğ., 2020).

Özellikle sağlık hizmetlerinin karmaşık bir yapısı olması ve çok sayıda karşılıklı bağımlılık içermesi sebebiyle kapsamlı ve erişilebilir yolculuk haritaları tasarlamak zor olabilmektedir (McCarthy ve diğ., 2016; Rosenbaum ve diğ., 2017; Maddox ve diğ., 2019). Yolculuk haritalarına tüm bilgiler dahil edildiğinde, veri açısından zengin ancak kalabalık bir haritayla sonuçlanabilmektedir. Bu durum, özellikle farklı

paydaşlar arasında bir iletişim aracı olarak kullanıldığında yolculuk haritalarının okunabilirliğinin zayıf olmasına yol açabilmektedir (Maddox ve diğ, 2019). Ayrıca, sağlık hizmetinin her alanında kişiye sunulan bakımın yüksek koordinasyona sahip olması gerektiğinden yolculuk haritasının kapsamını kontrol etmek de zorlaşabilmektedir (Maddox ve diğ, 2019).

Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde yolculuk haritalarının kullanımı her ne kadar artmaya başlasa da nispeten yenidir (Madathil ve diğ, 2020). Bu nedenle yöntemin kullanıma dair bir standardizasyon ve adlandırma tutarlılığı bulunmamaktadır (Kaplan, 2017; Joseph ve diğ, 2020). Sağlık endüstrisinde tutarsız ve birçok bağlamsal şekilde kullanılan (Joseph ve diğ, 2020) bu haritaların, diyagram türünde önemli farklılıklar olmasının yanı sıra kullanımına yönelik tutarlı bir metodoloji de bulunmamaktadır (Sijm-Eeken ve diğ, 2020). Sağlık sektöründe çok çeşitli bağlamsal yollarla kullanılan ve tanımlanan sağlık hizmetine yönelik yolculuk haritaları terminoloji, diyagram veya kullanım amacı açısından standartlaştırılmamıştır (Joseph ve diğ, 2020). Davies ve diğ. (2023), hasta yolculuğu haritalama projelerini tanımlamak için kullanılan terminolojinin değişiklik gösterdiğini; *süreç haritalama* (Trebble ve diğ, 2010), *hasta yolculuğu modellemesi* (Curry ve diğ, 2007), *yolculuk haritalama* (Bearnot ve Mitton, 2020) ve *müşteri yolculuğu haritalama* (Dawson ve diğ, 2017) gibi adlandırmalar kullanıldığını belirtmektedir. Benzer şekilde Joseph ve diğ. (2020) de literatürde hasta yolculuğunu görsel olarak tanımlamak için '*deneyim haritası, mekansal harita, hizmet planı, müşteri yolculuğu haritası*' olmak üzere dört farklı diyagram türü kullanıldığını ifade edilmektedir.

Diyagram türündeki çeşitlilikle birlikte, sağlık hizmeti tasarımında yolculuk haritalama alıştırmalarının adımlarını gerçekleştirmeye yönelik standart yaklaşımlar da bulunmamaktadır (Joseph ve diğ, 2020). Kullanıcı deneyimi alanında bir yolculuk haritasının nasıl oluşturulacağına dair bazı yaklaşımlar bulunsa da, sağlık hizmeti ortamlarının benzersizliği bu adımların takip edilmesini zorlaştırmaktadır (Maddox ve diğ, 2019). Ly ve diğ. (2021), mevcut haritalama araçlarındaki basitleştirilmiş yaklaşımın karmaşık bilgilerin iletilmesi için yeterli ve uygun olmadığını, bu nedenle de sağlık hizmetleri için tasarlanmadığını belirtmektedir. Benzer şekilde Joseph ve diğ. (2020) de, mevcuttaki araçların bakımdaki boşlukları belirlemede yetersiz olduğunu ifade etmektedir. Bu temel sınırlılıkların yanı sıra yolculuk haritalarında her kişinin tüm temas noktalarını deneyimlediğini ve bu noktaların herkes tarafından eşit derecede

önemli olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri gibi çok sayıda temas noktası olan karmaşık hizmetler için yolculuk haritalarının oluşturulması ve anlaşılması zor olabilmekte; karmaşık haritaların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (Rosenbaum ve diğ, 2017). Bunların bir sonucu olarak ise, sağlık hizmetlerine yönelik bir deneyimin nasıl haritalanacağı ve görselleştirileceği konusunda hala bir anlayış eksikliği bulunmakta; yöntem kullanılsa bile nispeten zayıf bir şekilde belgelenerek (Simonse ve diğ, 2019); yetersiz ve tutarsız bir şekilde raporlanmaktadır (Sijm-Eeken ve diğ, 2020).

Ayrıca bir yolculuk haritası oluşturmak için en yaygın uygulamalardan biri paydaşlar ve konunun uzmanları (KOBİ'ler vb.) ile atölye çalışmaları yapmaktır (Kaplan, 2016). Ancak sağlık hizmeti ortamındaki benzersiz zorluklar (klinik personelin çalışma programlarının farklı olması ve onları çalıştay için aynı zaman dilimi içerisinde bir araya getirmenin mümkün olmaması gibi) sebebiyle bu kişileri bir araya getirmek zor olabilmekte (Maddox ve diğ, 2019) ve alternatif yöntemlere ihtiyaç duyulabilmektedir.

Yukarıda ifade edilen tüm bu sınırlamaların bir sonucu olarak, sağlık hizmeti tasarımıyla yolculuk haritalama yöntemini kullanmanın pek çok avantajı olmasına rağmen, yolculuk haritaları sağlık hizmeti sektöründe yeterince kullanılmayan bir araç haline gelmektedir (Joseph ve diğ, 2020). Bir yolculuk haritasının nasıl oluşturulacağı konusunda kafa karışıklığı devam etmekte (Rosenbaum ve diğ, 2017); bu nedenle, yöntemin sağlık hizmetlerinde kullanımına yönelik uygulamaları için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Madathil ve diğ, 2020). Bu doğrultuda, bu tez çalışması kapsamında 4. Bölüm'de yürütülen çalışmalarla, belirtilen ihtiyaçların karşılanması ve literatürdeki boşluğun doldurulmasına katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.

3. ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ

Sağlık hizmetine yönelik yürütülen araştırmalarda genel olarak etik koşulları sağlamanın zor olması, konuyla ilgili yeterince deneyim ve bilgi sahibi olunmaması gibi problemlerle karşılaşilmektedir. Böyle durumlarda tasarımcılar ve tasarım araştırmacıları, sağlık hizmeti alıcılarını daha iyi anlamak ve ihtiyaçlarını daha derin bir anlayışla ele almak için çeşitli araştırma yöntemleri kullanmaktadır (Davies ve diğ, 2023; Joseph ve diğ, 2020; Madathil ve diğ, 2020; Maddox ve diğ, 2019). Sağlık hizmetlerinde yolculuk haritalama yönteminin kullanıldığı literatür incelendiğinde, özellikle haritalama sürecinde gözlemler, anketler ve yarı yapılandırılmış görüşmeler gibi nitel, nicel ve karma yöntemlerin (Davies ve diğ, 2023) kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Bu tez çalışmasında ise, karma bir araştırma yöntemi içeren tümevarımsal bir vaka çalışması aracılığıyla sağlık hizmetine yönelik bir yolculuk haritası kanvasının nasıl oluşturulacağı ve kullanılacağı açıklanmaktadır. Simonse ve diğ. (2019)'ne göre tümevarımsal vaka çalışması, yolculuk haritalama yöntemini ortaya çıkarmak ve temellendirmek için en uygun yöntemdir.

Bu doğrultuda, bu bölümde ilk olarak çalışmanın bağlamsal çerçevesini oluşturan bölgesel anestezi altında sezaryen doğum vakası açıklanarak, bu vakanın seçilme nedenleri ortaya konmaktadır. İkinci olarak, iki aşamalı (Şekil 3.1) olarak yürütülen çalışmada kullanılan araştırma yöntemleri sunulmaktadır.



Şekil 3.1 : Tezin süreç çerçevesi.

3.1 Bağlam



Şekil 3.2 : Bölgesel anestezi ile sezaryen doğuma ait görüntüler (Url-7, 8, 9, 10).

Sezaryen doğum, vajinal doğumun anne ve bebek için güvenli olmadığı durumlarda (makat gelişi, doğum distosisi, çoğul gebelikler, preeklampsi vb. sağlık sorunları) bebeğin doğurtulması için annenin karnına ve rahim duvarına yapılan kesi uygulamalarını içeren cerrahi bir prosedürdür (Asiyanbola ve diğ, 2022; Sung ve Mahdy, 2024). Ameliyathane ortamında gerçekleştirilen bu doğum yönteminde, bölgesel veya genel anestezi olmak üzere iki ayrı anestezi türü kullanılmaktadır. Genel anestezi altında yapılan sezaryen doğumlarda, annenin bilinci kapalı olurken, anestezi tüm bedeni etkilemektedir (Afolabi ve Lesi, 2012). Bölgesel anestezi¹ altında yapılan sezaryen doğumlarda ise vücudun belden aşağısı uyuşturulmakta; anne doğum sırasında uyanık olmakta (bilinci açık) ve doğumdan hemen sonra bebeğini görebilmektedir (IQWiG, 2008) (Şekil 3.2).

Artan kanıtlar, sezaryen doğum yapan kadınların vajinal doğum yapanlara kıyasla daha az tatmin edici bir doğum deneyimine sahip olduğunu ve doğum sonrası

¹ Bölgesel anestezi altında sezaryen doğumlarda temel olarak ‘spinal anestezi’ ve ‘epidural anestezi’ olmak üzere iki temel anestezi türü kullanılmaktadır. Bölgesel epidural anestezide annenin omurgasının etrafındaki boşluğa anestezi madde verilirken, bölgesel spinal anestezide ilaç annenin omurgasına tek doz halinde enjekte edilmektedir (Afolabi ve Lesi, 2012).

depresyon, zayıf anne-bebek bağı ve başarısız emzirmeye daha yatkın olduklarını göstermektedir (Smith ve diğ, 2008). Bunun nedeni, standart sezaryen doğumlarda yenidoğan bakımı ve anne-bebek etkileşimine yönelik protokollerin vajinal doğumlardan farklı olması (Mercier ve Durante, 2018) ve teknomedikal bir süreç içermesidir (Dahlke ve diğ, 2013; Kaye ve diğ, 2018). Buna karşın, Schon ve diğ. (2015) sezaryen doğumlarda, anne - bebek güvenliğini korumanın yanı sıra yaşanan deneyimi en iyi hale getirmek için kadınların ihtiyaçlarının da karşılanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tarihsel olarak, büyük cerrahi işlemlerde ortak olan ritüeller ve prosedürler sezaryen doğum sürecinde de egemen olmuş (Camann, 2016); ancak 1980'lerin başlarında, Roma'daki Fatebenefratelli Hastanesi Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Profesör Romano Forleo, kadınların değerlerini, inançlarını ve duygularını göz önünde bulundurmak; doğum sürecinde onurlarına ve özerkliklerine saygı göstermek anlamına gelen 'doğumun insanileştirmesi' kavramını ilk kez kullanarak bu cerrahi prosedürlerin yumuşatılması gerekliliğine vurgu yapmıştır (Capogna ve Boer, 2017). Bununla birlikte, doğumda memnuniyetin artırılmasına yönelik çalışmalar da hızlanmış (Hodnett, 2002); bu çalışmalar neticesinde Anne-Bebek Dostu kavramı yeni bir doğum modeli olarak sunulmuştur. Benzer şekilde Davis-Floyd (2001) tarafından ortaya konan *teknokratik* ve *holistik* doğum modellerine *hümanistik yaklaşım* eklenmiştir (Çoker ve diğ, 2015).

Bu bağlamda, doğumda makinelerin ve müdahalelerin getirdiği teknomedikal süreçlerin hafifletilmesi ihtiyacı vurgulanmakta (Davis-Floyd, 2001; Capogna ve Boer, 2017) ve bu sağlık hizmeti deneyiminin iyileştirilmesi, anne dostu tasarım yaklaşımı çerçevesinde profesyonellerin temel hedeflerinden biri olmaktadır. Özellikle son dönemlerde nazik sezaryen (gentle c-section) kavramı sağlık sektöründeki profesyonellerin ilgi odağı olmuş ve sezaryenle doğum yapan annelerin bebekleriyle olan bağlarını güçlendirebilecek, 'ten tene teması' nı artıracak ve annenin bebeğinin doğumunun ilk anlarına şahit olabilmesini sağlayacak çözümler üzerinde yoğunlaşmalarını sağlamıştır.

Nazik sezaryen (gentle c-section) uygulamaları, cerrahi ritüellere olan vurguyu azaltan, 'anne, bebek ve aile' üzerindeki klinik odağı artıran ve anne adaylarına vajinal doğum deneyimi yaşatmayı amaçlayan operatif bir doğum yaklaşımıdır (Camann, 2016; Smith ve diğ, 2008).



Şekil 3.3 : Brigham Kadın Hastanesi'ndeki nazik sezaryen uygulamaları (Linden, 2016).

Konuyla ilgili ilk çalışmalar, Boston'daki Brigham Kadın Hastanesi'nde Obstetrik Anestezi Servisi Müdürü Dr. William Camann tarafından başlatılmış; anestezi çerçevesi üzerine serilen opak bir cerrahi perde yerine, şeffaf ve ayarlanabilir bir perdenin, annenin bebeğinin doğumuna şahit olabilmesine yardımcı olabileceği savunulmuştur. Ayrıca IV kateter, oksimetre ve kan basıncı manşonu annenin nondominant koluna yerleştirilerek, annenin bebeğini kucaklayabilmesine ve rahat emzirebilmesine imkan verilirken; elektrokardiyografik elektrotların annenin sırt kısmına yerleştirilmesi ile 'ten tene temas' için annenin göğüs bölgesinin şartlara uygun hale getirilmesini sağlamıştır. Kuzey Westchester Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr. Angelo Cumella da bu prosedürlerin daha az 'klostrofobik' olduğunu belirtirken, Alman araştırmacılar da geleneksel formlara kıyasla emzirme oranlarını da artırarak anneler için daha iyi bir deneyim sağladığını savunmuştur (Linden, 2016) (Şekil 3.3).



Şekil 3.4 : Huntsville'deki Crestwood Tıp Merkezi nazik sezaryen çalışmaları (Url-11).

Huntsville'deki Crestwood Tıp Merkezi de, nazik sezaryeni destekleyen ve bu hizmeti sunmaya başlayan sağlık kurumlarından bir tanesidir. Operasyon sırasında anestezi çerçevesine opak bir cerrahi perde serilirken, doğum anında bu perdenin yukarı kaldırılması ile ikinci katta yer alan şeffaf perdeden annenin bebeğinin doğum anını görebilmesi sağlanmaktadır. Ayrıca iki serum askısı arasına birer klips yardımıyla tutturulan bu iki katmanlı perdenin daha geniş bir görüntüleme açısına sahip olması hedeflenmektedir (Url-11) (Şekil 3.4).



Şekil 3.5 : ‘Clever Medical Skin to Skin- C-Section Drape’ isimli ameliyat örtüsü (Smith, 2015).

Nazik sezaryen yaklaşımlarını destekleyen çözümlerden bir diğeri ise Amerika’nın Virginia eyaletinin başkenti olan Richmond Bölgesinde Kimberly Jarrelle, Deborah Burbic ve Jess Niccoli isimli hemşireler tarafından epidural sezaryende yenidoğan ile ten tene teması artırmak için üretilmiş bir ameliyat örtüsüdür (Smith, 2015). Steril cerrahi alanı, steril olmayan cerrahi alandan ayırmak için kullanılan ‘Clever Medical Skin to Skin- C-Section Drape’ isimli bu örtü vasıtasıyla, anne ile ten tene temas anında bebek bir açıklıktan geçirilerek annenin göğsüne yerleştirilmektedir (Şekil 3.5).

Operatif süreçlere yönelik bu iyileştirmelerle birlikte, nazik sezaryen uygulamasını talep eden kişiler için doğum öncesi süreçte, prosedürün ebeveynlere video klipler kullanılarak anlatılması, operasyon öncesi sağlık profesyonelleriyle tanıştırılması, ameliyathanenin gezdirilerek kendi müziklerini getirmelerinin teşvik edilmesi gibi doğum öncesi sürece yönelik bilgilendirmeleri içeren yaklaşımlar da bulunmaktadır (Camann, 2016; Smith ve diğ, 2008).



Şekil 3.6 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum çalışmalarının değişim süreci.

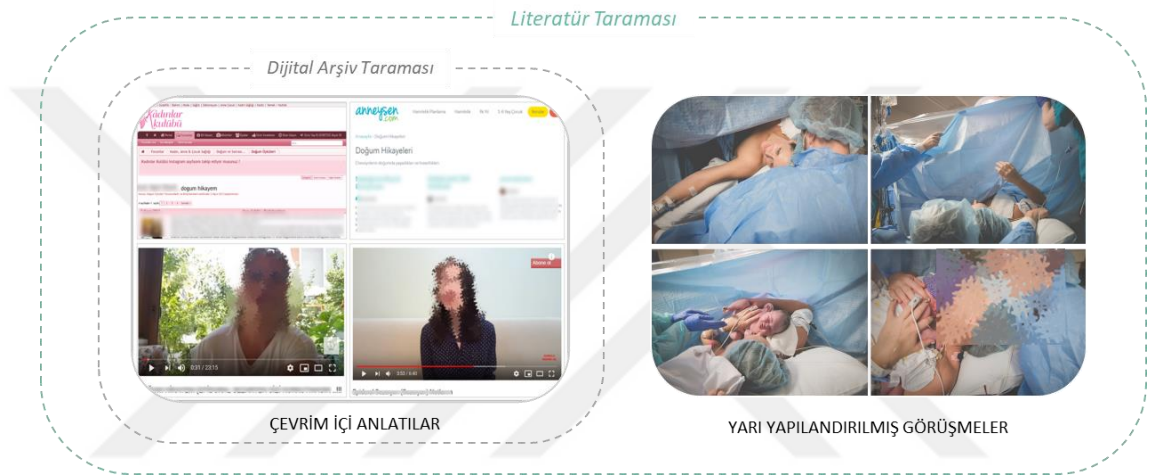
Sağlık profesyonellerinin gözlemlerine ve tecrübelerine dayanarak geliştirilen bu uygulamalar, kadını doğumda aktif olarak yer almaya teşvik eden bir müdahale paketi olarak ifade edilmekte (Schorn ve diğ, 2015) ve bu tez çalışması için kuvvetli bir sıçrama noktası olarak görülmektedir (Şekil 3.6). Çünkü bu uygulamalar, kadınların bölgesel anestezi altında sezaryen doğum deneyimlerinin iyileştirilmesi yönünde taleplerinin olduğunu gösteren ilk çalışmalardır. Ancak yapılan uygulamalar vajinal doğum deneyimini yaşatmayı hedefleyen anlık çözümlere odaklanmaktadır. Oysaki sezaryen doğum annenin cerrahi operasyona hazırlandığı preoperatif aşama, operasyonun gerçekleştirildiği intraoperatif aşama ve annenin doğumdan sonraki tıbbi bakımını içeren postoperatif aşamayla çok daha kapsamlı bir süreç içermektedir (Dahlke ve diğ, 2013; Kaye ve diğ, 2018).

Bu doğrultuda seçilen vaka konusu, ameliyat önlüğünün giyilmesinden ameliyathaneye transfer sürecine; ameliyathane ortamındaki deneyimlerden doğum sonrası mobilizasyon, emzirme ve bebek bakımına kadar çok geniş bir sürece yayılan kapsamlı bir sağlık hizmeti deneyiminin yolculuk haritalama yöntemi aracılığıyla nasıl ele alınabileceğini gösterebilmek adına iyi bir örnek teşkil etmektedir.

Ayrıca, bu vakanın seçilmesinin bir diğer nedeni de sağlık hizmetine yönelik çalışmaların sadece hasta merkezli olmadığını, çok katmanlı kimlik yaklaşımıyla birlikte sağlık hizmeti alıcılarının istek ve ihtiyaçlarının daha kapsayıcı bir perspektiften ele alınması gerektiğini vurgulamaktır. Çünkü bölgesel anestezi altında sezaryen doğum yapan bir kadın, doğum sonrası operatif müdahalelerden kaynaklı tıbbi bakım ihtiyacıyla *hasta* rolüyle özdeşleştirilmesine rağmen, doğum süreci boyunca *verdiği paranın karşılığını* alacak şekilde *müşteri* rolüyle özdeşleşerek doğum deneyiminin doğasına uygun hizmetler sunulmasını beklemekte; bu hizmetlerden yararlanma sürecinde ise kendi yaşam tarzına uygun tercihler yapmak isteyeceği için *eşsiz bir birey* rolüyle özdeşleşmektedir.

Bunlarla birlikte, araştırmanın örneklem kümesini oluşturan *sezaryen doğum yapan kadınlar* hassas bir popülasyonu temsil ettiği için de kritik bir öneme sahip olmakta; bu bağlamda, tez çalışması kapsamında yürütülen çalışmalar hassas popülasyonlara yönelik bir sağlık hizmeti araştırmasının nasıl yürütülebileceğine dair de bir örnek oluşturmaktadır. Ayrıca, vajinal doğuma kıyasla görece daha standart bir bakım yoluna sahip olduğu için tercih edilen sezaryen doğum vakası, tezin araştırma sürecinde yolculuk haritalamayı da kolaylaştırmaktadır.

3.2 Araştırma Yöntemi

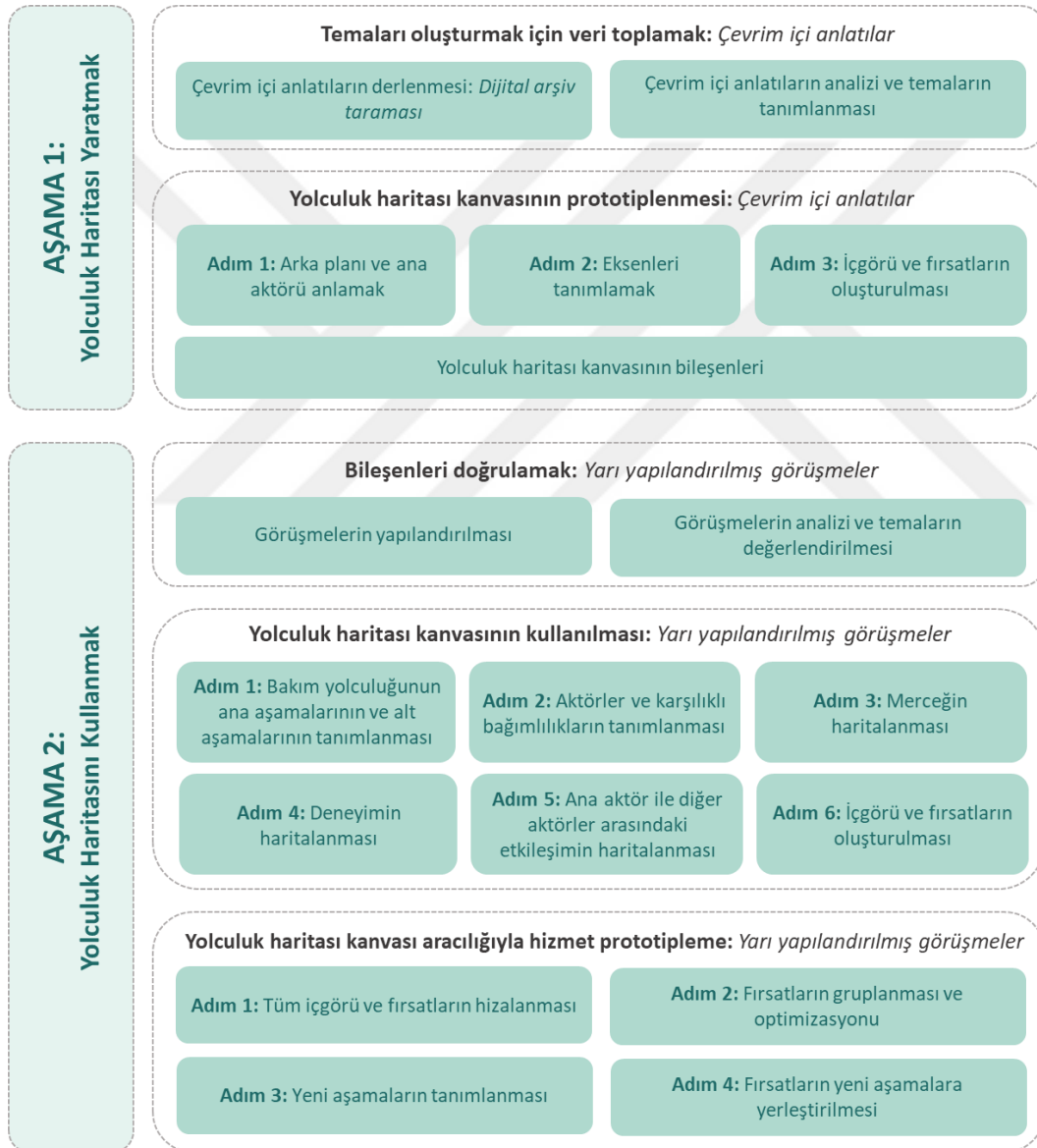


Şekil 3.7 : Tez çalışmasında kullanılan araştırma yöntemleri.

Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum vakası üzerinden iki aşamalı olarak yürütülen bu çalışmada, literatür taramasına paralel olacak şekilde doğumda mahremiyet ve hijyen faktörlerinin kritik bir önem taşıması sebebiyle *çevrim içi anlatılar* ve *yarı yapılandırılmış görüşmelerin* entegrasyonundan oluşan karma bir araştırma yöntemi kullanılmıştır (Şekil 3.7, Şekil 3.8):

- Aşama 1 - Yolculuk haritası kanvasını oluşturmak: İlk aşamada, çeşitli çevrimiçi platformlarda (kişisel bloglar, web siteleri, forumlar vb.) kadınların doğum hikayelerine dair bir dijital arşiv taraması yapılarak çevrimiçi anlatılar derlenmiştir. Bu anlatıların tematik analizi yapılarak bir yolculuk haritası kanvasının temel bileşenleri belirlenmiş ve bir yolculuk haritası kanvası prototiplenmiştir.
- Aşama 2 - Yolculuk haritası kanvasını kullanmak: İkinci aşamada ise, kanvasın kullanımına yönelik bir soru seti hazırlanarak bölgesel anestezi altında

sezaryen doğum yapan kadınlarla yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerin tematik analizi yapılarak yolculuk haritası kanvasının bileşenlerini oluşturan temalar doğrulanmıştır. Bu çalışmanın ardından, görüşmelerden elde edilen veriler yolculuk haritası kanvasına işlenerek kanvasın kullanımına yönelik adımlar sunulmuştur. Son olarak ise oluşturulan kanvas aracılığıyla yolculuk haritalama yöntemi kullanılarak bir hizmet prototipinin nasıl oluşturulabileceğine dair öneriler sunularak çalışmalar tamamlanmıştır.



Şekil 3.8 : Araştırma süreci ve kullanılan yöntemler.

Ayrıca yukarıda yürütülen çalışmalara paralel olarak araştırmacı 01.03.2021 – 09. 04. 2021 tarihleri arasında, ‘edX Eğitim Platformu’ üzerinden, Delft Teknoloji

Üniversitesi Endüstriyel Tasarım Mühendisliği Fakültesi tarafından *Product Design & Health Programı* kapsamında yürütülen '*Design in Healthcare: Using Patient Journey Mapping*' başlıklı sertifika programına katılmıştır (EK A). İlgili sertifika programı (Url-12), TU Delft Medisign Uzmanlığı tarafından geliştirilen bir kitlesel çevrimiçi açık kurs (MOOC) olup; tıbbi müdahale gerektiren her durum için bağlam ve aktörler hakkında daha iyi bir genel bakışa sahip olmayı sağlayan '*Hasta Yolculuğu Haritalama Aracı*'nı kapsamaktadır. Bu nedenle tezin ikinci aşamasında yürütülen çalışmaların şekillenmesinde araştırmacının ilgili sertifika programındaki edinimlerinin de katkısı bulunmaktadır.





4. SAĞLIK HİZMETİ TASARIMI İÇİN BİR YOLCULUK HARİTASI KANVASI

4.1 Aşama 1: Yolculuk Haritası Kanvası Yaratmak

Bu bölümdeki çalışmaların amacı, sağlık hizmeti tasarımında kullanılabilecek bir yolculuk haritası kanvası geliştirmektir. Bu doğrultuda, ilk olarak yolculuk haritasının bileşenlerini belirlemek üzere çevrim içi anlatıların tematik analizi yapılmıştır. İkinci olarak, çevrim içi anlatılardan elde edilen temalar doğrultusunda, literatürle uyumlu olacak şekilde bir yolculuk haritası kanvası prototipi oluşturulmuştur.

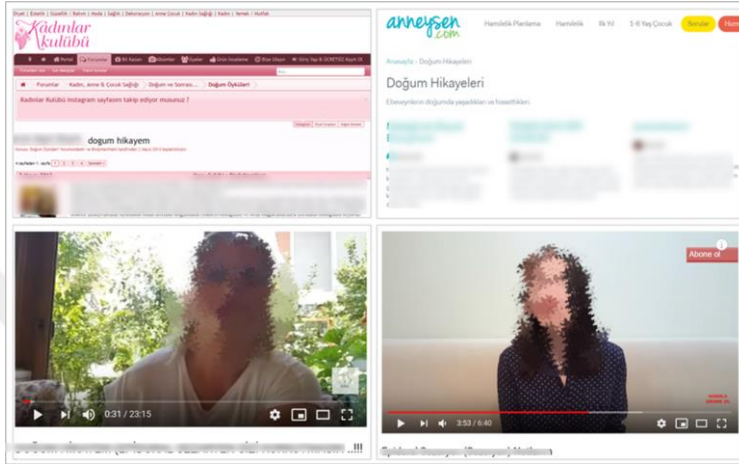
4.1.1 Temaları oluşturmak için veri toplama: çevrim içi anlatılar

Dijital teknolojilerin hayata girişi ile beraber, tasarım araştırmacıları için bilgi kaynağı olarak başvurulacak kaynaklar da değişiklik göstermiştir (Hine, 2000; Markham, 1998). Özellikle de sağlık çevreleri gibi yüksek mahremiyet gerektiren alanlarda gözlem yapmanın zor olduğu durumlar için araştırılan birey veya toplulukların yaşamları hakkında bilgi edinmek amacıyla çeşitli web siteleri, tartışma forumları, bloglar, sosyal paylaşım platformları vb. birçok sanal iletişim ortamı *araştırma sahası* olarak iyi bir alternatif oluşturmaktadır (Hine, 2011).

Sanal platformlar, doğum konusunun incelenmesi için geniş bir veri havuzuna sahiptir. Çeşitli forum siteleri ya da YouTube, Vimeo gibi sosyal paylaşım platformlarında paylaşılan doğum hikayeleri incelendiğinde annelerin doğum deneyimlerini paylaşmak için yüksek bir motivasyona sahip olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, kadınların sanal ortamlardaki varlığı ve kadın sağlığı araştırmalarında çevrim içi araştırma yöntemlerinin yeri göz önünde bulundurulduğunda (Pandey ve diğ., 2003), sağlık hizmetlerine yönelik yürütülen bu tez çalışması için araştırma alanı olarak *çevrim içi platformlar* seçilmiştir.

4.1.1.1 Çevrim içi anlatıların derlenmesi: dijital arşiv taraması

İlk olarak, sanal ortamda vaka çalışmasına yönelik çeşitli çevrim içi dokümanlar (kişisel bloglar, web siteleri, forumlar, sosyal paylaşım platformlar vb.) taranarak bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hikayeleri için bir ön dijital arşiv taraması yapılmıştır. Yürütülen bu ön çalışma hem yazılı hem de sözlü kaynakları içermektedir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1 : Çevrim içi platformlarda paylaşılan yazılı ve sözlük kaynaklara ait ekran görüntüleri (Url-13,14,15).

Kadınların yaşadıkları doğum deneyimi ile ilgili *ne hakkında konuştuklarını* ve genel olarak *konuşmalarını nasıl yapılandıklarını* anlamaya yönelik olarak gerçekleştirilen bu keşif araştırmasıyla temelde çevrim içi anlatıların seçilmesi amaçlanmış olsa da veri analizini kolaylaştırmak için kadınların kullandıkları dil ve terminolojiye ilişkin bilgiler de elde edilmiş; ilgili konuya dair kullanılan terim ve ifadeler dört ana başlıkta derlenmiştir (Çizelge 4.1):

- Gebelik Dönemine Özgü Terimler / İfadeler
- Vajinal Doğuma Özgü Terimler / İfadeler
- Sezaryen Doğuma Özgü Terimler / İfadeler
- Doğum Sonrası Döneme Özgü Terimler / İfadeler

Bu dört grubun kendi içerisindeki dinamikler incelendiğinde ise, kadınların yaşadıkları doğum deneyimlerini aktarırken,

- ‘*Preeklempsi, epizyotomi, mekonyum, kolostrum*’ gibi tıbbi terimleri,
- ‘*NST, SSVD*’ gibi kısaltmaları,

- ‘Ağız sütü, kırkı çıkmak, sütü kesilmek, normal doğum’ gibi kültürel ifadeleri,
- ‘Altan muayene, belden uyuşturmalı sezaryen, bayılmalı sezaryen, çatallı masa, çift çizgi’ gibi çağrışımsal anlatımları kullandıkları görülmüştür.

Bu ortak söylemlerin yanı sıra, bazı anlatılarda doğum kasılmaları için ‘dalga’ kelimesinin kullanıldığı, vajinal doğum için ‘doğal doğum’ ifadesinin tercih edildiği de saptanmıştır. Bu kullanımların, çoğunlukla doğuma hazırlık eğitimi alan kadınlar tarafından tercih edildiği keşfedilmiş olup; doğum ile ilgili negatif algıları ortadan kaldırmak ve olumlama yapmak amacıyla tercih edildiği düşünülmektedir. Bu kullanımlara ek olarak, *tıbbi terimler* ve *kültürel ifadelerin* ara kesitinde yer alan; hem kadınların hem de sağlık profesyonellerinin ortak olarak kullandıkları ‘açılma, suni sancı, nişan gelmesi, suyun gelmesi’ gibi kelime ve kelime grupları ile gebelik süresinin ‘hafta + gün’ olarak ifade edildiği söylemler de bulunmaktadır.

Çizelge 4.1 : Kadınların doğum hikayelerini aktarırken kullandıkları dil ve terminoloji.

Gebelik Dönemine Özgü Terimler / İfadeler		Örnekler
Hafta + gün	Gebelik süresinin ‘hafta + gün’ şeklinde belirtilmesi	"40+4'te doğum başladı. "
Preeklampsi	Gebelik zehirlenmesi	"Preeklampsi nedeniyle 37+4'de bebeğim alındı "
NST	(Non-Stres Test) Anne karnındaki fetüsün hareketi ile fetal kalp ritmi arasındaki ilişkinin incelenmesi	"Doğum servisine gittik. Beni NST'ye aldılar. "
Çift Çizgi Pozitif çıkmak	Kadının gebe olması	"Bugün çift çizgiyi gördük çok şükür darısı isteyen herkese. "
Vajinal Doğuma Özgü Terimler / İfadeler		
Çatı muayenesi	Gebeliğin son haftalarında (37 haftadan sonra) annenin pelvis kemiklerinin (çatı kemiklerinin), yani doğum yolunun değerlendirilmesi için vajinal yolla yapılan muayene	"Çatı muayenem çok zor geçti. "
Çatı darlığı	Doğum kanalının bebeğin geçmesine izin vermeyecek şekilde dar olması	"34 haftalık hamileyim, muayenede çatımın dar olduğunu söyledi doktor. "
Epizyotomi	Vajinal doğum esnasında oluşabilecek kontrolsüz perine yırtıklarını ve yumuşak doku hasarını engellemek amacıyla perineye (vajina ile anüs arasındaki bölge) ve arka vajen duvarına uygulanan planlı cerrahi kesi işlemi	"İlk bebeğim kilolu doğdu, onda da epizyotomi vardı. "
SSVD	Sezaryen sonrası vajinal doğum	"SSVD yapmak istiyorum. "
Makat Geliş	Bebeğin doğum kanalına ters girmesi şeklinde tanımlanabilir. Normal şartlarda doğum yaklaştığında bebeğin olması gereken pozisyon baş aşağıdır.	"Bebeğim makat geliştii "
Açılma	(Dilatasyon / Rahim ağzı açıklığı) Doğumun gerçekleşmesi ve bebeğin dışarıya çıkabilmesi için gerekli olan vajinal açıklık	"Doktor elle muayeneye başladığında 9 cm açılmışsın dedi. "

Çizelge 4.1 (devam) : Kadınların doğum hikayelerini aktarırken kullandıkları dil ve terminoloji.

Vajinal Doğuma Özgü Terimler / İfadeler (devam)		Örnekler
Nişan gelmesi	Rahim ağzı olarak bilinen servikste bulunan, anne karnındaki bebeği dışarıdan gelen enfeksiyonlara karşı koruyan mukus yapısının vajinal yoldan vücut dışına atılmasıdır. Doğumun başladığına dair vücudun verdiği ilk belirtilerden biridir.	“Tuvalete gittiğimde nişanımın geldiğini gördüm.”
Suyun gelmesi Suyun patlaması	Doğum sırasında yırtılması beklenen amniyon kesesindeki zarların, erken dönemde yırtılmaya başlaması sonucunda akan amniyon sıvısı 'suyun gelmesi' olayıdır.	“Ne suyum gelmişti ne de sancılarım başlamıştı.”
Çatallı masa	Jinekolojik muayene masası	“O çatallı masadan çok korkuyordum”
Altın muayene Elle muayene Açılma muayenesi	Vajinal muayene	“Açılma muayeneleri bana çok zor geldi.”
Normal Doğum Keşkesiz Doğum Doğal Doğum	Vajinal doğum	“Doğal doğumu çok istiyordum.”
Dalga Sancı	Doğum kasılmaları	“Dalgalar sıklaştıkça nefesimle odaklanmaya çalışıyordum.”
Suni Sancı	Vakti geldiği halde başlamayan normal doğumun ilaç ile başlatılması için verilen oksitosin hormonudur.	“Direkt sezaryen olmaksızın suni sancı denenebilir bence.”
Yalancı Sancı	Rahmin tepe noktasından başlayarak yayılan ve doğum sancılarını andıran kasılmalardır. Bu sancılar, vücudun kendini doğuma hazırlama provası olarak da düşünülebilir (Braxton Hicks kasılmaları).	“Hamileliğimin sonlarına doğru çok sık yalancı sancı yaşadım.”
Sezaryen Doğuma Özgü Terimler / İfadeler		
Sedasyon	Hastada uyku hali oluşturarak hastanın rahatlamasını ve sakinleşmesini sağlamak	“Tam uyuşma olmayınca sedasyon dedikleri hafif bir anestezi verdiler bana.”
Belden uyuşturmalı sezaryen Prenses sezaryen Yarım anestezi	Bölgesel anestezi altında sezaryen	“Doktorumdan prenses sezaryen yapmak istediğimi söyledim.” “Belden uyuşturmalı sezaryen olmak istiyorum”
Bayılmalı sezaryen	Genel anestezi altında sezaryen	“Hiçbir şey duymamak için bayılmalı sezaryen istedim.”
Epidural olmak Spinal olmak	Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum yapmak (epidural ve spinal terimleri, bölgesel anestezi altında sezaryen doğumlarda kullanılan anestezi türleridir.)	“Hastanede konuştuğum iki kadın spinal olacaklarını söylediler.”
Yapıştırma dikiş Lazer dikiş Estetik dikiş	Cildin altına dışarıdan görünmeyecek şekilde atılan dikiş (Bu dikişlere subkutikuler sütür adı verilmektedir.)	“Bana yapıştırma dikiş yaptıkları için bir hafta sonra normal hayatıma döndüm.”

Çizelge 4.1 (devam) : Kadınların doğum hikayelerini aktarırken kullandıkları dil ve terminoloji.

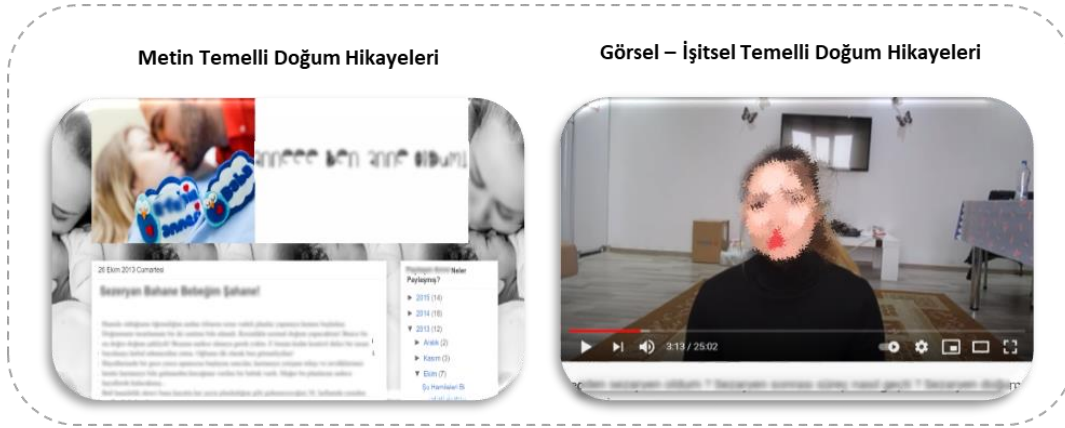
Doğum Sonrası Sürece Özgü Terimler / İfadeler		Örnekler
Kolostrum Ağız sütü Sıvı altın	Doğum yapan annelerin göğüslerinden gelen koyu sarı renkte, kıvamlı ve yapışkan özellikteki ilk süttür.	“Sezaryen sonrası sütüm gelmediği için ilk kolostrum sütünü kaçırdık bebeğimle.”
Mekonyum	Yenidoğanın ilk dışkısı (Bu ilk dışkılama anne karnında da olabilmekte ve yenidoğan sağlığı tehlikeye girebilmektedir.)	“Ameliyathanede bebeğimin mekonyum yaptığını öğrendim.”
Lohusalık	Bir kadının doğum yaptıktan sonra yaşadığı yaklaşık 6 haftalık süreci kapsayan döneme verilen isimdir.	“Mutsuzluğumun nedenini lohusalık sanıyorlardı”
Kırkı çıkmak	Doğum yapmış kadınlar (lohusa) ve yeni doğan çocuklar için doğumdan sonra kırk gün geçmesi demektir.	“Bebeğimin kırkı çıkmadan eski kiloma döndüm.”
Sütü kaçmak Sütten kesilmek	Hastalık, üzüntü veya bebeğin emmemesi nedeniyle anne göğsünden süt gelmemesi	“Üzüntüden sütüm kesildi.”

Kadınların kullandıkları dil ve terminolojiye ilişkin bu verilerin de toplanmasıyla birlikte dijital arşivlerde yapılan ön araştırmanın ardından, Gay (1987) tarafından ortaya konan nedensel içerikli araştırmalar için gerekli kişi sınırı dikkate alınarak, en kapsamlı ve farklılık gösteren otuz (30) çevrim içi anlatı (doğum hikayesi) derinlemesine araştırılmak üzere seçilmiştir (Çizelge 4.2). Temsili bir grup oluşturan bu seçim, kadınların *paylaşmaya değer buldukları noktaları, deneyimlerini nasıl aktardıklarını ve anlatılarını nasıl yapılandırdıklarını* keşfederek yolculuk haritasının genel strüktürünü ve bileşenlerini oluşturmada kullanılmıştır.

Çizelge 4.2 : Çevrim içi anlatıların gruplandırılması.

Doğum Şekli	Çevrim içi Anlatıların Kodları	Metin Temelli	Görsel-İşitsel Temelli	Toplam
Planlı Sezaryen	D1, D2, D3, D4, D5, D6 D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14, D15	6	9	15
Planlanmamış Sezaryen	D16, D17, D18, D19, D20, D21, D22, D23 D24, D25, D26, D27, D28, D29, D30	8	7	15

Değerlendirmeye tabi tutulan doğum hikayeleri, araştırmanın güvenilirliği (olayların ve kişilerin gerçeğe uygunluğu) açısından, anlatıyı paylaşan kişinin iletişim bilgilerini içeren *bloglar* (kimler tarafından kaleme alındığı belli olan belgeler) ile anlatıcıyı görebildiğimiz görsel-işitsel temelli *YouTube videoları* arasından seçilmiştir (EK B). Bu nedenle, seçilen doğum hikayelerinin on dördü (14) metin temelli iken, on altısı (16) görsel-işitsel temellidir (Çizelge 4.2, Şekil 4.2).



Şekil 4.2 : Metin temelli ve görsel-işitsel temelli çevrim içi anlatılara ait örnekler içeren ekran görüntüleri (Url-15,16).

Araştırmanın etik koşullarını (araştırmanın gizliliği) yerine getirmek amacıyla ise çevrim içi anlatılar D1, D2, D3 vb. olacak şekilde harf-rakam sistemiyle kodlanmış ve analizlerde doğrudan alıntılardan kaçınılmıştır. Bu amaçla MAXQDA 2022 (VERBI Software, 2021) Programı'nın görsel araçlarından biri olan ve bir belgenin kodlanmış resmini veren *Belge Portresi (Document Portrait)* aracı kullanılarak her bir anlatı için belge portreleri oluşturulmuştur² (EK C). Belge Portresi, bir belgenin barındırdığı kodlar açısından tek bir vaka olarak incelenmesini sağlarken, kodlanan kısmın belgenin bütününde nerede ve hangi yoğunlukta yer aldığını anlamaya yardımcı olmaktadır (Url-17).

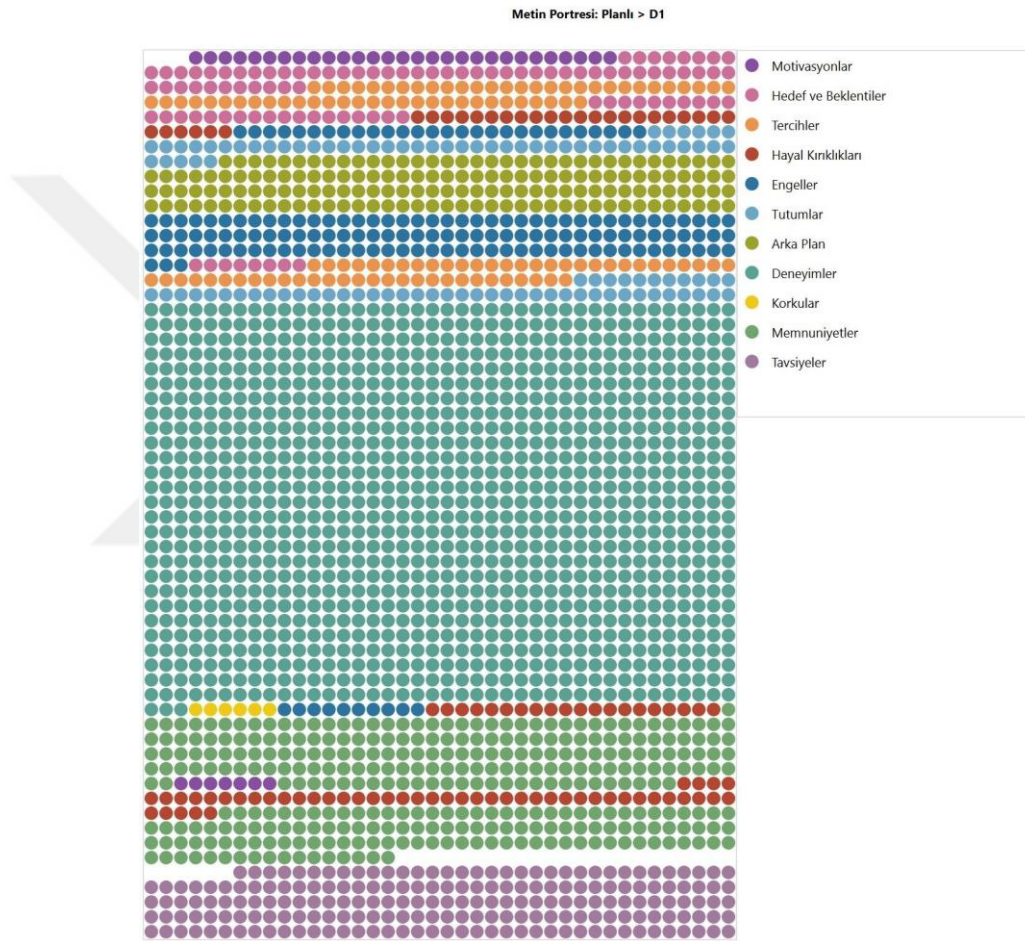
Ayrıca seçilen doğum hikâyeleri, kadınların doğum şekillerine göre '*planlı sezaryen*' ve '*planlanmamış sezaryen*' (Seçilmiş Kerimoğlu, 2013) olmak üzere iki ayrı gruba ayrılarak analiz edilmiştir. Bunun nedeni, bu sezaryen türlerine ait bakım yolları arasında farklar bulunmasıdır (NCT, 2022):

- Planlı sezaryen, anne tercihi veya hekim kararıyla, planlanan bir tarihte gerçekleştirilen sezaryen türüdür (NHS, 2019).
- Planlanmamış sezaryen ise, doğum eyleminin normal bir şekilde ilerlemediği veya doğumun beklenenden erken gerçekleştirilmesi gereken durumlarda (annenin ya da bebeğin hayatını kurtarmak için) uygulanan bir sezaryen türüdür (NICE, 2021).

² Tez kapsamında yürütülen çalışmalar göz önünde bulundurularak her bir çevrim içi anlatının '*temalar (A), aşamalar(B) ve aktörler (C)*' olacak şekilde üç farklı perspektiften belge portresi oluşturulmuştur (bkz. EK C).

4.1.1.2 Çevrim içi anlatıların analizi ve temaların tanımlanması

Derlenen çevrim içi anlatılar belirlenen gruplara göre ayrıldıktan sonra, nitel ve karma yöntemler için kullanılan bir veri analiz yazılımı olan MAXQDA 2022 (VERBI Software, 2021) kullanılarak tematik analiz yapılmıştır. İlgili temaları belirlemek ve kategorize etmek için yinelemeli bir yaklaşım kullanılmıştır. Şekil 4.3'te tematik analizi yapılan bir çevrim içi anlatının (D1) belgesi portresine ait bir örnek yer almaktadır.



Şekil 4.3 : D1 kodlu çevrim içi anlatının 'temalar'a ait belge portresi (MAXQDA, 2022).

Her bir çevrim içi anlatıdan çıkarılan temaları göstermek amacıyla ise MAXQDA'nın görsel araçlarından biri olan *Kod Matris Tarayıcısı (Code Matrix Browser)* kullanılmıştır. Kod matris tarayıcısının netliğini ve okunabilirliğini artırmak için kod varlığını temsil eden daireler kod renkleriyle eşleştirilerek renklendirilmiş ve gereksiz çizgiler kaldırılmıştır. Ayrıca, ilgili araç çevrim içi anlatılardan elde edilen veri örnekleri eklenerek genişletilmiş ve değiştirilmiştir (Şekil 4.4).



Şekil 4.4 : Temaların çevrim içi anlatılara göre dağılımı (MAXQDA, 2022).

Temaların elde edilmesine yönelik yürütülen bu çalışmalardaki esas amaç ilgili vaka çalışmasına yönelik bütüncül bir bakış açısı sunabilmek için tema çeşitliliği sağlamak ve yolculuk haritası kanvasının bileşenleri için bir zemin hazırlamaktır. Bu doğrultuda kanvasın temel bileşenlerini belirlemek üzere çevrimiçi anlatılardan elde edilen on bir (11) tema 'Hizmet Öncesi, Hizmet Süreci ve Hizmet Sonrası' olmak üzere 3 faza ayrılarak yapılandırılmıştır:

- Hizmet Öncesi: (1) Arka Plan, (2) Engeller, (3) Hedef ve Beklentiler, (4) Tercihler, (5) Motivasyonlar, (6) Korkular, (7) Tutumlar;
- Hizmet Süreci: (8) Deneyimler;
- Hizmet Sonrası: (9) Hayal kırıklıkları, (10) Memnuniyetler, (11) Tavsiyeler.

Çevrim içi anlatıların tematik analizden elde edilen bu temalar aşağıda örnek verilerle açıklanmıştır:

- Hizmet Öncesi:
 - Arka Plan: Tüm doğum deneyiminin değerlendirilmesi üzerinde etkisi olan arka plan faaliyetlerini kapsamaktadır. Bu tema altında ‘planlanmamış sezaryenlerde doğumun nasıl başladığı, kaçınıcı haftada sezaryen kararı alındığı, doğumun kaçınıcı haftada gerçekleştiği, doğum şeklini etkileyecek riskler / hastalıklar ‘ gibi veriler yer almaktadır.
 - Engeller: Kadınların doğum öncesi süreçte karşılaştıkları zorlukları kapsamaktadır. Bu tema altında ‘planlı sezaryenlerde doğumdan bir gece önce stres, korku, heyecan vb. sebeplerden ötürü uyuyamamak ve oralın kapatılması (yeme içmenin bırakılması), süreçte bilgi yoğunluğuna maruz kalmanın kişide yetersizlik hissi uyandırması, doktorun beklenen doğum tarihinde izinde olması, beklenen doğum tarihinin özel bir güne denk gelmesi (trafik, hastane yoğunluğu vb. problemler), istemediği doğum şekline zorlanmak, hastane ve ev arasındaki mesafenin uzak olması, ikamet ettiği bölgedeki imkansızlıklar nedeniyle doğum öncesi hazırlık kurslarına katılamamak, istediği imkanlara sahip bir hastane bulamamak’ gibi veriler yer almaktadır.
 - Hedef ve Beklentiler: Kadınların nasıl bir doğum deneyimi yaşamayı hayal ettiklerine ve doğumdan ne beklediklerine ilişkin bulguları kapsamaktadır. Bu

tema altında ‘olası bir sezaryen durumunda anne-bebek dostu sezaryen prosedürlerinin uygulanması, doğum sürecinin stresli bir organizasyona ve bir kontrol listesine dönüşmemesi, doğumun seyrini değiştirecek suni müdahalelerin olmaması, vajinal doğum yapmak, tercihlerine saygı duyulan bir ortamda doğum yapmak, doğum şekli ne olursa olsun bebeği ile ten tene temas kurmak, doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde bebeğini emzirmek, bebeğin ilk anlarına tanıklık etmek, doğum deneyimini eşi ile birlikte yaşamak istemek’ gibi veriler yer almaktadır.

- Tercihler: Kadınların ‘*doğum şekline yönelik tercihleri*’ ile ‘*doktor ve hastane seçimine yönelik tercihlerini*’ etkileyen faktörleri kapsamaktadır. Bu tema altında ‘ameliyattan korktuğu için vajinal doğumu tercih etmek, rivayetler ve mitlerden kaynaklı korku duyduğu için sezaryen doğumu tercih etmek, bebeğinin doğum anına şahit olmak istediği için bölgesel anestezi tercih etmek, aşına olduğu ve tecrübesine güvendiği bir doktor tercih etmek, evine yakın ve iyi imkanlara sahip bir hastane tercih etmek’ gibi veriler yer almaktadır.
- Motivasyonlar: İyi bir doğum deneyimi için yapılan faaliyetleri kapsamaktadır. Bu tema altında elde edilen veriler ‘*profesyonel destek, fiziksel ve spiritüel aktiviteler, kişisel bakım ve sağlıklı yaşam, mental hazırlıklar, doğum / bebek / hastane için yapılan hazırlıklar*’ olmak üzere beş alt temaya göre gruplandırılmıştır. *Profesyonel destek* teması altında ‘doğuma hazırlık kursları ve eğitimlerine katılmak, doula ile çalışmak, doğum psikoloğu ile çalışmak’ gibi veriler bulunmaktadır. *Fiziksel ve spiritüel aktiviteler* teması altında ‘hamile pilatesi yapmak, spor ve nefes egzersizleri yapmak’ gibi veriler yer almaktadır. *Kişisel bakım ve sağlıklı yaşam* teması, ‘esansiyel yağ terapileri yaptırmak, sağlıklı beslenmek’ gibi verileri içermektedir. *Mental hazırlıklar* teması altında ‘çevrimiçi ortamlarda doğum hikayelerini araştırıp okumak, gebelikle ilgili telefon uygulamaları kullanmak’ gibi veriler yer almaktadır. *Doğum / bebek / hastane için yapılan hazırlıklar* teması altında ise ‘hastane odasını süslemek için hazırlıklar yapmak, ziyaretçiler için lohusa şerbeti, kurabiye gibi ikramlıklar ayarlamak, doğum sonrası için hediyelikler hazırlamak, doğum sürecini tasarlamak’ gibi veriler bulunmaktadır.
- Korkular: Kadınların doğum sürecine ilişkin korkularını kapsamaktadır. Bu tema altında elde edilen veriler arasında ‘ameliyathane korkusu, ameliyat

korkusu, kesilme korkusu, ölüm korkusu, iğne korkusu’ gibi sezaryen doğum süreci ve risklerine yönelik korkular ile ‘sütün gelmemesi, dikişlerin patlaması’ gibi doğum sonrası sürece yönelik korkuları içeren veriler yer almaktadır.

- Tutumlar: Kadınların gebelik sürecinde yaşadıkları veya karşılaştıkları çeşitli durumlara yönelik göstermiş oldukları eğilimleri kapsamaktadır. Bu tema altında ‘doğuma bakış açıları uyuşmadığı için doktor değiştirmek, ev ve hastane arasındaki mesafe uzak olduğu için hastane değiştirmek, sezaryen ihtimali olmasına rağmen vajinal doğumu bekleme kararı almak, vajinal doğum konusunda ısrarcı olmak’ gibi veriler bulunmaktadır.
- Hizmet Süreci:
 - Deneyimler: Bakım yolculuğuna ait aşamaları, kadınların bu süreçteki duygu, düşünce ve davranışları ile yaşadıkları fiziksel deneyimleri kapsamaktadır. Bu tema altında elde edilen veriler arasında ‘tekerlekli sandalyeyle ameliyathaneye götürülmek, anestezinin yatar pozisyonda uygulanması, ameliyathanede bebeğiyle ten tene temas kurmak, bebeğin rutin kontrollerinin annenin yanında yapılması, ilk emzirmenin ameliyathanede gerçekleşmesi, doğum öncesi ve sonrası fotoğraf çekimi yapılması’ gibi bakım yolculuğuna ait aşamalar; ‘anestezi uygulanırken korkmak, ameliyathane kapısının sürekli açılıp kapanmasından tedirgin olmak, ameliyathanenin beklediğinden kalabalık olmasına şaşırarak’ gibi duygular; ‘ameliyathanenin buz gibi ve zamansız bir yer olması, ameliyat sonrası sürecin ameliyathanedeki süreçten daha zor olması’ gibi ifadeleri içeren düşünceler; ‘doğumun gerçekleşeceği gün erken uyanıp saç, makyaj vb. hazırlıklar yapmak, operasyon sırasında ameliyathane ekibiyle sohbet etmek, operasyon sırasında ameliyathane aydınlatmasının yansıtıcı yüzeylerinden doğum anını görmeye çalışmak’ gibi davranışlar; ‘ameliyathaneye götürülürken kasılmasının olması, operasyon sırasında dokunmaları hissetmek’ gibi fiziksel deneyimler yer almaktadır.
- Hizmet Sonrası:
 - Hayal Kırıklıkları: Kadınların hizmet sürecinde yaşadıkları hayal kırıklıklarını kapsamaktadır. Bu tema altında ‘trafik yoğunluğundan hastaneye zor ulaşmak, vajinal doğum odaklı olmasına rağmen sezaryen kararı alınması, sezaryen saatini bekleme süresinin uzaması, eşinin doğuma girememesi, ameliyathane

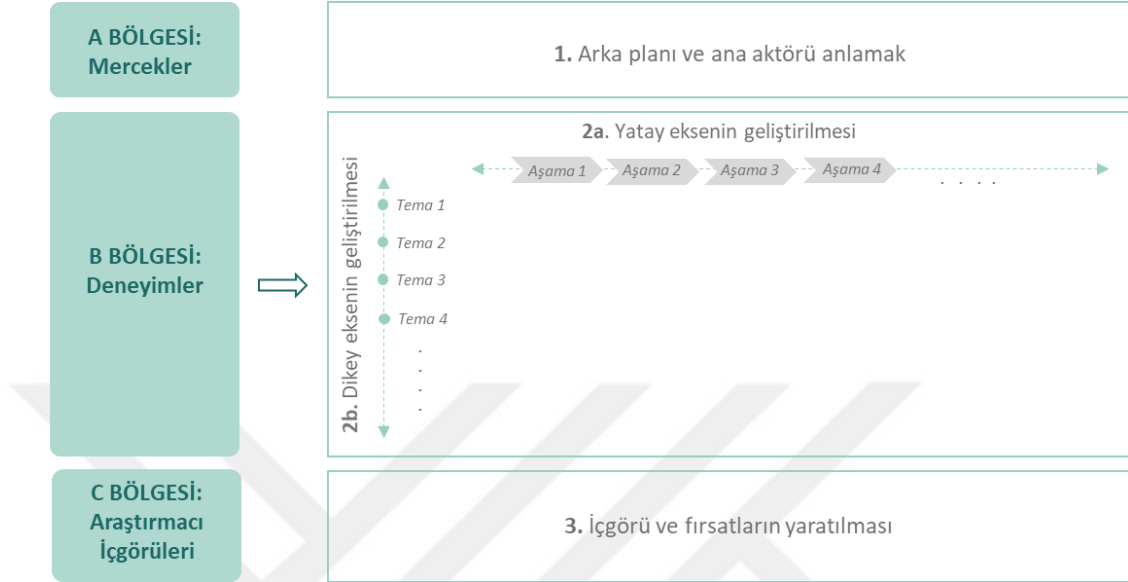
önlüğünü ‘çirkin’ bulmak, ameliyathanede kolların bağlanması, ameliyathanede mahremiyete saygı gösterilmemesi, ameliyathanenin çok soğuk ve kalabalık olması, ameliyathanedeki tıbbi ekipmanların görünür olması, doğum sonrası ilk mobilizasyonda zorlanmak’ gibi veriler yer almaktadır.

- Memnuniyetler: Kadınların hizmet sürecinde yaşadıkları memnuniyetleri kapsamaktadır. Bu tema altında ‘bebeğin doğumuna şahit olunması, doğumdan hemen sonra anestezi çerçevesi üzerinden bebeğin gösterilmesi, bebekle ten teması kurulması, ameliyathane ekibinin ilgili ve iyi iletişime sahip olması, ameliyathanede müzik çalması, ameliyathanenin temiz olması, doulanın süreçteki sosyal desteği, hastane odasının hem anne hem de ziyaretçileri ağırlamak için konforlu olması’ gibi veriler yer almaktadır.
- Tavsiyeler: Kadınların hizmet sürecinin iyileştirilmesine yönelik tavsiyeleri ile doğum yapacak diğer kadınlara tavsiyelerini kapsamaktadır. Bu tema altında elde edilen veriler arasında ‘doğuma hazırlık eğitimlerine eşlerin katılımının sağlanması, sağlık personelinin annenin isteklerine saygı göstermesi, tüm sağlık personelinin yeterli bilgilendirme yapmak ve doğru iletişim kurmak konusunda eğitim alması, doğum sonrası ebeveynliğe adaptasyon sürecinde anneye destek olunması’ gibi hizmet sürecine yönelik tavsiyeler ile ‘doğum şekli ne olursa olsun hastaneden bilgi talep etmek, merak duyuyorlarsa ameliyathaneyi gidip görmek, tüm doğum şekillerine açık olmak, bölgesel anestezi türlerini doğum öncesi süreçte öğrenmek, doğum deneyimini bir doğum ekibiyle yaşamak, doğum sonrası süreç için doula desteği almak, iyi bir doğum fotoğrafçısı seçmek’ gibi doğum yapacak kadınlara yönelik tavsiyeler yer almaktadır.

Yukarıda özetlenen bu temalar arasında ‘tavsiyeler’ teması yolculuk haritası kanvasının temel bileşenlerini oluşturmak üzere yapılan seçimde kapsam dışı bırakılmıştır. Çünkü yolculuk haritaları birincil aktörün perspektifinden deneyim sürecine ait verileri içermektedir. Ancak ‘tavsiyeler’ teması hizmet sürecine yönelik öneriler içerdiği için bu temadan elde edilen verilerden ‘araştırmacı içgörülerinin oluşturulması’ (bkz. Bölüm 4.2.2.6) sürecinde faydalanılmıştır. Geriye kalan 10 tema ise yolculuk haritası kanvasının temel bileşenlerini oluşturmak üzere seçilmiş ve bu

seçimin ardından yolculuk haritası ontolojisine göre bu temalar organize edilerek bir yolculuk haritası kanvası prototiplenmiştir.

4.1.2 Yolculuk haritası kanvasının prototiplenmesi



Şekil 4.5 : Yolculuk haritası kanvasının ontolojisi.

Sağlık hizmeti tasarımı için bir yolculuk haritası kanvasını kavramsallaştırmak ve ortak bir dil anlayışını teşvik etmek amacıyla yolculuk haritalama araçlarında kullanılan temel ontoloji esas alınmıştır. Kaplan (2016a), yolculuk haritalarının kullanıldıkları bağlama göre değişmekle birlikte, haritaya odak ve bağlam sağlayan bir mercek (A Bölgesi), kişinin deneyimini gösteren bir alan (B Bölgesi) ve yolculuğun analizinden elde edilen içgörüler (C Bölgesi) olmak üzere tipik olarak üç bölgeden oluşan bir ontolojiye sahip olduklarını belirtmektedir. Bu ontolojiye dayanarak, çevrimiçi anlatılardan elde edilen temalar organize edilmiş ve 3 adımda sağlık hizmeti tasarımı için bir yolculuk haritası kanvası oluşturulmuştur (Şekil 4.5):

- A Bölgesi: Arka planı ve ana aktörü anlamak
- B Bölgesi: Eksenleri tanımlamak
- C Bölgesi: İçgörü ve fırsatları oluşturmak

Bu yaklaşımla, yolculuğun temel bileşenleri, bileşenler arasındaki ilişkiler ve haritalama sürecine ait örtük kuralların yakalanması (Osterwalder, 2004) amaçlanmıştır. Yolculuğun gerçekleştiği bağlamın ana hatlarını çizerek modelleme aracı için temel dayanak sağlayan bu yaklaşımın, paydaşlar arasındaki iletişimi

kolaylaştırmaya yardımcı olduğu ve bir modelleme aracının geçerliliğini artırdığı ifade edilmektedir (McCarthy ve diğ, 2016).

4.1.2.1 Adım 1: arka planı ve ana aktörü anlamak

Haritalanan kişi ve incelenecek senaryo için kısıtlamalar sağlayan A bölgesi (Kaplan, 2016a), ana aktörü ve deneyimin arka planını anlamaya odaklıdır. Yolculuğu deneyimleyen kişi olan '*ana aktör*' (Gibbons, 2018; Kaplan, 2016a; Rainer, 2022a), sağlık hizmeti bağlamına yönelik bir çalışmada hizmetten yararlanan '*hizmet alıcısı*'na karşılık gelmektedir. Yolculuk haritalarında ana aktör gerçek bir kişi olabileceği gibi benzer davranış kalıpları ve ihtiyaçlarına sahip kurgusal karakterler de (persona) olabilmektedir (Rainer, 2022a; Grillmayr, 2021).

Bu bilgiler doğrultusunda, bölgesel anestezi altında sezaryen doğum yapan kadının ana aktör olarak konumlandırıldığı bu çalışmada, bir yolculuk haritası kanvası oluşturabilmek için A bölgesindeki bileşenler, hizmet öncesi süreçte arka plandaki durumu ve ana aktörü anlamaya yardımcı olacak şekilde çevrim içi anlatılardan elde edilen '*Arka Plan, Engeller, Hedef ve Beklentiler, Tercihler, Motivasyonlar, Korkular, Tutumlar*' temalarıyla ilişkilendirilmiştir.

Böylelikle, arka plan faaliyetleriyle ilgili deneyime ait bağlamın daha iyi anlaşılmasının yanı sıra haritalanan yolculuk için ana aktörün çok katmanlı kimliğini temel alan öncelikli bir filtre oluşturulması ve araştırma için bir sınır çerçevesi çizilmesi hedeflenmektedir.

4.1.2.2 Adım 2: eksenleri tanımlamak

Haritanın merkezi olan B Bölgesi, gerçek yolculuğun anlatıldığı kısımdır (Marquez vd.,2015). Genel olarak *yatay bir zaman eksenini* ve zaman eksenini boyunca haritalanan unsurları içeren *dikey bir eksenden* oluşmaktadır (Howard, 2014).

Yatay eksen, verilerin bir zaman çizelgesi boyunca sıralanmasını ve yapılandırılmasını sağlayacak aşamaları ve alt aşamaları içermektedir (Cramer, 2022). Dikey eksenindeki unsurlar ise yolculuk haritasının kullanım amacına ve tasarım hedefine bağlı olarak değişmekle birlikte (Visser, 2021) temelde ana aktörün yolculuk aşamaları boyunca gerçekleştirdiği *eylemleri, düşünceleri* ve *duyguları* içermektedir (Gibbons, 2017; Gibbons 2018; Howard 2014):

- Eylemler, yolculuğu gerçekleştiren ana aktörün gerçek davranışları ve adımlarıdır.
- Düşünceler, yolculuğun farklı aşamalarında ana aktörün sorularına, motivasyonlarına ve bilgi ihtiyaçlarına karşılık gelmektedir. Yolculuk haritalarında doğrudan ana aktörün ifadelerini içeren bilgiler şeklinde yer almaktadır.
- Duygular, deneyimin duygusal iniş ve çıkışlarını temsil eden, ana aktörün nerede memnun olduğunu veya hayal kırıklığı yaşadığını gösteren bağlamsal bir duygu katmanıdır.

Bu üç temel unsur arasında ise duygular lokomotif görevi görmekte ve ana aktörün eylemlerini yönlendirmektedir (Desmet, 2021). Düşünceler ise duyguları destekleyici bir rol üstlenerek kişinin belirli bir anda ne hissettiğinin netleştirilmesine yardımcı olmaktadır (DelftX:MED01x, Modül 3, Sofa Session Notları, 2021). Bu bağlamda, çevrimiçi anlatılardan elde edilen 'deneyimler' temasıyla ilişkilendirilen bu üç unsur, sağlık hizmetlerine yönelik yolculuk haritası kanvasının dikey eksenindeki ilk bileşenlerini oluşturmaktadır. Böylelikle ana aktörün *duygu*, *düşünce* ve *eylemlerinin* analiz edilerek tasarım çözümleri oluşturabilecek içgörülerin keşfedilmesi hedeflenmektedir.

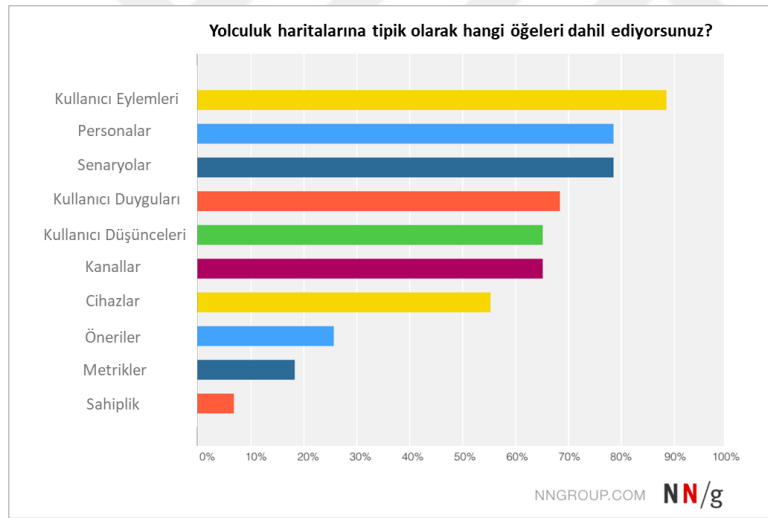
İkinci olarak, sağlık hizmetleri gibi karmaşık sistemlerde izole problemler için tasarım yapmak yerine, problemle bağlantılı tüm aktörlerin tasarım sürecine dahil edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Goossens, 2017a). Çünkü aktörlerin bakım yolculuğu ile olan etkileşimleri, ilgili sağlık hizmeti bağlamında potansiyel temas noktalarının belirlenmesini sağlamaktadır (Goossens, 2017b). Bu temas noktalarının yeniden tasarlanması ise ilgili sağlık hizmetinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Simonse ve diğ., 2019). Bu bağlamda, bakım sürecine aktif olarak katkıda bulunabilecek bir kişi, ürün veya hizmet olabilen '*insan aktörler*' ve '*insan olmayan aktörler*', fikir üretme fırsatlarının belirlenebilmesi için yolculuk haritası kanvasının dikey eksenindeki diğer bileşenlerini oluşturmaktadır. Böylelikle ana aktörün yanı sıra ilgili diğer aktörlerin faaliyetlerine de odaklanılarak; yenilikler, ürünler veya hizmetler için fikir üretme fırsatlarının belirlenmesi hedeflenmektedir.

Son olarak, bir bakım yolculuğundaki dikey eksen, ana aktörün ihtiyaçlarının karşılanmadığı *acı noktaları* (Kalbach, 2016) ile deneyimi iyileştirebilecek *kazanç*

noktalarını belirlemek için kullanılabilmektedir (Pell, 2022). Hem insan hem de insan olmayan aktörlerle olan etkileşim anlarıyla da bağlantılı olan bu noktalar, yeni fırsatlara yol açabilecek içgörüler oluşturmada tasarımcılara yardımcı olmaktadır. Bu doğrultuda, çevrimiçi anlatılardan elde edilen '*memnuniyet*' ve '*hayal kırıklığı*' temaları bu yaklaşımda bahsedilen unsurlarla (acı ve kazanç noktaları) ilişkilendirilerek yolculuk haritası kanvasının dikey eksenindeki son bileşenlerini oluşturmaktadır.

4.1.2.3 Adım 3: içgörü ve fırsatları oluşturmak

Yenilikler, ürünler veya hizmetler için fikir üretme fırsatlarının belirlenmesi olarak ayrılan C Bölgesi, araştırmacı içgörülerini içermektedir (Kaplan, 2016a). İçgörüler, tüm içeriğin kapsamlı bir sentezinden gelirken (Marquez ve diğ, 2015), içgörülere dayalı olarak belirlenen fırsatlar ise deneyimin nasıl optimize edilebileceğini ortaya koymaktadır. Böylelikle araştırmacının haritadan bilgi çıkarmasına yardımcı olmaktadır (Gibbons, 2018).



Şekil 4.6 : Nielsen Norman Group tarafından 48 UX Uzmanı ile yapılan anket sonuçları (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Kaplan, 2016b).

Bu bölgenin, bulguların iletilmesi için en kritik kısım olmasına rağmen, yolculuk haritalarında en az yer verilen alan olduğu belirtilmektedir (Kaplan, 2016b). Nielsen Norman Group, müşteri ihtiyaçlarını anlama ile ilgili seminerlerine hazırlanırken, kurumların müşteri yolculuğu haritasını nasıl kullandığını öğrenmek için 48 kullanıcı deneyimi uzmanına anket yapmıştır (Kaplan 2016b). İlgili ankette ‘yolculuk haritalarına tipik olarak hangi öğeleri dahil ediyorsunuz?’ sorusuna gelen cevaplara göre, kullanıcıların birçoğunun ‘C Bölgesi’ni (araştırmacı içgörülerini içeren öneriler, metrikler, sahiplik) haritalarında kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Şekil 4.6).

Ancak deneyimleri optimize etmek için içgörü geliştirmenin önemini vurgulayan Kaplan (2016b), C Bölgesi'ni tanımlanmadan yolculuk haritasını bir eylem planına dönüştürmenin mümkün olmadığını ve bu alanı dışarıda bırakacak şekilde bir sadeleştirme yapıldığında bir yolculuk haritasının etkinliğinin önemli ölçüde zayıfladığını belirtmektedir.

Bu kapsamda elde edilen verilerin değerlendirilerek bir eylem planına dönüştürülebilmesi amacıyla sağlık hizmetlerine yönelik yolculuk haritası kanvasının son bölümündeki bileşenler '*İçgörüler ve Fırsatlar*' olarak belirlenmiştir.

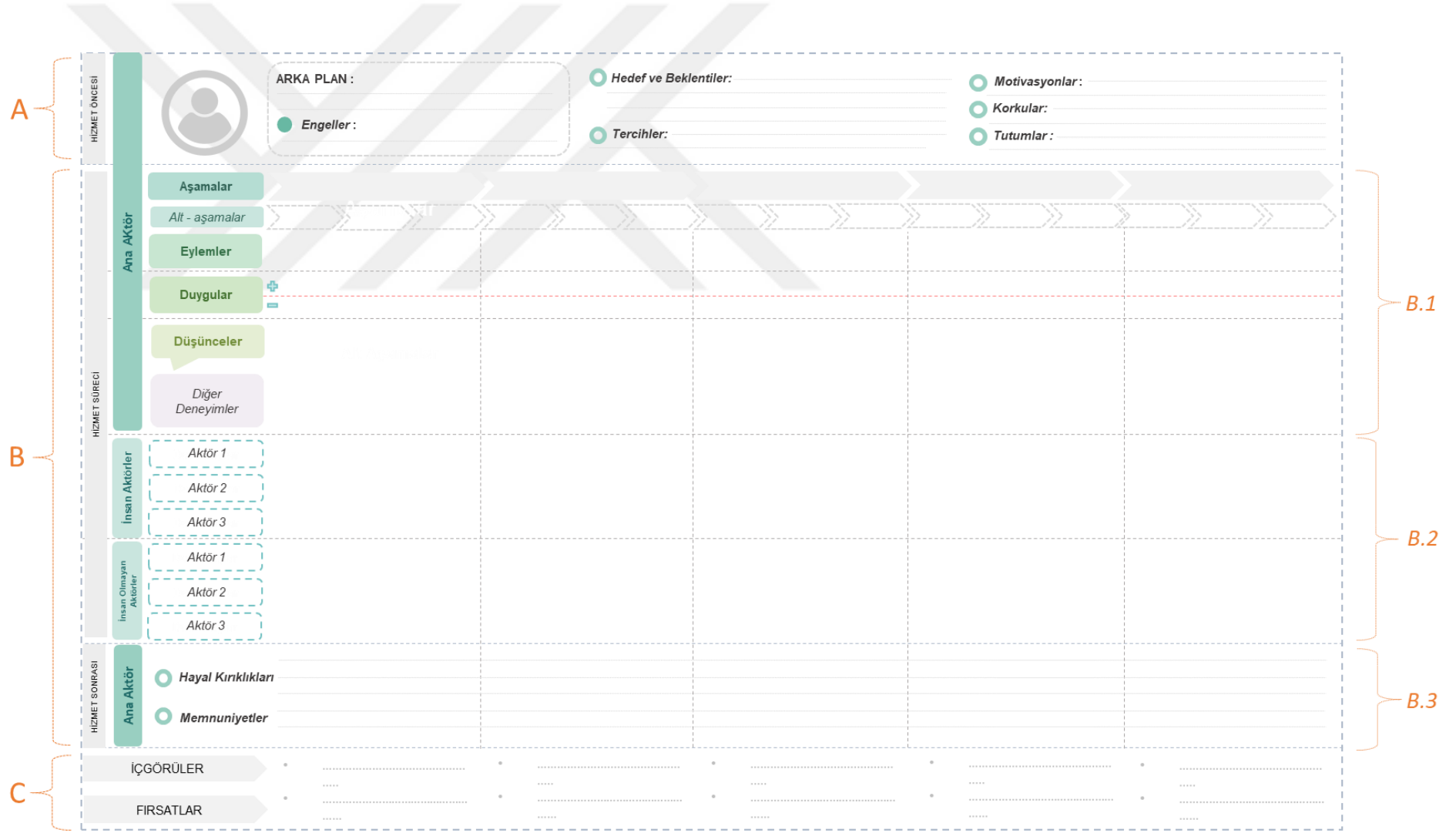
4.1.2.4 Yolculuk haritası kanvası ve bileşenleri

Bileşenlerin belirlenmesinin ardından, bu bileşenler yolculuk haritası ontolojisine göre organize edilerek bir yolculuk haritası kanvası prototipi oluşturulmuştur (Şekil 4.7). İlgili kanvasta, ana aktöre (A) ve ana aktörün deneyimine (B) ait bölümler, 'Hizmet Öncesi, Hizmet Süreci ve Hizmet Sonrası' olmak üzere 3 faza ayrılmıştır:

- Hizmet Öncesi: İlgili deneyimin *arka planı* ve karşılaşılan *engellerin* yanı sıra ana aktörün sağlık hizmetine yönelik '*hedef ve beklentileri, tercihleri, motivasyonları, korkuları ve tutumları*' (A) hakkında veri toplanması hedeflenmektedir.
- Hizmet Süreci: Ana aktörün ilgili sağlık hizmetine yönelik *duygu, düşünce* ve *eylemleri* (B.1) ile ilgili *diğer aktörlerin faaliyetleri* (B.2) hakkında veri toplanması hedeflenmektedir.
- Hizmet Sonrası: Ana aktörün ilgili sağlık hizmeti deneyimine ilişkin değerlendirmesini içeren '*hayal kırıklıkları*' ve '*memnuniyetleri*' (B.3) hakkında veri toplanması hedeflenmektedir.

Araştırmacı içgörülerini içeren bölümde (C) ise, tasarım fikrine yol açabilecek içgörülerin oluşturularak, inovasyon yaratma potansiyeline sahip fırsatların belirlenmesi hedeflenmektedir.

Yolculuk haritası kanvasına ait bileşenlerin özellikleri Şekil 4.8'de tanımlanmış olup, ilgili unsurlar kullanıldıkları bağlama ve haritanın hangi düzeyde ayrıntı içereceğine göre azaltılabilir, çoğaltılabilir veya adapte edilebilir. Bu bağlamda B Bölümü'nde yer alan dikey eksendeki bileşenlere ek olarak '*diğer deneyimler (fiziksel, bilişsel, duygusal vb.)*' satırı eklenmiştir.



Şekil 4.7 : Sağlık hizmeti tasarımı için yolculuk haritası kanvası.

TANIM		
Hizmet Öncesi		
A BÖLGESİ	Arka Plan	Hizmet sürecinin değerlendirilmesi üzerinde etkisi olan arka plan faaliyetleri
	Engeller	Ana aktörün hizmet öncesinde karşılaştığı zorluklar
	Hedef ve Beklentiler	Ana aktörün nasıl bir sağlık hizmeti deneyimi yaşamayı hayal ettiği ve süreçten ne beklediği
	Tercihler	Ana aktörün hizmet sürecine yönelik tercihlerini etkileyen faktörler
	Tutumlar	Ana aktörün hizmet öncesi süreçte deneyimlediği / karşılaştığı çeşitli durumlara yönelik eğilimleri
	Motivasyonlar	İyi bir sağlık hizmeti deneyimi için ana aktörün faaliyetleri / hazırlıkları
	Korkular	Ana aktörün hizmet sürecine yönelik korkuları
Hizmet Süreci		
B BÖLGESİ	Aşamalar / Alt Aşamalar	Bakım yolculuğunun aşamaları / alt aşamaları
	Eylemler	Ana aktörün hizmet sırasındaki eylemleri
	Düşünceler	Ana aktörün hizmet sırasındaki düşünceleri
	Duygular	Ana aktörün hizmet sırasındaki duyguları
	Diğer Deneyimler	Hizmet sürecine ilişkin fiziksel, bilişsel, duyuşsal vb. deneyimler
	İnsan Aktörler	Bakım yolculuğuna aktif olarak katkıda bulunabilecek herkes
	İnsan Olmayan Aktörler	Bakım yolculuğuna aktif olarak katkıda bulunabilecek her şey
	Hizmet Sonrası	
B BÖLGESİ	Hayal Kırıklıkları	Hizmet süresi boyunca ana aktörün yaşadığı hayal kırıklıkları (acı noktaları)
	Memnuniyetler	Hizmet süresi boyunca ana aktörün memnuniyetleri (kazanç noktaları)
Araştırmacı İçgörülleri		
C BÖLGESİ	İçgörüler	Tüm hizmet sürecine ilişkin araştırmacı içgörülleri
	Fırsatlar	Araştırmacı içgörülerinden elde edilen fırsatlar

Şekil 4.8 : Bileşenlerin tanımlanması.

4.2 Aşama 2: Yolculuk Haritası Kanvasını Kullanmak

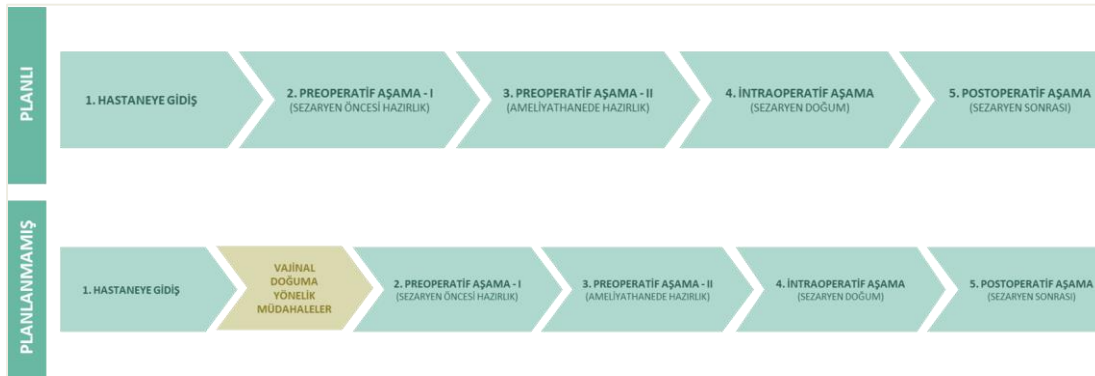
Bu bölümdeki çalışmaların amacı, sağlık hizmeti tasarımı için önerilen yolculuk haritası kanvasına ait bileşenlerin doğrulanmasının ardından, kanvasın nasıl kullanılabileceğine yönelik adımlar ortaya koymaktır. Bu doğrultuda, ilk olarak yolculuk haritalama aracının bileşenlerini oluşturan temalara yönelik bir soru seti hazırlanmıştır. İkinci olarak, bir mülakat protokolü hazırlanarak yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşme verileri, temaları doğrulamak için tematik

analize tabi tutulmuş ve elde edilen veriler taslak kanvasa işlenmiştir. Kanvasın kullanıma yönelik adımlar içeren bu aşamadan sonra ise kanvas aracılığıyla bir hizmet prototipi oluşturmaya yönelik öneriler sunulmuştur.

4.2.1 Bileşenlerin doğrulanması: yarı yapılandırılmış görüşmeler

Sağlık hizmeti bağlamındaki deneyimleri keşfetmenin en etkili yolu hizmet alıcılarla doğrudan temas yoluyla gerçekleşmektedir (Simonse ve diğ, 2019). Bu bağlamda yarı yapılandırılmış görüşme tekniği, belirli bir standardizasyon ve esneklik düzeyine sahip olması (Yıldırım ve Şimşek, 2008) nedeniyle deneyimlere ait derinlemesine bilgi elde etmek için tasarım araştırmalarında sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir. Bu yöntemin araştırmacıya sunduğu en önemli kolaylık görüşmenin önceden hazırlanmış bir protokole bağlı gerçekleştirilmesi sebebiyle daha sistematik bir bilgi sunmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Bu nedenle tez çalışmasının ikinci aşamasında, ilk olarak çevrimiçi kaynaklardan elde edilen temalarla şekillenen sorular çerçevesinde, bölgesel anestezi altında sezaryen doğum yapmış katılımcılarla yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılarak; yolculuk haritası kanvasının temel bileşenleri değerlendirilmiştir.

4.2.1.1 Görüşmelerin yapılandırılması



Şekil 4.9 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait bakım yolculuğunun ana aşamaları.

Bir sağlık hizmeti deneyimini değerlendirebilmek için öncelikle bakım sürecini iyi anlamak gerektiği belirtilmektedir (Liu, 2018). Bu doğrultuda ilk olarak yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilerin yolculuk haritası kanvasına işlenmesini kolaylaştırmak için bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait bakım yolculuğunun ana aşamaları tanımlanmıştır (Şekil 4.9). İlgili aşamaları tanımlanmak için tıbbi veri tabanları ve tıbbi içerikli web sitelerinde kanıta dayalı uygulamaları içeren bir literatür taraması yapılmıştır (Berghella, 2019; Dahlke ve diğ, 2013;

Hofmeyr ve diğ, 2009; Kaye ve diğ, 2018; Strand ve Dickson 2019; Wilson ve diğ, 2018). Tanımlanan aşamalar, görece daha standart bir prosedüre sahip olması sebebiyle planlı sezaryene ait *bakım yoluna (care pathway)* dayanmaktadır. Çünkü planlanmamış sezaryenlerde, ikinci aşamadan (preoperatif aşama - I) önce '*vajinal doğuma yönelik müdahaleler*' söz konusu olabilmektedir. Bu doğrultuda, bölgesel anestezi altında sezaryen doğum için bakım yolculuğunun ana aşamaları şunlardır:

1. Hastaneye Gidiş: Hastaneye gelmeden önce yapılan hazırlıklardan, hastane odasına yatış işlemlerinin tamamlanmasına kadar olan süreci kapsayan aşamadır.
2. Preoperatif Aşama - I (Sezaryen Öncesi Hazırlık): Ameliyathaneye transfer edilmeden önce maternal öykünün alınması, kan ve idrar testlerinin yapılması gibi tıbbi hazırlıkların yapıldığı aşamadır. Anne adayının hastane odasından ameliyathaneye girene kadar geçirdiği süreci kapsamaktadır.
3. Preoperatif Aşama - II (Ameliyathanede Hazırlık): Anestezinin uygulandığı ve annenin fiziksel olarak doğuma hazırlandığı aşamadır.
4. İntraoperatif Aşama (Sezaryen Doğum): Uterus insizyonundan (bebeğin anne karnından kesi yoluyla çıkartılması), cerrahi kapatma (dikiş atılması) işleminin tamamlanmasına kadar geçen süreci kapsayan aşamadır.
5. Ameliyat Sonrası Aşama (Sezaryen Sonrası): Cerrahi kapatma işleminden sonra annenin hastane odasına transfer edilmesinden; mobilizasyon (yürüyüş), emzirme gibi hastane odasında yaşadığı deneyimleri de içerecek şekilde hastaneden ayrılmasına kadar geçen süreci kapsayan aşamadır.

Çizelge 4.3 : Pilot çalışma katılımcılarının bilgileri.

Doğum Şekli	Katılımcı	Katılımcı Türü	Doğum Yılı
Planlı Sezaryen	P1	Primipar	2021
	P2	Primipar	2020
Planlanmamış Sezaryen	P3	Multipar	2018

Bakım yolculuğunun ana aşamaları tanımlandıktan sonra, bu aşamalar ile çevrim içi anlatılardan çıkarılan temalar temel alınarak yarı yapılandırılmış görüşmeler için bir soru seti hazırlanmıştır. Görüşme soruları '*hizmet öncesi sürece ait sorular, hizmet sürecine ait sorular ve hizmet sonrası deneyimi değerlendirmeye yönelik sorular*'

olacak şekilde yapılandırılmıştır. Soru kalıpları oluşturulurken katılımcılar tarafından kullanılan dil ve terminoloji dikkate alınmıştır. Tıbbi literatürde ‘gebe’ terimi kullanılmasına karşın kadınların ‘hamilelik’ ifadesini kullanması gibi söylemsel farklılıklar gözetilerek formüle edilen soru seti bölgesel anestezi altında sezaryen doğum yapan üç kadın ile bir pilot çalışma (Çizelge 4.3) yapılarak netleştirilmiştir (Şekil 4.10). Soruların genişletilmiş versiyonu EK D’de yer almaktadır.

PROBLAR	GÖRÜŞME SORULARI
	1. Hizmet Öncesi Sürece Ait Sorular
<i>Tercihler, Motivasyonlar, Hedef ve Beklentiler vb.</i>	S.1.1. Hamileliğiniz süresince nasıl bir doğum deneyimi yaşamayı hayal ediyordunuz?
	S.1.2. Hayal ettiğiniz gibi bir doğum deneyimi yaşayabilmek için neler yaptınız? Yaptığınız hazırlıklardan ve bu süreçte sizi motive eden şeylerden bahsedebilir misiniz?
	2. Hizmet Sürecine Ait Sorular
<i>Hastaneye gidiş</i>	S.2.1. Doğum yaptığınız gün, hastaneye gidene kadarki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız? Bu süreçte neler yaptınız?
<i>Vajinal Doğuma Yönelik Müdahaleler</i>	S.2.2. Hastaneye geldikten sonra, ameliyathaneye girişinize kadarki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
<i>Preoperatif Aşama – I (Sezaryen Öncesi Hazırlık)</i>	S.2.3. Doğum yaptığınız ameliyathane ortamını hatırladığınız kadarıyla anlatabilir misiniz? Nasıl bir ortam vardı?
<i>Preoperatif Aşama – II (Ameliyathanede Hazırlık)</i>	S.2.4. Doğum başlamadan önce, ameliyathanede sizi doğuma nasıl hazırladılar?
<i>İntraoperatif Aşama (Sezaryen Doğum)</i>	S.2.5. Doğum başladıktan sonra, bebeğiniz doğana kadarki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
	S.2.6. Bebeğiniz doğduktan sonra, ameliyathanedeki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
<i>Postoperatif Aşama (Sezaryen Sonrası)</i>	S.2.7. Ameliyathaneden çıktıktan sonra, kendi hastane odanıza gidene kadarki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
	S.2.8. Hastane odanıza geldikten sonra, hastaneden çıkana kadarki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
	3. Hizmet Sonrası Deneyimi Değerlendirmeye Yönelik Sorular
<i>Hayal Kırıklıkları, Memnuniyetler, Tavsiyeler</i>	S.3.1. Tüm aşamalarıyla değerlendirecek olursanız, hayal ettiğiniz gibi bir doğum deneyimi yaşadığınızı düşünüyor musunuz? Nedenlerini paylaşır mısınız?
	Sizce bu süreç nasıl daha iyi olabilirdi?
	S.3.2. Bu deneyimi yaşayacak kadınlara hangi tavsiyelerde bulunursunuz?

Şekil 4.10 : Yarı yapılandırılmış görüşme soruları.

Soru seti netleştirildikten sonra ise bir mülakat protokolü hazırlanarak, etik kurul (İTÜ, SBİNAREK - Sosyal ve Beşeri Bilimler İnsan Araştırmaları Etik Kurulu) onayına sunulmuştur. İlgili protokol, ‘*çalışma prosedürleri, mülakat süreci ve mülakat sorularının yapısı*’ olacak şekilde üç bölümden oluşmaktadır (EK E).



Şekil 4.11 : Yarı yapılandırılmış görüşme süreci.

Etik kurul onayı alındıktan (EK F) sonra ise mülakat protokolünde yer aldığı şekliyle (Şekil 4.11):

- Çalışmaya katılma konusunda istekli kişiler (gönüllüler) ile telefon aracılığıyla ön görüşmeler yapılarak, çalışma hakkında sözlü bilgilendirme yapılmıştır.
- Ön görüşme sonrası, çalışmaya katılmak için gönüllü olan 10 kişi ile e-posta aracılığıyla EK G’de yer alan davet metni (e-posta 1) paylaşarak, çalışma hakkında yazılı bilgilendirme yapılmış ve Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK H) paylaşılmıştır.
- Görüşme yapmayı kabul edilerek, Bilgilendirilmiş Onam Formu’nu imzalayan katılımcılar ile EK G’de yer alan e-posta 2 paylaşarak, mülakat tarihi netleştirilmiştir.
- Mülakat tarihi netleştirildikten sonra, katılımcılarla EK G’de yer alan e-posta 3 paylaşarak, Zoom platformu üzerinden gerçekleştirilecek olan çevrim içi görüşme bilgileri iletilmiştir.
- Belirlenen mülakat tarihinde ise, 10 katılımcı (5 planlı sezaryen ile doğum yapmış kadın, 5 planlanmamış sezaryen ile doğum yapmış kadın) ile açık uçlu sorular aracılığıyla yarı yapılandırılmış çevrimiçi görüşmeler yapılmıştır.

Çizelge 4.4 : Yarı yapılandırılmış görüşmelerin katılımcı bilgileri.

Doğum Şekli	Katılımcı	Katılımcı Türü	Doğum Yılı
Planlı Sezaryen	K1	Primipar	2016
	K2	Primipar	2018
	K3	Primipar	2020
	K4	Primipar	2017
	K5	Primipar	2020
Planlanmamış Sezaryen	K6	Primipar	2017
	K7	Primipar	2021
	K8	Primipar	2016
	K9	Primipar	2020
	K10	Multipar	2015

Yapılan görüşmeler için oluşturulan örneklem kümesi, katılımcıların primipar veya multipar olmalarına bakılmaksızın, ‘Türkiye’de son on yıl içinde bölgesel anestezi

altında sezaryen doğum yapan kadınlar'dan oluşmaktadır (Çizelge 4.4). Bunun nedeni, kadınların sezaryen doğum deneyimlerini iyileştirmeyi amaçlayan nazik sezaryen (gentle c- section) uygulamalarına ilişkin çalışmaların son on yılda artış göstermesi ve bu çalışmalarla birlikte tıbbi koşullar uygun olduğu takdirde '*ilk emzirmenin ameliyathanede gerçekleşmesi, çift katlı cerrahi perdeler kullanılması*' gibi prosedürel değişikliklerin de uygulanmaya başlanmasıdır.

- Primipar: İlk kez doğum yapmış / yapacak olmak (Cambridge University Press, n.d.)
- Multipar: Geçmişte bir veya daha fazla kez doğum yapmış olmak (Cambridge University Press, n.d.)

Ayrıca, bazı tıbbi prosedürler gibi acı verici deneyimlerin geriye dönük (retrospektif) değerlendirmelerinde, yaşanan en kötü ve en son anlar daha fazla hatırlanmakta ve "zirve-son bellek yanlılığı (peak-end memory bias)" olarak adlandırılan fenomenin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Kahneman ve diğ, 1993; Müller ve diğ, 2019). Bu nedenle veri toplama aşamasında, doğum sürecindeki olumsuz deneyimlerin daha iyi hatırlanmasının etkisini azaltmak amacıyla bebek kaybı, engelli bebek doğumu gibi travmatik deneyimleri olan kişiler örnekleme dahil edilmemiştir.

4.2.1.2 Görüşmelerin analizi ve bileşenleri oluşturan temaların doğrulanması

Yarı yapılandırılmış görüşmeler tamamlandıktan sonra, yolculuk haritası kanvasının bileşenlerini oluşturan temaların doğrulanması (tutarlılık ve çeşitlilik bağlamında) amacıyla transkripsiyonu yapılan görüşme verileri MAXQDA Programı'na (VERBI Software, 2021) aktarılarak tematik analizi yapılmıştır. İlgili kodlar (temalar) çevrimiçi anlatılardan elde edilen temalar doğrultusunda tımdengelim yoluyla oluşturulmuştur (genişletilmiş kod listesi için bkz. EK I). Hangi temanın hangi katılımcıdan geldiğini göstermek amacıyla tekrar MAXQDA'nın görsel araçlarından Kod Matrisi Tarayıcısı kullanılmıştır (Şekil 4.12). İlgili görsel aracın okunabilirliğini artırmak amacıyla kod varlığını temsil eden daireler kod renkleriyle renklendirilmiş ve gereksiz çizgiler kaldırılmıştır. Ayrıca, katılımcı ifadelerinden doğrudan alıntılar eklenerek genişletilmiş ve değiştirilmiştir. Katılımcıların doğum hikayelerini aktarmak amacıyla ele aldıkları konulara işaret eden bu temalar, çevrimiçi anlatılardan elde edilen temalarla tutarlılık göstermiş ve tema çeşitliliğinde herhangi bir değişiklik olmamıştır.

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	TOPLA...
▼ Hizmet Öncesi											
Arka Plan	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10
Engeller	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9
Hedef ve Beklentiler	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10
Tercihler	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10
Motivasyonlar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10
Korkular	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7
Tutumlar	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10
▼ Hizmet Süreci											
Deneyimler	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10
▼ Hizmet Sonrası											
Hayal Kırıklıkları	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10
Memnuniyetler	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10
Tavsiyeler	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	10
TOPLAM	11	11	11	11	11	11	10	9	10	11	106
Örnekler											
▼ Hizmet Öncesi											
Arka Plan	"Bu epidural sezaryende sizi işte dediğim gibi birkaç gün öncesinde bir hastaneye çağırırlar." (K1) "Ya ben gittim işte üç gün önce manikür pedikür yaptım, kırmızı ojelerimi sürdürdüm falan böyle hani çok havalı olacağım ya (doğumda)..." (K5) "Benim gebelik şekerim olduğu için benim normal doğum yapma son günüm artık 39. haftaydı, son hafta. Yani 40'ta normal doğuramayacaktım. O yüzden doktorum dedi ki 23 Eylül'de gel, yatış yapalım sana, normal doğumunu başlatalım dedi." (K6)										
Engeller	"Yani düşündüm ama iş yoğunluğu sebebiyle öyle şeylere (doğuma hazırlık kursu vs.) de hiç katılamadım maalesef." (K3) "Hafif bir şeyler yiyip, bir saatten sonra hiçbir şey yemeyip, su da içmeyin demişlerdi. Evet öyle bir şey olmuştu, ona sinir olmuşum mesela. Çünkü sürekli acıyorsunuz." (K1) "... pandemi şartları olduğu için gidemedim hani belki giderdim ama normal şartlarda. Gebelik okulu falan oluyor çünkü normalde ama o dönemde hiç olmadı." (K7)										
Hedef ve Beklentiler	"... çocuğumuza beraber karşılama isteğim vardı yani ve yalnız olmak istemiyordum yani ne olursa olsun doğumumda yalnız olmak istemiyordum." (K6) "Hamileliğim süresince böyle ben biraz doğallıktan yana bir insanım. O yüzden böyle normal doğum yapmayı denemiş ve hedeflemiştim. Dolayısıyla hani böyle şey yani her şeyin böyle kendiliğinden oluştuğu, çünkü bu gerçekten çok doğal bir şey, milyonlarca yıldır yani biz böyle milyonlarca yıldır doğuruyoruz. Dolayısıyla bunun da böyle bir akışta ilerleyen bir şey olması, hep öyle şeyler vardı kafamda." (K1)										
Tercihler	"bebeğimin doğum anını, normal doğumda nasıl görebiliyorsanız, o şekilde bebeğimizi görebiliyorsunuz bunda da. O yüzden yani ben her şeyi şahit olabileceğim, her şeyi görebilmek için epiduralı tercih ettim." (K3) "...ben böyle kapsamlı bir hastanede doğum yapmak istiyordum. Olası bir olumsuz durumda hastanenin kapasitesinin her anlamda yetmesi gerekiyordu benim için..." (K6) "yani bildiğim bir doktor olduğu için, işte annemin de devam ettiği bir doktor olduğu için, tecrübeli bir doktor olduğu için seçtim, yani çok fazla doğum yaptırmış." (K4)										
Motivasyonlar	"Hamile masajına gidiyordum ben. Evet ona çok düzenli gittim." (K10) "Hamilelik günlüğü vardı hafta hafta günlük tuttum." (K9) "... bir ya da iki tane böyle güvendiğim anne çocukla ilgili forumlar vardı. Orayı hani insanların deneyim paylaşımlarını takip ettim..." (K8) "ben çikolata yaptırıp böyle ayıcık, kolonya yaptırıp bebek kolonyası yine böyle kızının isminin yazdığı." (K7) "... işte duymaya başladı, gözlerini açtı, gözkapakları oluştu, ne bileyim kulakları var artık falan... Bir de şey veriyordu işte cevaz boyunda şu anda, işte kayısı boyunda, portakal boyunda falan hani görselleştirebiliyorsunuz, hayal edebilirsiniz." (K5)										
Korkular	"Sadece sezaryende öyle bir şey var hani yine bir sonuçta bir ameliyat, kesiyor kesmesi gereken yeri öyle söyleyeyim ve onun dışı şey var. Hani belki şey korkuttu beni birazcık, hani dışı şey ağrı yapar mı, şey yapar mı, bir problem yaşar mıym sadece biraz o yüzden hani sezaryen istemiyordum diyebilirim." (K2) "Hani korkularım da vardı, hani onun acısı nasıl bir şeydir, kaç saat acaba sancı çekilir vesaire endişelerim de vardı" (K6) "Panik atağım ve uyusma fobim var. Ya bu benim çocukluğumdan geliyor. Böyle uyusunca bir anda böyle benimden aşağı kaynar sular dökülüyor, tansiyonum düşüyor. O yüzden hani epidural benim için kesinlikle zaten olmazdı." (K10)										
Tutumlar	"... çok böyle cinsiyetçi şeyler olmadık, yani öyle mavi falan. Ben zaten çok öyle sevmem ama böyle çok keyifli şeyler aldık tabi." (K10) "Doğum hikayeleri hiç okumadım. Çünkü korkabiliyordum, orada duymamam gereken bir detayı okuyabiliyordum. Yani beni endişeye sokabilecek bir şeyi öğrenmek istemedim açıkçası" (K6) "...doğum sonrası fotoğrafçı bilmem ne hastanenin kendi paketleri vardı. Paketin içinde zaten isterseniz işte fotoğrafçı falan bilmem ne de vardı, seçebiliyorsunuz. Hatta böyle kadife kılıflı böyle acayip şeyler falan filan. Ondan sonra hani bunlara o sırada çok sıcak bakmadım. Yani böyle bana bunlar da böyle biraz kurgu gibi geldi çünkü." (K1)										
▼ Hizmet Süreci											
Deneyimler	"... (Hastanenin Adı) Hastanesi otel gibi, ilk karşılamada sizi acilden almıyorlar. Bayağı otel odasına yerleşir gibi böyle işte şey koyuyorsunuz, bavulları falan." (K1) "Doktorum hep yanımdaydı ben gideneye kadar. Hatta hemşiresi falan da geldi. O da böyle konuştuk, muhabbet ettik yani biraz dışı şeyler yapılırken biraz muhabbet oldu." (K2) "Ben ama o tepedeki ışıktan ameliyathane bölgesini görebiliyordum için oradan biraz takip ettim yarım yamalak ama tabii bebeğin tam çıkış anında benim tansiyonum falan yükseldiği için sonra herkes bir koşuşturma içine girdi sonra ben de unuttum o an." (K3) "... yatırırlar ve hani o yeşil örtüyü gerdiler." (K7) "Çok hızlı bir şekilde girdim işte belime anesteziyi aldıktan sonra ekip toplandı." (K8)										
▼ Hizmet Sonrası											
Hayal Kırıklıkları	"Daha önce ameliyat olmuştum, tamamen bir ameliyat ortamına geldim, doğumla hiçbir ilgisiz yok, yani doğumu işaret eden hiçbir şey yok onu söyleyebilirim" (K1) "Ameliyathanedeki (bebek) gitti, arkasından zaten eşim de gitti. Ben tek kaldım, dikeyler. O an bir boşluktaydım yani çok. Ya benim, burada benim bir şey yapmam lazım, ben doğurdum, annemim ama şu an herkes başka bir yerde, ben de burada yatıyorum gibi bir boşluktaydım açıkçası, yarım saat falan." (K9) "Yani sen hiçbir şey görmüyorsun aslında, orada olan biten mavi örtünün arkasında gerçekleşiyor. Bayağı şey gibi hacivat karagöz gibi." (K5)										
Memnuniyetler	"Gelirken direkt otel odasına dediğim gibi alınmak iyi bir şey. Otel odası hissi iyi bir şeydi. O yaşıttıkları o kutlama yemeği güzel bir deneyimdi." (K1) "İlk gece eşim kaldı. Yanda bir koltuk vardı. Normal bir yatak yani rahat, konforlu. Büyüğe bir odadaydı yani öyle çok dar, sıkışık değildi. Yanında bir oda daha vardı ama kendi hasta odası da aydınlık ferah bir odadaydı. Tuvaleti öyle temiz, konforlu. İşte bebeği küveyi biraz ötedeydi. Yani imkânları iyi bir odadaydı. Dolaba vardı, buzdolaba vardı. İşte yemek servisi için masa idelidi." (K4) "İlk bebeğin gıyisini de hastane giydirdiyordu zaten, senden o anda bebeğin eşyasını verin gibi bir şey de yaşamıyordum. Bebeğin kıyafetleri nerede diye hemşireler sizin peşinizde koşmuyor." (K6)										
Tavsiyeler	"Herkes rengarenk giyinse olurdu. Rengarenk, herkesi orada rengarenk görmek hani göze hitap ettiği için rahatlatılabildi. Her şeyi yeşil, her şeyi aynı görmek belki biraz tedirgin edebilir..." (K3) "Belki de düzenli hani işte hamile pilatesi diyor ya belki de hamile terapisi falan gibi bir şey olabilir." (K4) "Aydağlatması daha sempatik olabilir, belki işte mekan daha canlı olabilir, oraya göre düzenlenebilir bence. En azından hani deneyimi artırabilir. Işık bence çok önemli yani" (K5) "Her kadın ameliyathaneye direkt inebileceği bir yolu olmalı, yani öyle bir yerde konuşulan bu ameliyathane." (K6) "Emziriyorsunuz, kontrolleriniz oluyor, bir mahrem alana biraz da ihtiyacınız olabiliyor o noktada bir ziyaretçi olması ihtimaline karşı. Önce bir hani bir yerden geçip, sonrasında aileye, anneye ulaşmak daha faydalı olabilir." (K8)										

Şekil 4.12 : Yarı yapılandırılmış görüşmelerin temalara dağılımı (MAXQDA, 2022).

Aşağıda yolculuk haritası kanvasının temel bileşenlerini oluşturan temalar için yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilere ait örnekler yer almaktadır. Veriler çevrim içi anlatılarla benzer olacak şekilde '*Hizmet Öncesi, Hizmet Süreci ve Hizmet Sonrası (deneyimi değerlendirme)*' olmak üzere 3 faza ayrılarak yapılandırılmıştır:

- Hizmet Öncesi:
 - Arka Plan: Bu tema altında, 'planlı sezaryen öncesi operasyon için gerekli testleri yaptırmak ve anestezi eğitimi almak için hastaneye gitmek, doğumdan birkaç gün önce anestezi doktoruyla görüşme yapmak, planlanmamış sezaryenlerde doğumun başlatılması için hastaneye erken yatış yapmak' gibi katılımcıların doğum deneyiminin değerlendirilmesinde etkisi bulunan arka plan faaliyetlerine yönelik veriler yer almaktadır.
 - Engeller: Bu tema altında, 'planlı sezaryenlerde doğumdan bir gece önce oranın kapatılması (yeme içmenin kesilmesi), süreçte bilgi yoğunluğuna maruz kalmanın kişide yetersizlik hissi uyandırması, anestezi türüne yönelik tercih hakkı sunulmaması, iş yoğunluğundan dolayı doğuma hazırlık kurslarına katılamamak' gibi katılımcıların doğum öncesi süreçte karşılaştıkları zorluklara yönelik veriler bulunmaktadır.
 - Hedef ve Beklentiler: Bu tema altında, 'doğal akışında ilerleyen bir doğum süreci yaşamak, sağlıklı bebeğine kavuşmak, doğumdan hemen sonra bebekle ten teması kurmak, doğum sürecini eşiyle birlikte yaşamak, doğum sonrası çabuk iyileşmek ve hızla eski formuna dönmek' gibi katılımcıların yaşamayı hayal ettikleri doğum deneyimine ve doğumdan ne beklediklerine yönelik veriler yer almaktadır.
 - Tercihler: Bu tema altında, çevrimiçi anlatılardan elde edilen verilerle benzerlik gösterecek şekilde 'doğum sonrası sürecin daha rahat olduğunu düşünerek vajinal doğum tercih etmek, doğumun bitiş süresinin görece daha belli olması sebebiyle sezaryen doğum tercih etmek, daha güvenli ve konforlu bulunduğu için bölgesel anestezi tercih etmek' gibi katılımcıların doğum şekline yönelik tercihleri ile 'doğuma bakış açılarının paralel olduğu ve iyi iletişim kurabileceği bir doktor tercih etmek, kapsamlı ve koşulları iyi olan bir hastane tercih etmek (yenidoğan yoğun bakımı, doğum paketi ve farklı oda seçenekleri sunması, oda süsleme gibi hizmetler vb.)' gibi doktor ve hastane seçimine

yönelik tercihlerini içeren veriler yer almaktadır. Bunlarla birlikte, ‘ekonomik sebeplerden dolayı standart oda tercih etmek, daha rahat etmek için tek kişilik oda talep etmek, doğum sonrası refakatçi ve ziyaretçilerin de rahat edebilmesi için süit oda (geniş oda) tercih etmek’ gibi katılımcıların hastane odası tercihlerini içeren veriler de bu tema altında toplanmıştır.

- **Motivasyonlar:** Bu tema altında katılımcıların, iyi bir doğum deneyimi için yaptıkları faaliyetlere yönelik veriler yer almaktadır. Elde edilen veriler çevrim içi anlatıların tematik analiziyle benzer olacak şekilde, ‘doğuma hazırlık kursları ve eğitimlerine katılmak, doğuma yönelik konferanslara katılmak, ilk yardım eğitimi almak’ gibi profesyonel destek almaya yönelik motivasyonlar; ‘yürüyüş yapmak, hamile pilatesi yapmak, hamile yogası yapmak’ gibi fiziksel ve spiritüel aktivitelere yönelik motivasyonlar; ‘hamile masajı yaptırmak, sağlıklı beslenmek’ gibi kişisel bakım ve sağlıklı yaşama yönelik motivasyonlar; ‘doğum ve doğum sonrası (bebek bakımı vs.) süreçlerle ilgili okuyup araştırmak; çevrimiçi ortamlarda gebelik, doğum ve doğum sonrası sürece yönelik profesyonellerin paylaşımları ile kadınların deneyim paylaşımlarını (doğum hikayeleri, ebeveynlik vb. konular) takip etmek, gebelik ile ilgili telefon uygulamaları kullanmak; hamile günlüğü tutmak’ gibi mental hazırlıklara yönelik motivasyonlar; ‘doğum sonrası süreci organize etmek, doğuma yönelik kişisel bakım (manikür, pedikür vs.) hazırlıkları yapmak, doğum odası için süsler (kapı süsü, balon vb.) hazırlamak, doğum sonrası için hediyelikler ve ikramlıklar hazırlamak, hastanenin doğum paketi, doğum fotoğrafçısı ve oda süsleme vb. hizmetlerini satın almak’ gibi doğum, bebek ve hastane için yapılan hazırlıklara yönelik motivasyonlar olacak şekilde beş alt temaya göre gruplandırılmıştır.
- **Korkular:** Bu tema altında, ‘vajinal doğum korkusu (acı, sürenin bilinmemesi, sürecin değişkenliği vb.), sezaryen doğum korkusu (ameliyat korkusu, kesilme korkusu vb.), bölgesel anestezi korkusu (süreçte bilinci açık olmanın ürkütmesi, anestezinin yan etkileri, riskleri vb), genel anestezi korkusu, doğum sonrası sürece yönelik korkular (sütün gelmemesi, ağrı yaşama vb.)’ gibi katılımcıların genel doğum sürecine ilişkin korkularını içeren veriler yer almaktadır.

- **Tutumlar:** Bu tema altında, ‘hastane seçimini doktor seçiminden önce yapmak, gebelik sürecinde çocuk doktorunu belirlemek, vajinal doğum için gebeliğin son haftalarına kadar beklemek, bebeğin vajinal doğum ile gelmesi için çaba sarf etmek (bol yürüyüş yapmak, merdiven inip çıkmak vs.), doğum / bebek / hastane için yapılan hazırlıklarda cinsiyete yönelik tercihlerden kaçınmak (hastane odasını süslemek için cinsiyetçi renklerden uzak durmak vb.), kurgusal bulduğu hizmetlerden (oda süsleme, fotoğraf çekimi vs.) faydalanmak istememek, olumsuz etkileneceğini düşünerek doğum hikayeleri okumaktan ve doğum videoları izlemekten kaçınmak, doğuma yönelik araştırma yaparken güvenilir bulduğu platformları ve yayınevlerini tercih etmek’ gibi katılımcıların gebelik sürecindeki çeşitli durumlara yönelik göstermiş olduğu eğilimleri içeren veriler yer almaktadır.
- **Hizmet Süreci:**
 - **Deneyimler:** Bu tema altında, ‘hastane odasının süslenmesi, sedyeyle ameliyathaneye götürülmek, anestezinin oturur pozisyonda uygulanması, gerekli ışık düzeni sağlandıktan sonra operasyonun başlaması, ameliyathanede bebekle ten teması kurulması, bebeğin rutin kontrollerinin annenin yanında yapılması, ilk emzirmenin hastanede odasında gerçekleşmesi’ gibi bakım yolculuğuna ait aşamalar ile ‘anestezi uygulanırken endişelenmek, ameliyathanede bebeğin ağlama sesini duyduğunda mutlu olmak’ gibi duygular; ‘ameliyathanedeki sürecin çok hızlı olması, ameliyathane ekibinin çok iş odaklı olması’ gibi ifadeleri içeren düşünceler; ‘doğumun gerçekleşeceği gün erken uyanıp saç, makyaj vb. hazırlıklar yapmak, operasyon sırasında ameliyathane ekibiyle sohbet etmek, operasyon sırasında ameliyathane aydınlatmasının yansıtıcı yüzeylerinden doğum anını görmeye çalışmak, ameliyathanede bebeğin kontrolleri yapılırken izlemeye çalışmak, doğum sonrası bağırsak hareketlerini düzene sokabilmek için hastanede bol yürüyüş yapmak’ vb. davranışlar; ‘ameliyathanede çok üşümek, doğum esnasında mide bulantısı yaşamak, doğum sonrası aşırı titremek’ gibi fiziksel deneyimlere yönelik veriler yer almaktadır.

- Hizmet Sonrası (deneyimi değerlendirme):
 - Hayal Kırıklıkları: Bu tema altında, ‘doğum öncesinde, sağlık profesyonelleri tarafından doğum süreciyle ilgili yeterince bilgilendirilmemek ve sürece yeterince hazırlanmamak, hastane prosedürleri gereği eşinin doğuma giremeyeceğini hastaneye geldiğinde öğrenmek, ameliyat önlüğünü konforlu bulmamak, ameliyat önlüğü ile savunmasız hissetmek, ameliyathaneye transfer sürecinin standart bir ameliyat sürecinden farksız olması (bir hasta gibi sedyeyle transfer edilmek vb.), ameliyathane transfer yolunun uzun gelmesi, anestezi uygulanırken uygun pozisyonu almakta zorlanmak (bir hasta bakıcıdan destek almak zorunda kalmak vb.), tıbbi hazırlıklarda kolların bağlanması, ameliyathane ortamının kalabalık olması ve mahremiyet içermemesi, ameliyathane atmosferini soğuk bulmak (renk, malzeme, aydınlatma açısından) ve ortamda doğuma özel hiç bir şey olmaması, ameliyathane personelinin negatif söylem ve davranışları, sürecin çok hızlı ilerlemesi (süreçte kaybolma ve kontrolsüzlük hissi, "biricik" hissedememek), tıbbi donanımların konforlu hissettirmemesi (dar ve yüksek sedye, görüş açısını kısıtlayan yüksek anestezi çerçevesi ve cerrahi perdeler vb.), doğum anına yeterince dahil olamadığını düşünmek, sürecin anneden çok bebek odaklı işlediğini düşünmek, bebeğin anneden önce ameliyathaneden çıkarılması, cerrahi kapatma sürecinin uzun sürmesi, doğum sonrası derlenme ünitesinde yalnız olmak ve iletişimsizlik, emzirme sürecinde uygun pozisyonu almakta zorlanmak, ilk mobilizasyonda ayağa kalkmakta zorlanmak, hareket kısıtından ötürü yemek yemekte zorlanmak, standart hastane yemeği verilmesi, ziyaretçiler hastaneyi bilmediği için refakatçinin sürekli ziyaretçilere rehberlik ederek anneyi yalnız bırakması, hastane çıkışında iyi bir uğurlama hizmeti sunulmaması’ gibi katılımcıların hizmet sürecinde yaşadıkları hayal kırıklıklarını içeren değerlendirme verileri yer almaktadır.
 - Memnuniyetler: Bu tema altında ‘otel konforunda hizmetler sunulması (karşılama hizmeti, anne-baba için özel yemek menüsü ve kutlama yemeği sunumu vb.), hastane tarafından sunulan diğer hizmetler (fotoğraf çekimi, oda süsleme, kuaför hizmeti sunulması, bebeğin ilk kıyafetlerinin hastane tarafından karşılanması vb.), hastane odasını konforlu bulmak (büyüklük, atmosfer ve donanımlar açısından), ameliyathaneye girdiğinde pozitif

karşılanmak, anestezi uygulaması sırasında bilgilendirilmek, doğumda bebeğini görebilmek, bebeğiyle ten teması yapmak, doğum anında bebeğin ağlama sesinin ön plana çıkartılarak bir drama yaratılması, doğum sertifikası (bebeğin doğum saatinin yazdığı, ayak izinin olduğu vb.) verilmesi, cerrahi kapatma sürecinde ameliyathane ekibiyle sohbet etmek, eşinin doğuma girmesi, hemşirelerin emzirme ve bebek bakımı konusunda destek olması ve uygulamalı bilgilendirmeler yapması, hastane yatağının emzirmeyi desteleyecek konforda olması, hastane odası planının annenin mahremiyetini koruyacak şekilde olması (odaya ziyaretçi alımının farklı bir kapıdan yapılması), çıkış işlemlerinin hastane ekibi tarafından yürütülmesi' gibi katılımcıların hizmet sürecinde yaşadıkları memnuniyetleri içeren değerlendirme verileri bulunmaktadır.

- Tavsiyeler: Bu tema altında, katılımcıların 'doğum öncesi süreçte verilen anestezi eğitiminin iyileştirilmesi (uygulamalı anlatımlar vb.), doğum servisinin işleyiş sürecinin hastane genelinden farklılaştırılması ve kişiye özel hissettirecek uygulamalar içermesi, otel odası hizmeti, kutlama yemeği gibi deneyimlerin çoğaltılması, ameliyathanenin mekansal özelliklerinin tıbbi bir ortamdan ayrıştırılması, doğum öncesi profesyonel destek almakla ilgili ebeveyn katılımının desteklenmesi, hastane odası için ziyaretçi yönlendirmesinin doğru yapılması, hastane odasının ziyaretçi alanı ile annenin bulunduğu alan olacak şekilde ayrıştırılması (süit oda vb.), ameliyathaneye transfer sürecinin kısaltılması, ameliyat önlüğünün mahremiyet kaygılarını azaltacak şekilde iyileştirilmesi ve kişiselleştirmeye imkan verecek renk seçenekleri sunulması, anestezi uygulanırken annenin doğru pozisyonu alabilmesi için ekipmanlar geliştirilmesi, doğumun belirli bir anına şahit olabilecek şekilde ameliyathane ortamının organize edilmesi' gibi hizmet sürecine yönelik öneriler bulunmaktadır. Bunlarla birlikte, 'doğum süreci ile ilgili tercihler yaparken (hastane seçimi vb.), çevresindeki kişilerin deneyimlerinden faydalanmak ancak seçici geçirgen davranmak, doğum öncesi süreçte kafa karışıklığı yaratmaması için iyi bulduğu bir iki yayını takip etmek, hastane seçimi yapmadan önce hastaneyi gidip görmek, doğumdan önce bazı prosedürlere yönelik taleplerini doğumdan önce sağlık profesyonelleriyle konuşmak, doğum öncesi ve sonrası profesyonel destek almak (gebe okulu,

hamile terapisi, gebelik sürecini düzenlenme vb.), güvenilir kaynaklardan okuyup araştırmak, dinlemek ve doğuma bilinçli girmek' gibi doğum yapacak diğer kadınlara yönelik önerileri içeren veriler de yer almaktadır.

Yukarıda özetlenen temalar arasında 'tavsiyeler' teması yolculuk haritası kanvasının temel bileşenlerinin arasında yer almamasına rağmen, bakımda ortak karar vermenin önemi göz önünde bulundurularak bu temaya ait verilerden katılımcılar için oluşturulan yolculuk haritalarının C Bölümü'ndeki içgörü ve fırsatların oluşturulması adımı (bkz. Bölüm 4.2.2.6) faydalanılmıştır. Bu doğrultuda, bu temaya ait veriler için betimsel analiz yapılarak ayrı bir ek doküman oluşturulmuştur (bkz. EK J). İlgili dokümandaki veriler her bir katılımcı için 'sürece ve aktörlere yönelik tavsiyeler' ile 'ana aktöre yönelik tavsiyeler' olacak şekilde gruplandırılmıştır.

4.2.2 Yolculuk haritası kanvasının kullanılması

Tutarlılık ve çeşitlilik bakımından yolculuk haritası kanvasının bileşenlerini oluşturan temaların doğrulanmasının ardından, kanvasın kullanımına yönelik adımlar sunmak amacıyla MAXQDA'da tematik olarak analiz edilen yarı yapılandırılmış görüşme verileri, yolculuk haritası kanvasının bileşenleri temel alınarak hazırlanan Şekil 4.13'teki Microsoft Excel elektronik tablolarına işlenmiştir. Ayrıca Şekil 4.13, yarı yapılandırılmış görüşme sorularından elde edilen verilerin, hazırlanan tablolarda işlendiği ilgili bölümleri göstermekte ve verilerin haritanın temel bileşenlerine nasıl dağıldığını ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmeti tasarımıya yönelik bir yolculuk haritası kanvasının kullanımına yönelik adımlar sunmanın yanı sıra bir görselleştirme şablonu aracılığıyla yolculuk haritası kanvasının temsil kabiliyetini ve kullanılabilirliğini değerlendirmektir. Bu nedenle yüksek çözünürlüklü ve tamamlanmış haritalar yerine üzerinde değişiklik yapmaya imkan tanıyan, düşük çözünürlüklü ve esnek yapıda bir örnek haritalama şablonu oluşturulmuştur. Şablon üzerindeki bileşenler, yolculuk haritası kanvasının genel strüktürünü koruyacak şekilde organize edilmiştir. Böylelikle yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilerin ilgili alanlara işlenmesiyle kanvasın kullanımına yönelik adımlar ortaya konarken; elde edilen elektronik tabloların, deneyimin anlaşılabilir bütünsel bir görünümünü sunmaya ne derece olanak tanıdığının da değerlendirilmesine yardımcı olmuştur.

HİZMET ÖNCESİ		Arkaplan:												☐ Hedef ve Beklentiler ☐ Tercihler		☐ Motivasyonlar ☐ Korkular ☐ Tutumlar			
		Engeller:																	
Adım 1																			
HİZMET SÜRECİ	AŞAMALAR	1. Hastaneye Gidiş				2. Preoperatif Aşama - I (Sezaryen Öncesi Hazırlık)			3. Preoperatif Aşama - II (Ameliyathanede Hazırlık)			4. İntraoperatif Aşama (Sezaryen Doğum)				5. Postoperatif Aşama (Sezaryen Sonrası)			
		ALT AŞAMALAR	Evdeki Hazırlıklar	Hastaneye Ulaşım	Yatış İşlemleri	Odadaki Hazırlıklar	Tıbbi Hazırlıklar - I	Ameliyathaneye Transfer	Ameliyat Odasına Giriş	Anestezinin Uygulanması	Tıbbi Hazırlıklar - II	Doğum	Bebek ile İlk Karşılaşma	Bebegin İlk Kontrolleri	Bebek ile İlk Temas & Bebekten Avırılma	Derlenme Ünitesi	Odaya Transfer	Postop	Postop 1. Gün
		EYLEMLER																	
		DUYGULAR																	
		DÜŞÜNCELER																	
FİZİKSEL DENEYİMLER																			
HİZMET SONRASI	İnsan Aktör																		
HİZMET SONRASI	İnsan Olmayan Aktörler																		
HİZMET SONRASI	Ana Aktör																		
İÇGÖRÜLER																			
FIRSATLAR																			

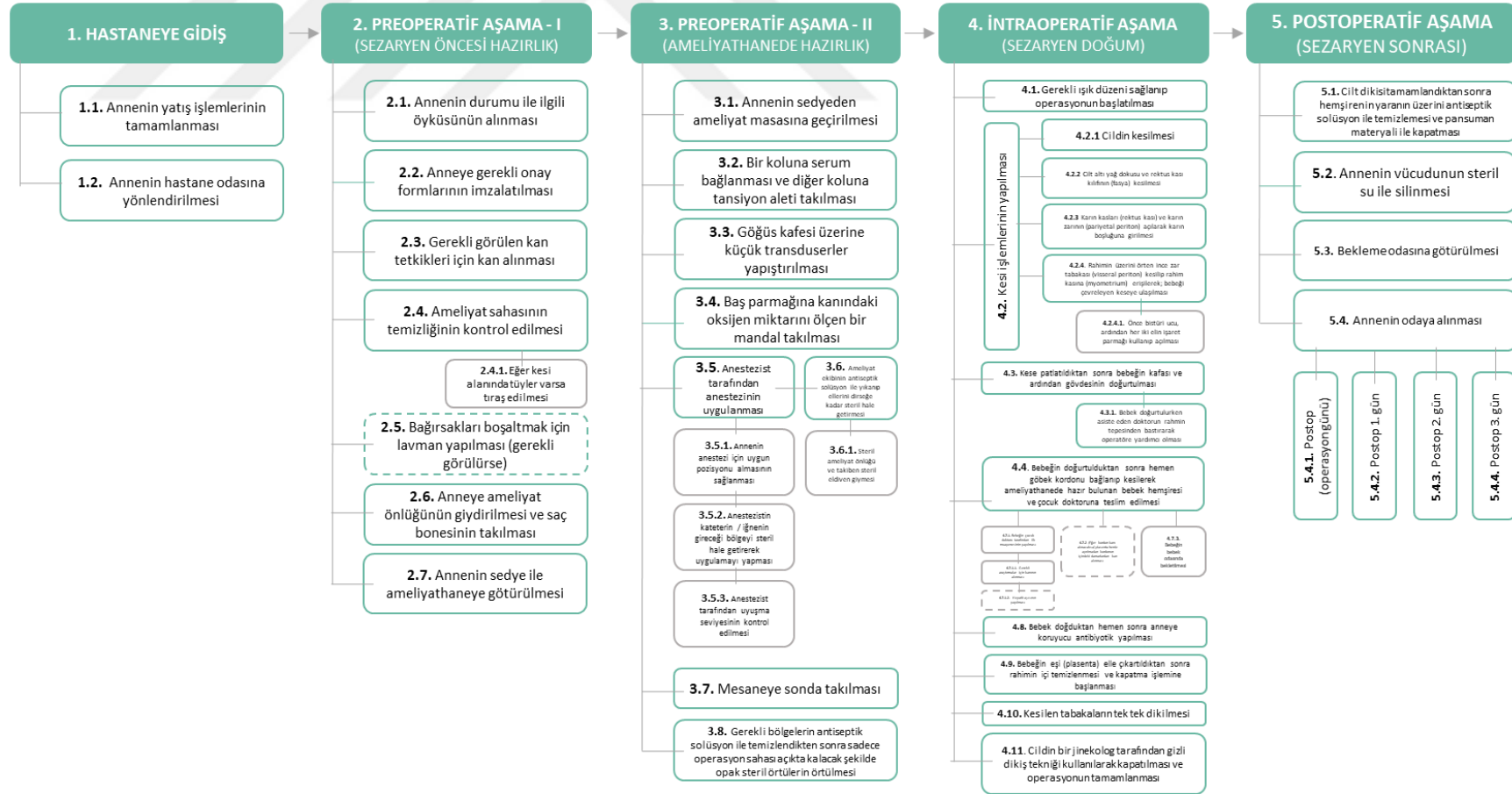
Şekil 4.14 : Adım 1: Bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait bakım yolculuğunun ana ve alt aşamalarının taslak şablona sıralanması.

Bakım yolculuğuna ait bu aşamaları sıralamak için ise öncelikle bölgesel anestezi ile sezaryen doğuma ait *bakım yolu* tanımlanmıştır. Klinik yollar (clinical pathways) ve bakım haritaları (care maps) olarak da adlandırılan *bakım yolları* (care pathways) sağlık hizmeti sürecinin sağlık uzmanı perspektifinden açıklanmasıdır (Schrijvers ve diğ, 2012; Vanhaecht ve diğ, 2007). Sağlık hizmeti sürecinin, hizmeti alan kişinin bakış açısıyla ele alındığı *bakım yolculuğu* (care journey) ise, kişinin bakım alabilmek için katıldığı süreci ifade etmektedir. Bu nedenle bakım yolculuğunu (care journey) tanımlanmadan önce, sistemin sağladığı hizmetlerin belirlenmesi açısından bakım yolunun (care pathway) netleştirilmesi önemlidir (Liu, 2018).

Bu bağlamda, ilk olarak bölüm 4.2.1.1’de belirtildiği şekilde tıbbi veri tabanları ve tıbbi içerikli web sitelerinde literatür taraması yapılarak bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait bakım yolunun (care pathway) ana ve alt aşamaları tanımlanmıştır (Şekil 4.15). Kişilerin bakım yolculukları boyunca geçirmesi muhtemel görevlere karşılık gelen alt aşamaların hiyerarşik bir şekilde sıralanması için akış şemaları kullanılmıştır. Bu aşamaların tanımlanması ve hiyerarşik bir şekilde organize edilmesinin hizmet sürecini anlayabilmek ve ilgili bakım yolculuğunu değerlendirebilmek için önemli olduğu ifade edilmektedir (Liu, 2018). Şekil 4.15’te bölgesel anestezi altında sezaryen doğum sürecine ait bakım yolunun alt aşamaları yeşil renkli çerçeve ile gösterilirken, alt-alt aşamaları gri renkli çerçeve ile gösterilmiştir. Ek olarak, kesikli çizgi ile gösterilen uygulamalar ise sezaryen doğumun gerçekleştiği hastanenin prosedürlerine göre farklılık gösteren görevlere karşılık gelmekte; bu nedenle bu görevlerin sırası değişkenlik göstermektedir.

İkinci olarak, oluşturulan bakım yolu (care pathways), yarı yapılandırılmış görüşme verileri temel alınarak bakım yolculuğuna (care journey) dönüştürülmüştür (EK İ). Çünkü sağlık profesyonelleri (bakım sağlayıcılar) ile hizmetten yararlanan kişilerin (sağlık hizmeti alıcılarının) bakım süreçleri birbirlerinden farklıdır. Her ikisi için de en önemli aşamalar değişkenlik göstermekte; aradaki bu farkı anlamak ve kişilerin ilgili sağlık hizmetine yönelik ihtiyaçlarını belirlemek için bakım yolculuğunun tanımlanması önem arz etmektedir. Şekil 4.16’da bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait bakım yolu ile bakım yolculuğu arasındaki fark ‘Preoperatif – I’ aşaması üzerinden örneklendirilmiştir. Şekil 4.17’de ise bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait bakım yolculuğunun ana aşamaları ve alt aşamaları yer almaktadır.

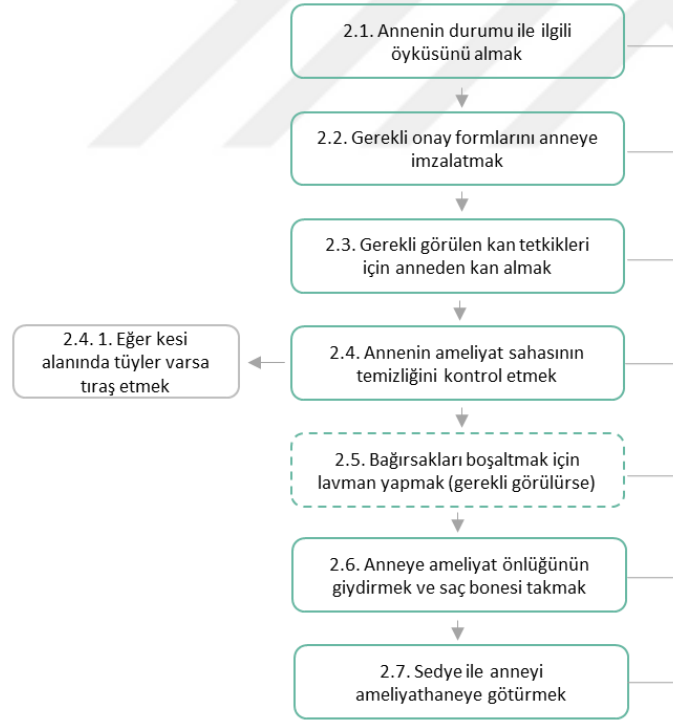
BÖLGESEL ANESTEZİ YÖNTEMİNİN KULLANILDIĞI PLANLI BİR SEZARYEN DOĞUMA AİT BAKIM YOLUNUN ANA AŞAMALARI



Şekil 4.15 : Bölgesel anestezi altında planlı bir sezaryen doğuma ait bakım yolunun ana ve alt aşamaları.

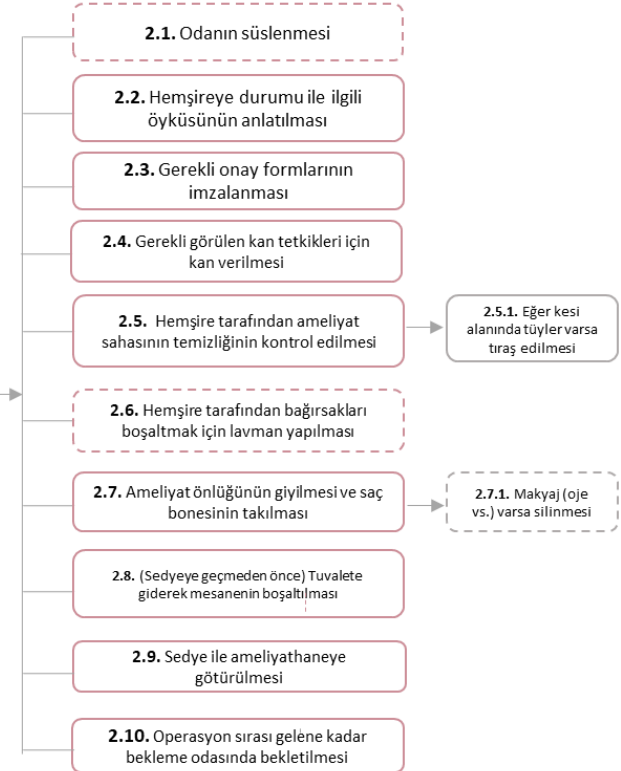
BÖLGESEL ANESTEZİ YÖNTEMİNİN KULLANILDIĞI PLANLI BİR SEZARYEN DOĞUMA AİT

Sağlık Profesyonellerinin BAKIM YOLU



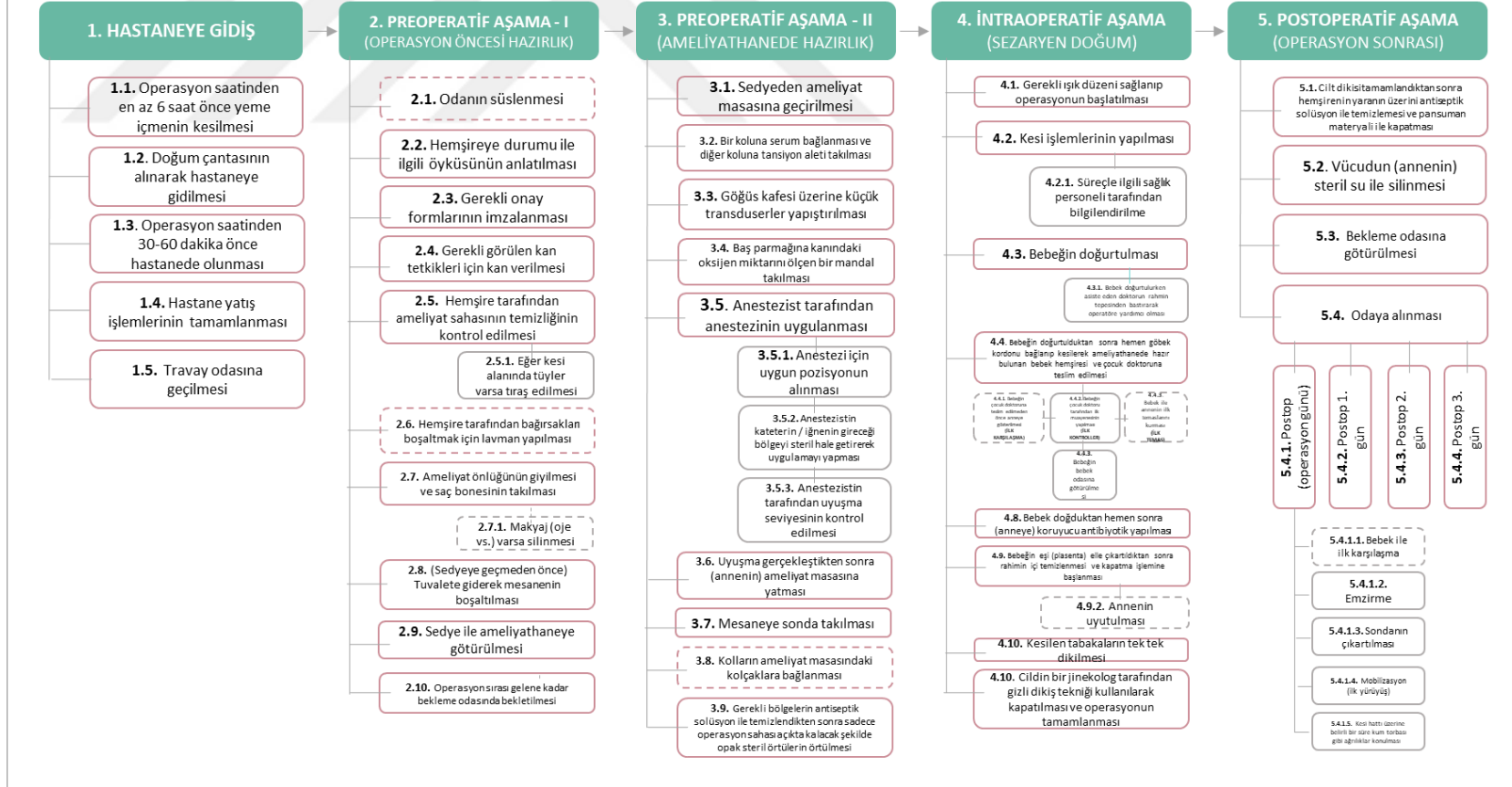
2. PREOPERATİF AŞAMA - I (OPERASYON ÖNCESİ HAZIRLIK)

Annenin BAKIM YOLCULUĞU



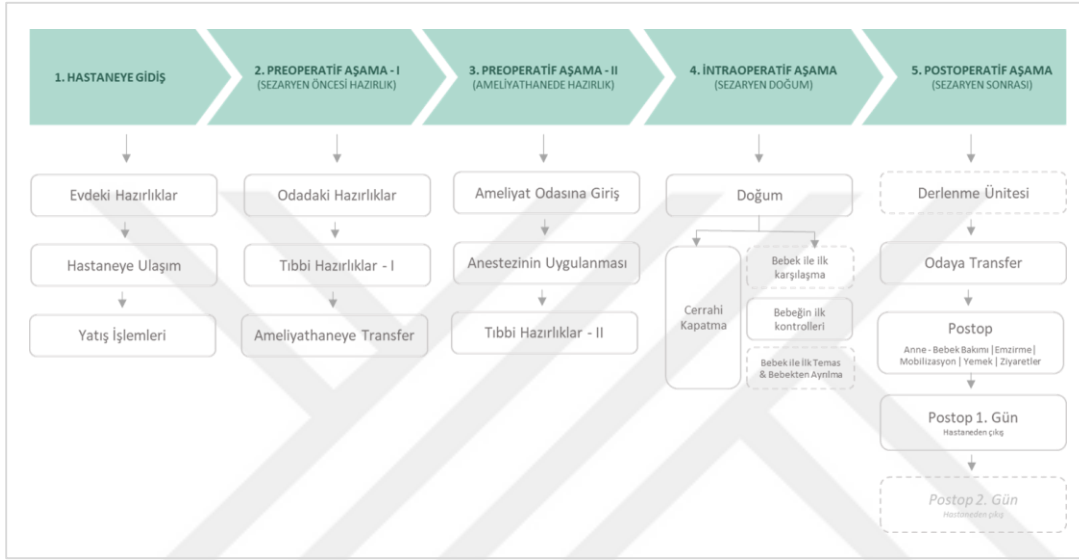
Şekil 4.16 : Bölgesel anestezi altında planlı bir sezaryen doğuma ait bakım yolu ve bakım yolculuğu arasındaki fark.

BÖLGESEL ANESTEZİ YÖNTEMİNİN KULLANILDIĞI PLANLI BİR SEZARYEN DOĞUMA AİT BAKIM YOLCULUĞUNUN ANA AŞAMALARI

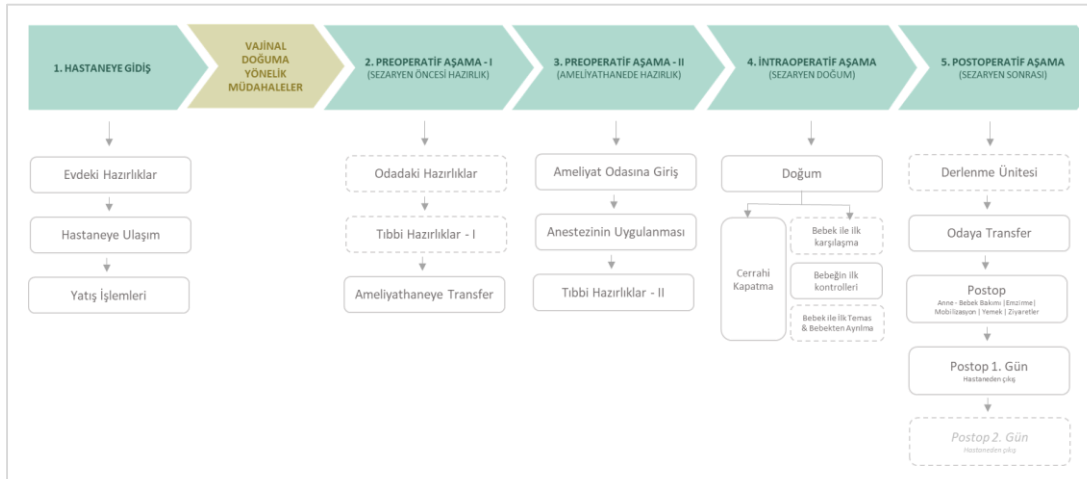


Şekil 4.17 : Bölgesel anestezi altında planlı bir sezaryen doğuma ait bakım yolculuğunun ana ve alt aşamaları.

Bakım yolculuğuna ait alt aşamalar, hiyerarşik olarak organize edildikten (Şekil 4.17) sonra ise, katılımcı görüşmelerinden elde edilen verileri bir zaman eksenini boyunca sıralamayı kolaylaştırabilmek için üst temalar altında birleştirilmiştir (Şekil 4.18, Şekil 4.19). Çünkü çok fazla alt aşama içeren yolculuk haritaları karışıklık yaratacağı için yolculuk başına 20 adımı geçilmemesi önerilmektedir (Grillmayr, 2021). Şekil 4.18 ve Şekil 4.19'daki alt aşama sıralaması, hastanenin sezaryen prosedürüne bağlı olarak her katılımcı için farklılık gösterebilmektedir.



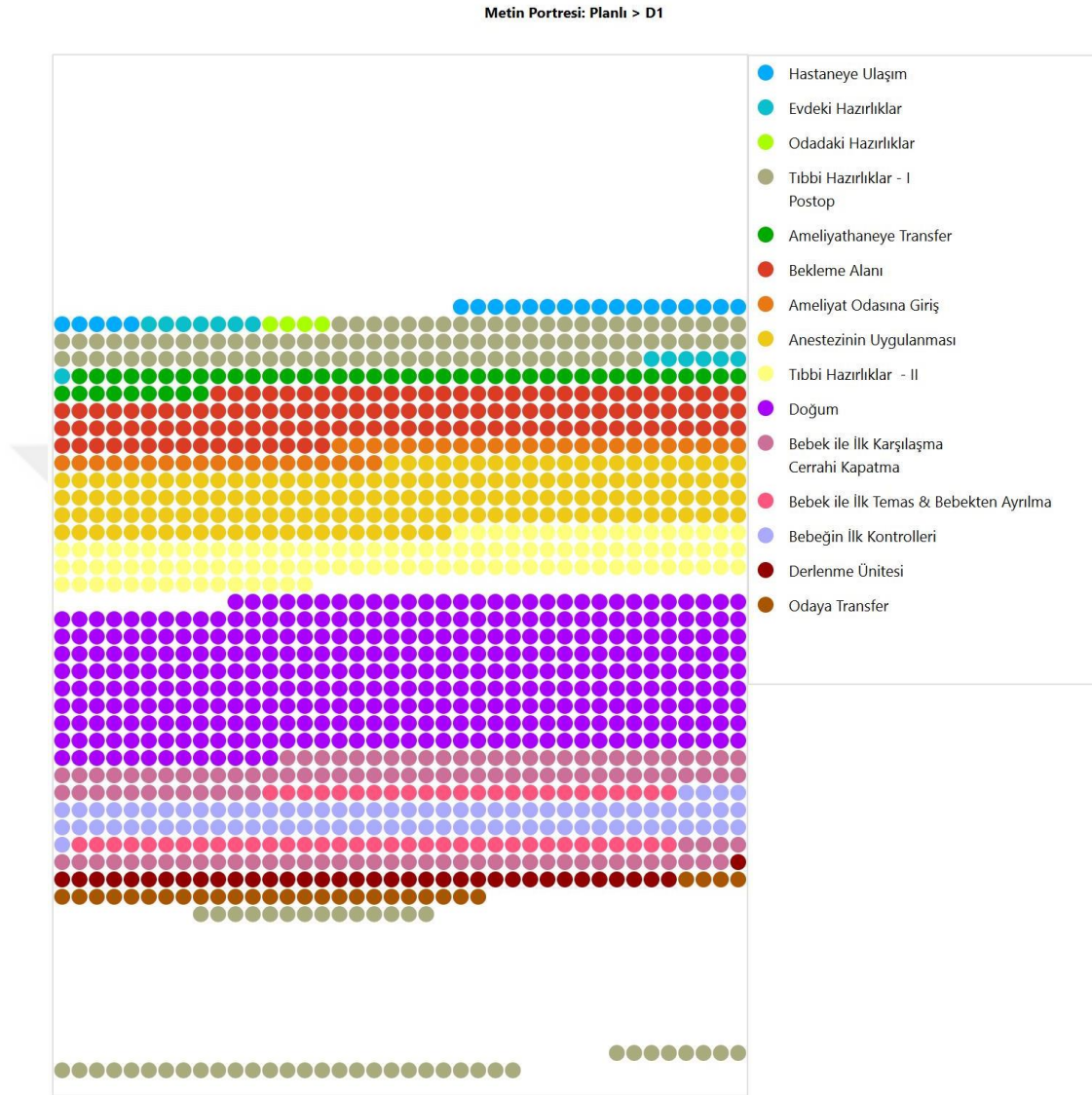
Şekil 4.18 : Bölgesel anestezi altında planlı sezaryen doğuma ait ana aşamalar ve alt aşamalar, güncellenmiş versiyon.



Şekil 4.19 : Bölgesel anestezi altında planlanmamış sezaryen doğuma ait ana aşamalar ve alt aşamalar, güncellenmiş versiyon.

Üst temaların oluşturulmasında, yarı yapılandırılmış görüşmelerden gelen verilerin yanı sıra çevrim içi anlatılardan da faydalanılmıştır. Şekil 4.20'de bir çevrim içi

anlatının (D1) 'aşamalar' perspektifinden oluşturulmuş belge portresine ait bir örnek yer almaktadır.



Şekil 4.20 : D1 kodlu çevrim içi anlatının *aşamalar* perspektifinden oluşturulmuş belge portresi.

4.2.2.2 Adım 2: Aktörler ve karşılık bağımlılıkların tanımlanması

İkinci adımda, katılımcının (ana aktör) ilgili deneyime ait diğer aktörlerle arasındaki etkileşimin haritalanması amacıyla insan aktörler ve insan olmayan aktörler taslak şablonunda ilgili alana hiyerarşik olarak sıralanmıştır (Şekil 4.21). Bu doğrultuda ise ilk olarak belirlenen sağlık hizmeti bağlamı çerçevesinde tezin vaka çalışmasına yönelik aktörler belirlenerek bir aktör haritası oluşturulmuş ve karşılıklı bağımlılıkları (interdependencies) tanımlanmıştır. Yürütülen bu ön çalışmalar aşağıdaki bölümlerde özetlenmiştir:

HİZMET ÖNCESİ		Arkaplan:		Hedef ve Beklentiler		Motivasyonlar													
		Engeller:				Korkular													
						Tutumlar													
HİZMET SÜRECİ	Adım 2	AŞAMALAR ALT AŞAMALAR EYLEMLER DUYGULAR DÜŞÜNCELER FİZİKSEL DENEYİMLER	1. Hastaneye Gidiş			2. Preoperatif Aşama - I (Sezaryen Öncesi Hazırlık)			3. Preoperatif Aşama - II (Ameliyathanede Hazırlık)			4. İntraoperatif Aşama (Sezaryen Doğum)			5. Postoperatif Aşama (Sezaryen Sonrası)				
			Evdeki Hazırlıklar	Hastaneye Ulaşım	Yatış İşlemleri	Odadaki Hazırlıklar	Tıbbi Hazırlıklar - I	Ameliyathaneye Transfer	Ameliyat Odasına Giriş	Anestezinin Uygulanması	Tıbbi Hazırlıklar - II	Doğum	Bebek ile İlk Karşılaşma	Bebek'in İlk Kontrolleri	Bebek ile İlk Temas & Bebekten Ayrılma	Derlenme Ünitesi	Odaya Transfer	Postop	Postop 1. Gün
HİZMET SONRASI	İnsan Aktörleri İnsan Olmayan Aktörleri	Sağlık Profesyonelleri Aile ve Yakın Çevre Yenidoğan Diğer Profesyoneller Hastane Ev Ulaşım Muayenehane																	
HİZMET SONRASI	Ana Aktör Hayal Kırıklıkları Memnuniyetler																		
İÇGÖRÜLER		FIRSATLAR		HİZMET ÖNCESİ HİZMET SÜRECİ HİZMET SONRASI															

Şekil 4.21 : Adım 2: Aktörlerin taslak kanvasa sıralanması.

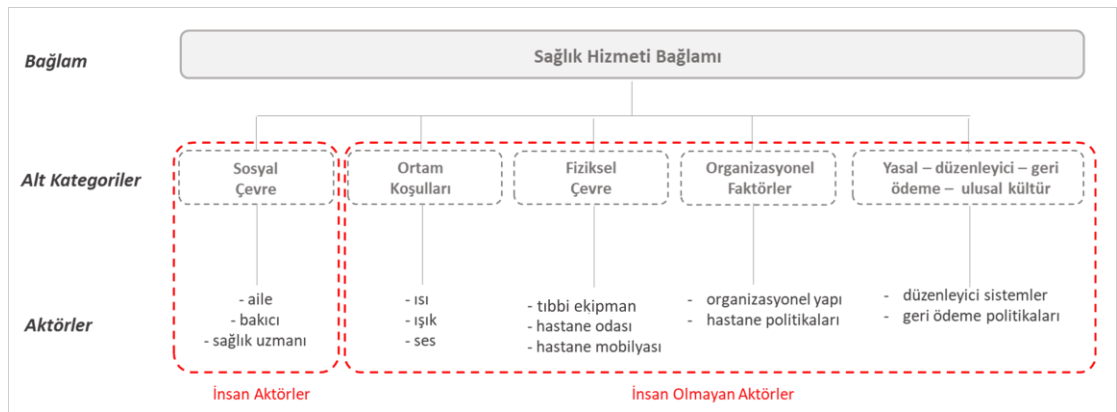
Sağlık hizmeti bağlamı (healthcare context) ve aktörler:

Sağlık hizmetlerine yönelik bir bakım yolculuğu haritalamaya başlamadan önce, ilgili sağlık hizmeti sorunu için bir bağlam tanımlamanın önemli olduğu belirtilmektedir (Goossens, 2017c). Goossens'e (2021a) göre bir deneyim haritası oluşturabilmenin başlangıcı, kişiyi ve bağlamını hesaba katmaktır. Bu doğrultuda tezin vaka çalışmasına yönelik ilgili sağlık hizmeti bağlamı, Bogner'ın (2007) 'Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety' kitabında kullandığı tanım temel alınarak şekillenmiştir:

"Sağlık hizmeti bağlamı, sağlık hizmeti süreçlerinin içinde bulunduğu fiziksel ve bilgilendirici ortamdır" (Bogner, 2007; akt. Goossens, 2017c).

Bu tanımla birlikte sağlık hizmeti bağlamı Şekil 4.22'deki gibi beş (5) alt sistemden oluşmaktadır (Goossens, 2017c) :

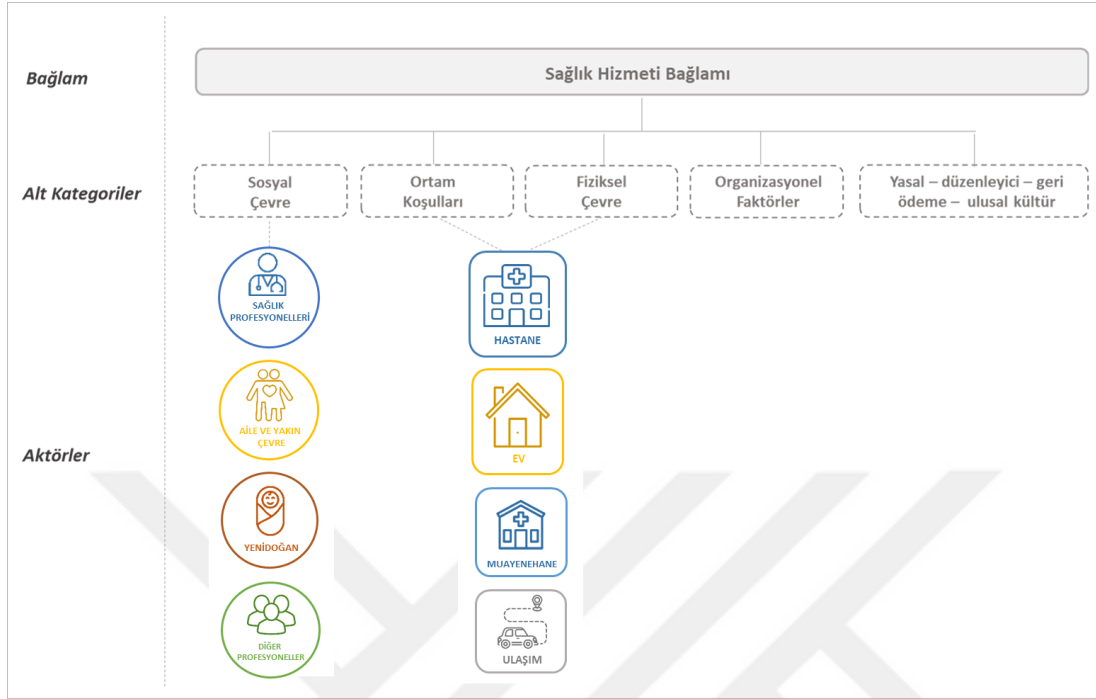
1. Sosyal çevre (aile, bakıcılar, uzmanlar vb.);
2. Ortam koşulları (sıcaklık, ışık vb.);
3. Fiziksel çevre (tıbbi ekipman, oda, mobilya vb.);
4. Organizasyonel faktörler (organizasyon yapısı, politikalar vb.);
5. Yasal-düzenleyici-geri ödeme-ulusal kültür (düzenleyici sistemler, geri ödeme politikası vb.



Şekil 4.22 : Sağlık hizmeti bağlamı ve aktörler (Goossens, 2017c'den Türkçe'ye çevrilmiş ve uyarlanmıştır).

Sağlık hizmeti bağlamına ait bu alt sistemler ise '*aktörler*'i içermektedir. Aktörler, bireyin iyileşme / bakım sürecine aktif olarak katkıda bulunabilecek herkes ve her

şeydir. Bu nedenle bir aktör, sağlık bakım sürecine katkıda bulunan herhangi bir kişi, ürün veya hizmet olabilmektedir (Goossens, 2017c).



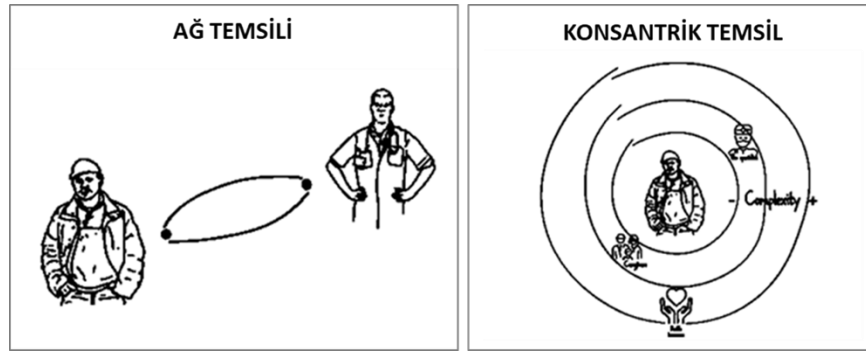
Şekil 4.23 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait aktörler.

Bu doğrultuda, ilk olarak ilgili sağlık hizmeti bağlamında tezin vaka çalışmasına ait aktörler aşağıdaki çatı kavramlar çerçevesinde tanımlanmıştır (Şekil 4.23). Bölgesel anestezi ile sezaryen doğum yapan kadının ana aktör olarak konumlandırıldığı bu çalışmada:

- ‘Sağlık Profesyonelleri, Aile ve Yakın Çevre, Yenidoğan, Diğer Profesyoneller’ insan aktörleri kapsarken,
- ‘Hastane, Ev, Muayenehane ve Ulaşım’ insan olmayan aktörlere karşılık gelmektedir.

Karşılıklı bağımlılıkları (interdependencies) ve aktörleri yapılandırmak:

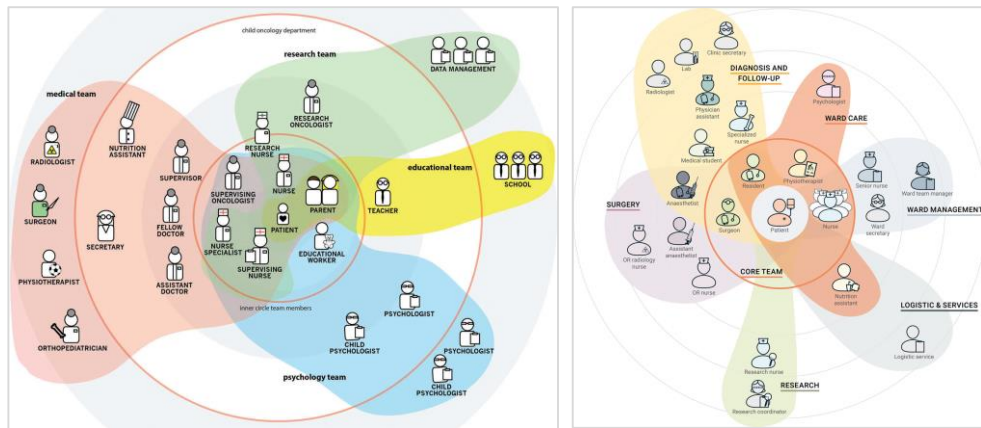
Sağlık hizmeti bağlamına genel bir bakış oluşturabilmek için, aktörlerin birbirleriyle nasıl ilişki kurduğunun daha iyi anlaşılması gerekmektedir; bu nedenle de, aktörlerin diğer aktörleri nasıl etkileyebileceğini belirlemenin, yani *karşılıklı bağımlılıklarını* tanımlayarak bağlamı yapılandırmanın önemli olduğu belirtilmektedir (Goossens, 2017c). Goossens’e (2017d) göre ise, bağlamı yapılandırmanın ilk yolu *aktörleri haritalamaktır*.



Şekil 4.24 : Aktör haritalamak için kullanılan farklı temsiller (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Goossens, 2021b).

Bir aktör haritası birçok farklı yolla oluşturulabilmektedir. En çok kullanılan yöntemlerden biri, düğümler (nodes) ve düğümler arasındaki bağlantıları (edges) içeren bir *ağ temsildir* (network representation) (Şekil 4.24). Buradaki düğümler aktörlere karşılık gelirken; bağlantılar düğümler arasındaki etkileşim (bedensel, bilişsel veya duygusal), nedensellik veya sağlık hizmetini etkileyen herhangi bir duruma karşılık gelebilmektedir (Goossens, 2021b).

Aktörleri haritalamak için kullanılan başka bir yöntem ise ana aktörün, yakınındaki diğer aktörlerle birlikte eş merkezli dairelerin ortasına yerleştirilmesi ile yapılan *konsantrik temsildir* (concentric representation) (Şekil 4.24, Şekil 4.25). Bu temsilde, ana aktöre yakın olan aktörler bakım sürecine yönelik spesifik hedefle daha ilgili olurken; merkezden uzaklaşan aktörler, sisteme daha fazla karmaşıklık katmaktadır (Goossens, 2021b). Dolayısıyla bu haritalar problemin karmaşıklığını azaltmak veya artırmak için kullanılabilirken (Goossens, 2021b); bağlamın yapısı ve dahil olan aktörlerin miktarı, türü ve hiyerarşisi hakkında da iyi bir genel bakış sağlayabilmektedir (Goossens, 2017d).



Şekil 4.25 : Aktör haritalarının farklı temsillerine örnekler (Kleinsmann ve diğ., 2018; akt. Goossens, 2017d; Caprari ve diğ., 2018).

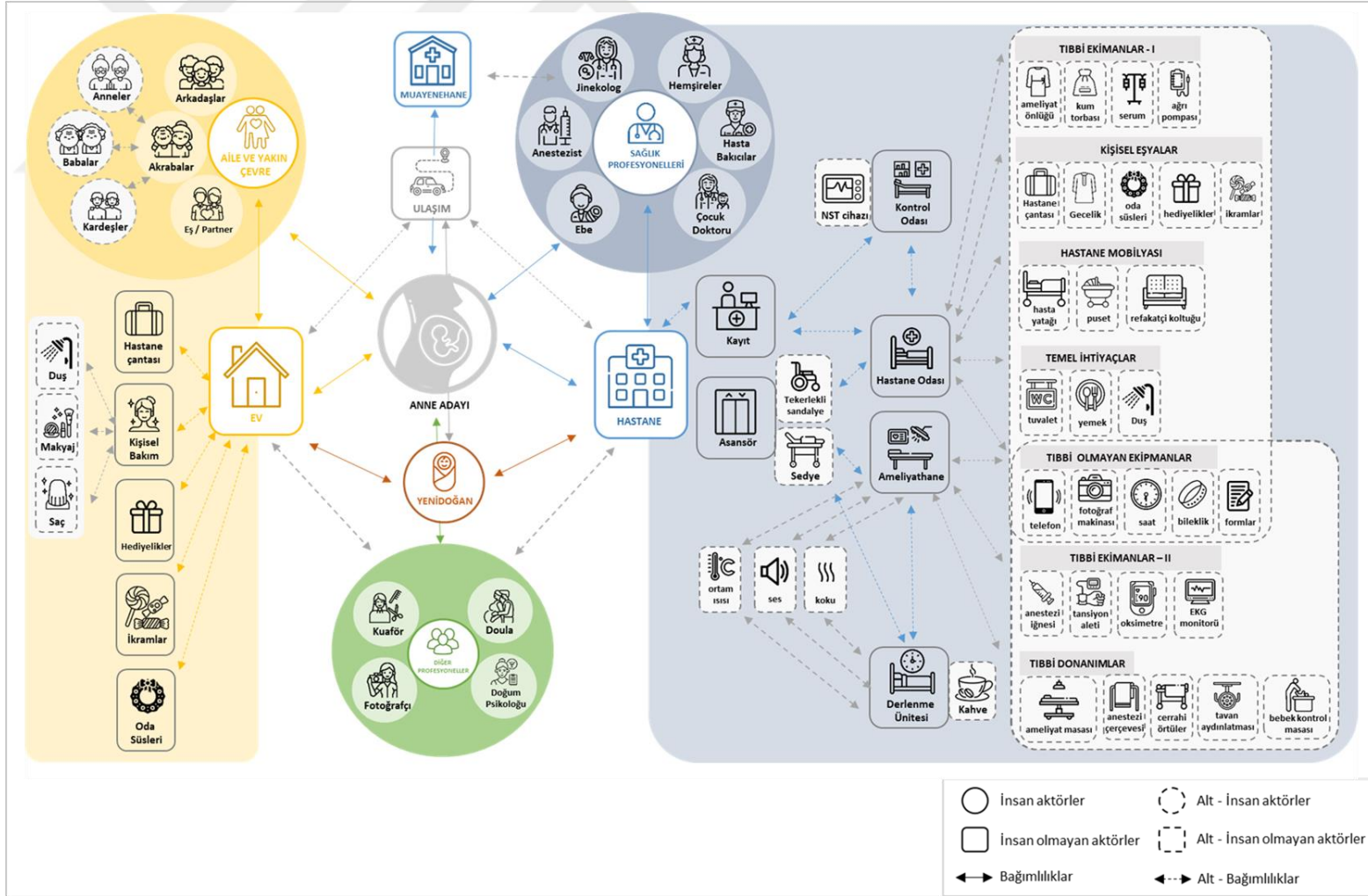
Ayrıca aktörlerin kendi aralarında da gruplandırılmasıyla, bu temsillere ek bir boyut da getirilebilmektedir (Şekil 4.25) (Goossens, 2017d).

Bu bilgiler doğrultusunda ikinci olarak literatür taramasına paralel olacak şekilde (Dominiek ve diğ, 2021; Kasagi ve diğ, 2015; Sung ve Mahdy, 2024) çevrimiçi anlatılar ve yarı yapılandırılmış görüşmeler temel alınarak tezin vaka çalışmasına ait aktörlerin karşılıklı bağımlılıkları tanımlanmış ve bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetine yönelik bir aktör haritası oluşturulmuştur (Şekil 4.26). Oluşturulan haritada:

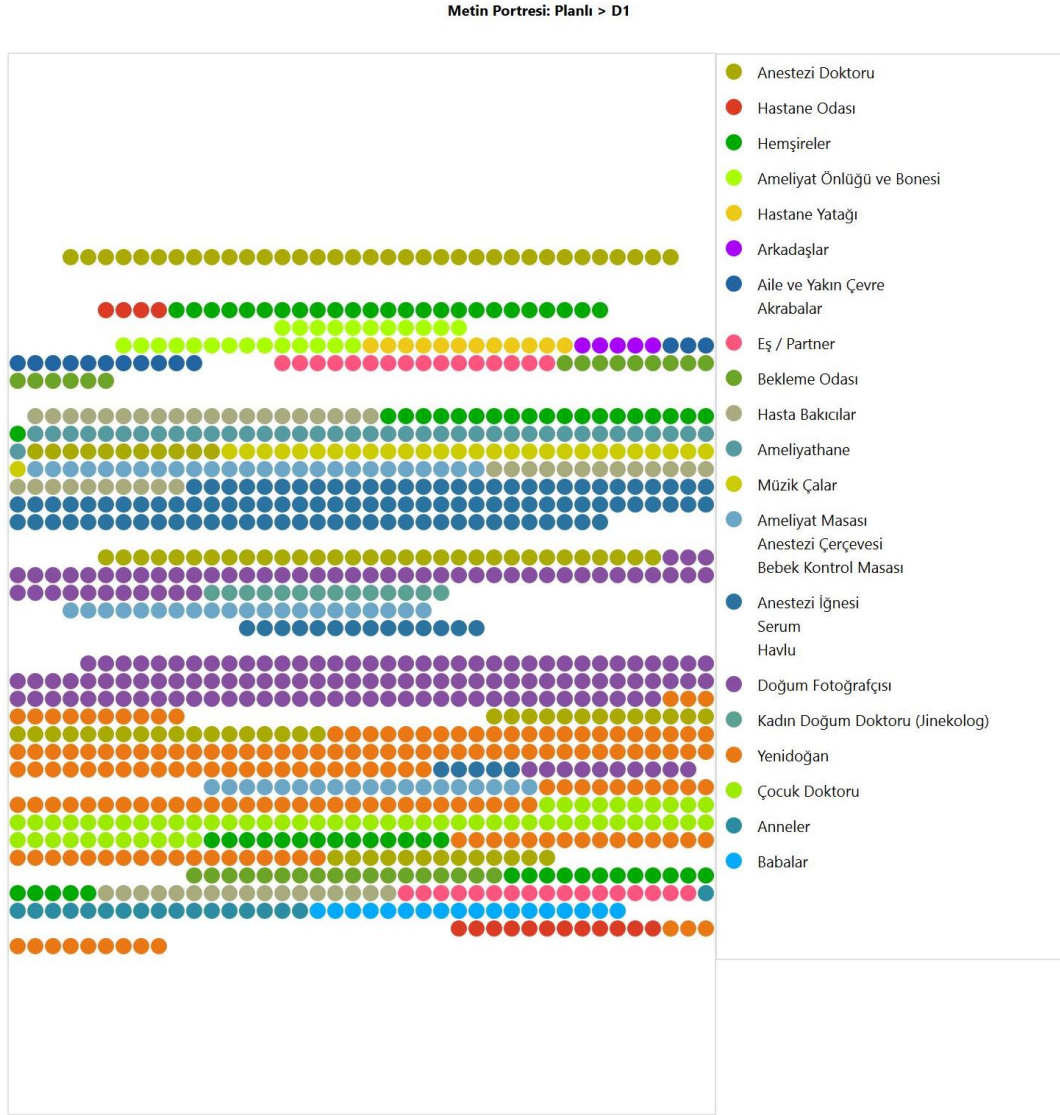
- Ağ temsili yöntemi kullanılarak, ilişkili aktörler gruplandırılmıştır. Gruplandırma işlemi, medikal içerikli (mavi), sosyal içerikli (sarı) ve her ikisini kapsayabilen içerikler (yeşil) olacak şekilde üç farklı renkte arka plan oluşturulması şeklinde gerçekleştirilmiştir.
- İnsan aktörler dairesel çerçeveler ile gösterilirken, insan olmayan aktörler dörtgensel çerçeveler ile gösterilmiştir.
- Tüm aktörler (insan ve insan olmayan aktörler) detay düzeyine göre ‘aktörler’ ve ‘alt aktörler’ olmak üzere kategorilendirilmiştir.
- ‘Aktörler’e karşılık gelen çerçevelerde düz çizgiler kullanılırken, ‘alt aktörler’e karşılık gelen çerçevelerde kesikli çizgiler kullanılmıştır.
- Aktörler arası bağımlılıklar da ‘bağımlılıklar’ ve ‘alt bağımlılıklar’ olacak şekilde ayrıştırılarak; ‘bağımlılıklar’ düz çizgi ile temsil edilmiş, ‘alt bağımlılıklar’ için ise kesikli çizgiler kullanılmıştır.

Oluşturulan aktör haritası ve tanımlanan karşılıklı bağımlılıklar, deneyime ait tüm aktörlerin birbiriyle nasıl ilişki kurduklarını anlamak ve bağlama ilişkin sistematik bir bakış açısı oluşturmak için önemlidir. Bu ek dokümanlar yolculuk haritası kanvasına verileri işlemek ve aktörler arası etkileşimleri anlamak amacıyla kullanılmıştır.

Aktörlerin belirlenmesinde, literatürle uyumlu olacak şekilde (bkz. Sung ve Mahdy, 2024) yarı yapılandırılmış görüşmelerden gelen verilerin yanı sıra çevrim içi anlatılardan da faydalanılmıştır. Şekil 4.27’de bir çevrim içi anlatının (D1) ‘aktörler’ perspektifinden oluşturulmuş belge portresine ait bir örnek yer almaktadır. Bu çalışma özellikle ilgili hizmet süresi boyunca faaliyet gösteren alt aktörlerin keşfedilmesine katkı sağlamıştır.



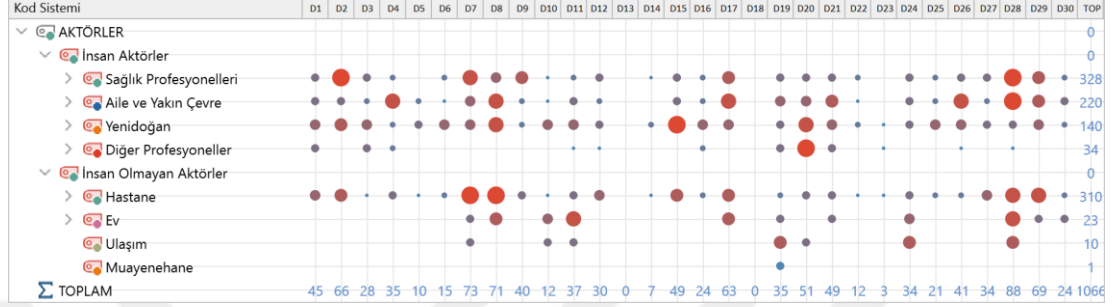
Şekil 4.26 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetine ait aktör haritası.



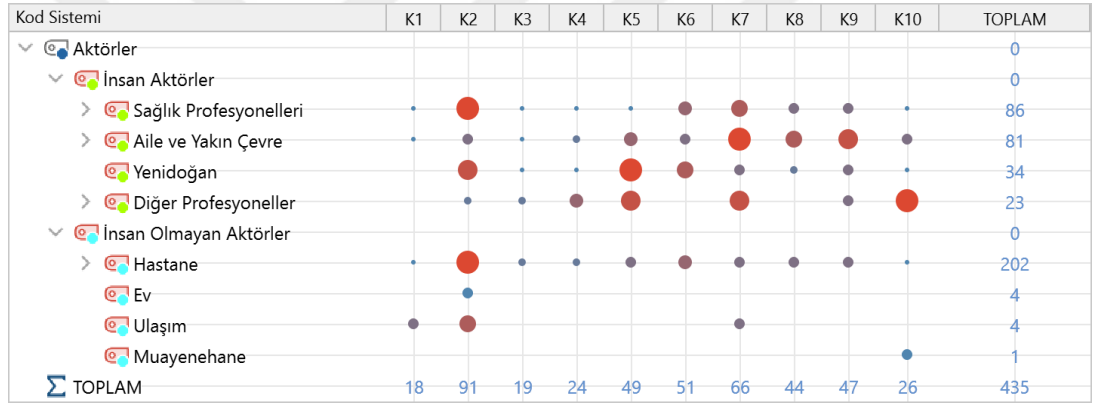
Şekil 4.27 : D1 kodlu çevrim içi anlatının *aktörler* perspektifinden oluşturulmuş belge portresi.

Ayrıca bu aşamada aktörler arasında bir hiyerarşi oluşturulması ve yolculuk haritası kanvasına aktörler sıralanırken bu hiyerarşinin gözetilmesi tavsiye edilmektedir (Goossens, 2017d). Bu tez çalışması kapsamında bu hiyerarşi çevrim içi anlatılar ve yarı yapılandırılmış görüşmelerde katılımcıların anlatılarında geçen aktör yoğunluğuna göre belirlenmiştir. Bu nedenle hem çevrim içi anlatıların hem de yarı yapılandırılmış görüşmelerin '*aktörler*' perspektifinden tematik analizi yapılmıştır. Kodlanan verilere göre anlatı ve görüşmelerdeki aktör yoğunluğunu göstermek amacıyla tekrar MAXQDA'nın görsel araçlarından *Kod Matris Tarayıcısı* kullanılarak kod frekansını temel alan bir görselleştirme kullanılmıştır. Şekil 4.28'de çevrimiçi anlatılardaki aktör yoğunluğunu gösteren bir kod matrisi yer alırken, Şekil 29'da yarı yapılandırılmış görüşmelere ait aktör yoğunluğunu gösteren bir matris bulunmaktadır.

Isı haritası olarak tanımlanan bu matrislerde, görüntülenen tüm düğümler kod frekansına göre farklı büyüklüklerle ifade edilmektedir. Her bir katılımcı için aktör yoğunluğu değişmekle birlikte, her katılımcının her aşamada aktif olan aktörden bahsetmeyebilecekleri göz önünde bulundurularak, aktörler taslak kanvasa sıralanırken toplam değer üzerinden aktör yoğunluğu temel alınmıştır.



Şekil 4.28 : Çevrim içi anlatılardan elde edilen aktörler (MAXQDA, 2022).



Şekil 4.29 : Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen aktörler (MAXQDA, 2022).

4.2.2.3 Adım 3: Merceğin haritalanması

Üçüncü adımda, arka planı ve ana aktörü anlamak amacıyla yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler, ‘arka plan, engeller, hedef ve beklentiler, tercihler tutumlar, korkular ve motivasyonlar’ bileşenlerinin yer aldığı kanvasın A Bölümü’ne işlenmiştir (Şekil 4.30). Tercihler ve motivasyonlar teması altındaki veriler, değerlendirme yapmayı kolaylaştırmak için görüşmelerin tematik analizden elde edilen alt temalara göre gruplandırılarak haritalanmıştır. Bu doğrultuda:

- ‘Tercihler’ bileşenine işlenen veriler *doğum şekline yönelik tercihler, doktor tercihleri ve hastane tercihleri* olacak şekilde ayrıştırılmıştır.

- ‘Motivasyonlar’ bileşenine işlenen veriler ise *profesyonel destek, fiziksel ve spiritüel aktiviteler, kişisel bakım ve sağlıklı yaşam, mental hazırlıklar, doğum / bebek / hastane için yapılan hazırlıklar* olacak şekilde gruplandırılmıştır.

Bu bölümden elde edilen veriler, deneyimin bütünü değerlendirilmesinde bir sınır çerçevesi oluştururken, araştırmacı içgörülerini oluşturmada katılımcıların çok katmanlı kimliklerini temel alan bir filtreleme yapılmasına imkan sağlamıştır.

4.2.2.4 Adım 4: Deneyimin haritalanması

Bakım yolculuğunun aşamalarıyla ilişkili aktörler hiyerarşik olarak listelendikten sonra, dördüncü adım olarak yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen sağlık hizmeti deneyimine yönelik veriler aşama aşama haritalanmış; katılımcının eylemleri, duyguları, düşünceleri (B.1) ile sürece yönelik hayal kırıklıkları ve memnuniyetleri (B.3) yolculuğun uygun aşamasıyla eşleştirilmiştir (Şekil 4.31):

Bir yolculuk haritası oluşturma sürecinde, duygular dikey eksenindeki en önemli unsurlardan biridir. Çünkü duygular, kullanıcı deneyimi hakkında fikir vermekte ve olası sorunların (sürtünme noktalarının) belirlenmesine yardımcı olmaktadır (Goossens, 2017e). Temelinde duygular kişinin ihtiyaçlarından biri ile çakıştığında veya ihtiyaçlarını karşılayan bir durum olduğunda ortaya çıkmaktadır. Çoğu zaman bireyler ne istediklerini veya ihtiyaçlarının / hedeflerinin ne olduğunu bilememekte, ancak duygular aracılığı ile ilgili anda duyulan ihtiyacın ne olduğu öğrenilebilmektedir. Bu durum da, tasarım çözümleri oluşturabilecek içgörüler için iyi bir başlangıç noktası olarak kullanılabilmektedir (Desmet, 2021). Duygular, salt öznel bir duygu deneyimi (örn. sinirlenince gelen öfke hissi gibi) olmasının yanı sıra, davranışsal (örn. sinirlenince saldırmak gibi) veya kişinin bedeninde görülebilecek ifadesel (sinirlenince kaşlarını çatmak gibi) bir duruma da karşılık gelebilmektedir. Bir duyguyu oluşturan, bu bileşenlerin birlikteliğidir. Altta yatan sorunu anlamak için ise duygu türünü belirlemenin önemli olduğu belirtilmektedir (Goossens, 2017e). Delft Pozitif Tasarım Enstitüsü (Delft Institute of Positive Design) tarafından duyguları anlamak ve tanımlamak için kullanılabilecek 24’ü pozitif ve 36’sı negatif olmak üzere toplam 60 duygu içeren bir duygu tipolojisi geliştirilmiştir (Fokkinga ve Desmet, 2022) (Şekil 4.32, genişletilmiş versiyon için bkz. EK K). Tüm duygu türleri hakkında detaylı bilgi sağlayan açık erişimli bir çevrim içi veri tabanı olan bu girişim, duyguların farklılıklarına ve benzerliklerine göre sistematik bir sınıflandırmasını içermektedir. Bu

doğrultuda, görüşmelerden elde edilen katılımcı duygularının tanımlanmasında belirtilen bu veri tabanından faydalanılmış; olumlu ve olumsuz duygular ayrıştırılarak haritalanmıştır. Haritalama sürecinde ilgili alana duygu türünün yazılmasının yanı sıra bu duygunun oluşmasına neden olan olay / durum / kişi ile ilgili de ek bir açıklama eklenmiştir. Ayrıca haritalama sürecinde, duyguları ayırt edebilmeyi kolaylaştırabilmek için katılımcı görüşmelerinden elde edilen her duygu, duygu tipolojisinde (Şekil 4.32) kullanılan renk kodlarıyla eşleştirilmiştir.

Bu yaklaşımlara ek olarak duyguların haritalanması sürecinde:

- Haritanın görsel gücünü artırmak için duygu türünü ifade eden kelimelerin yanı sıra çeşitli yüz ifadeleri (gülen / ağlayan), artı ve eksi işaretleri' gibi grafiksel anlatımlardan da faydalanılabileceği belirtilmektedir (Visser, 2021).
- Bazı aşamalarda, birden fazla duygunun hakim olduğu durumlar için ise, duygular arasında bir hiyerarşi oluşturularak, içgörü oluşturma safhasında ilgili aşamadaki ana duygunun ne olduğunun bulunabileceği ifade edilmektedir. (DelftX:MED01x Modül 3, Sofa Session Notları, 2021).

Duygularla beraber ana aktörün düşüncelerini de eklemek, kişinin belirli bir anda ne hissettiğini daha çok netleştirebilmektedir (DelftX:MED01x, Modül 3, Sofa Session Notları, 2021). Bu nedenle düşünceler haritalanırken de görüşmelerden doğrudan alıntılar eklenmiştir. Haritalanan duyguları desteklemek için kullanılan bu düşünceler, karşılık geldikleri duygu türüyle aynı renk dairelerle etiketlenmiştir.

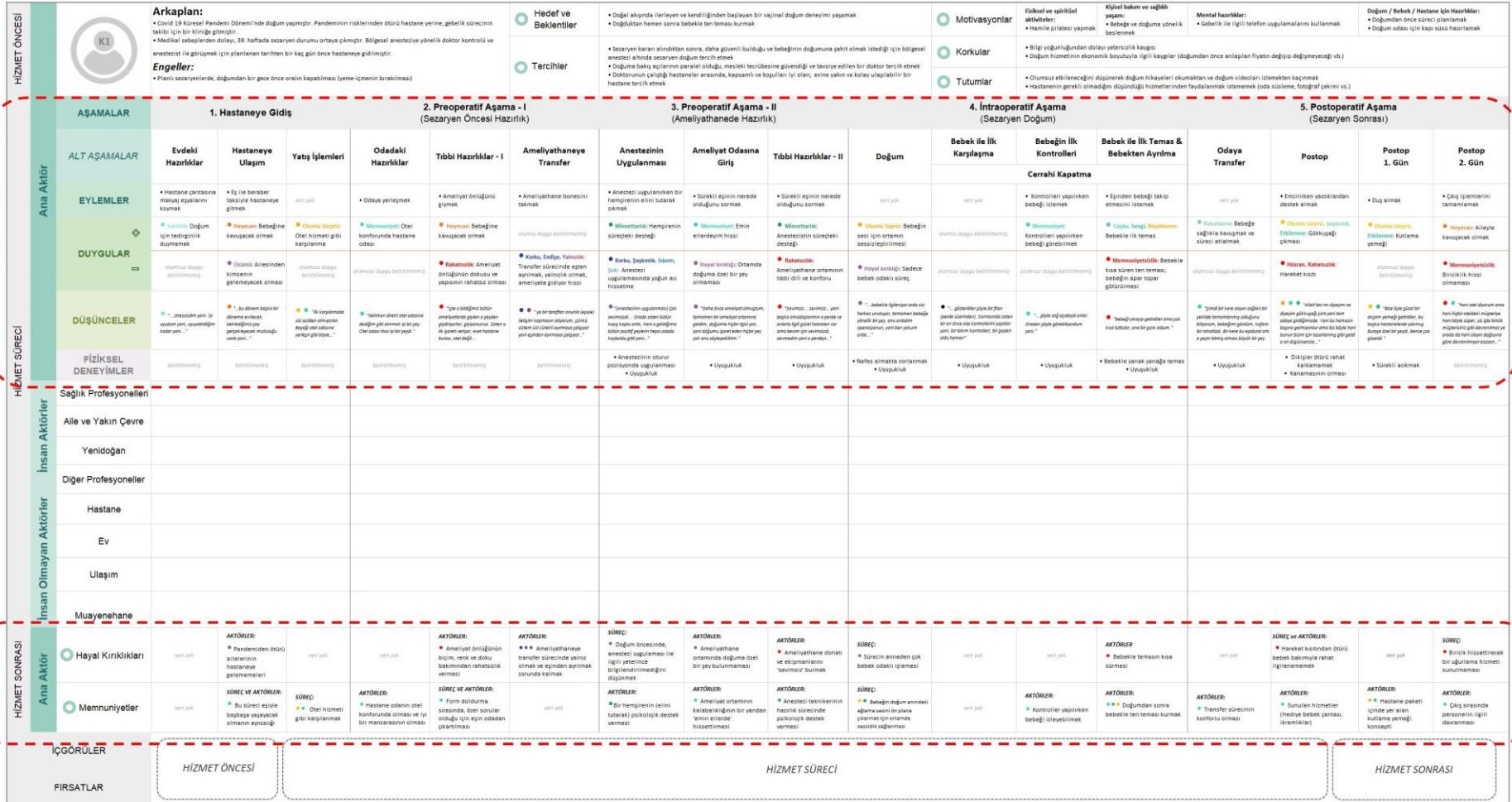
Bunlara ek olarak, kanvastaki 'diğer deneyimler' bölümü, vaka çalışması bağlamında fiziksel deneyimleri tanımlamak için kullanılmıştır. Bu tema, çevrimiçi anlatılardan çıkarılan 'deneyimler' temasının bir alt kategorisidir ve '*annenin ameliyathanede titremesi, derlenme ünitesinde üşümesi, hastane odasında bacaklarındaki uyuşukluğun devam etmesi*' gibi deneyimlerini kapsamaktadır.

Ana aktörün hizmet sürecine ait deneyimlerini içeren verilerin ilgili alana yerleştirilmesine (Adım 4a) paralel olarak ise, bu deneyimlerden elde edilen hayal kırıklıkları ve memnuniyetler, *süreç* veya *aktörlere* yönelik olacak şekilde ayrıştırılarak kanvasın ilgili bölümüne (B.2) işlenmiş (Adım 4b) ve düşüncelerin haritalanması sürecinde kullanılan yaklaşımla benzer olacak şekilde karşılık geldiği duygu türüne göre renk kodlarıyla desteklenmiştir (Şekil 4.31).

Adım 3

HİZMET ÖNCESİ		HİZMET SÜRECİ																	HİZMET SONRASI	
Ana Aktör	AŞAMALAR	1. Hastaneye Gidiş			2. Preoperatif Aşama - I (Sezaryen Öncesi Hazırlık)			3. Preoperatif Aşama - II (Ameliyathanede Hazırlık)			4. İntraoperatif Aşama (Sezaryen Doğum)				5. Postoperatif Aşama (Sezaryen Sonrası)					
	ALT AŞAMALAR	Evdeki Hazırlıklar	Hastaneye Ulaşım	Yatış İşlemleri	Odadaki Hazırlıklar	Tıbbi Hazırlıklar - I	Ameliyathaneye Transfer	Anestezinin Uygulanması	Ameliyat Odasına Giriş	Tıbbi Hazırlıklar - II	Doğum	Bebek ile İlk Karşılaşma	Bebek'in İlk Kontrolleri	Bebek ile İlk Temas & Bebekten Ayrılma	Odaya Transfer	Postop	Postop 1. Gün	Postop 2. Gün		
İnsan Aktörler	EYLEMLER																			
	DUYGULAR																			
	DÜŞÜNCELER																			
	FİZİKSEL DENEYİMLER																			
	Sağlık Profesyonelleri																			
İnsan Olmayan Aktörler	Aile ve Yakın Çevre																			
	Yenidoğan																			
	Diğer Profesyoneller																			
	Hastane																			
	Ev																			
Ana Aktör	Ulaşım																			
	Muayenehane																			
	Hayal Kırıklıkları																			
	Memnuniyetler																			
	İÇGÖRÜLER	HİZMET ÖNCESİ																		
FIRSATLAR	HİZMET SÜRECİ																			
		HİZMET SONRASI																		

Şekil 4.30 : Adım 3: Merceğin haritalanması (veriler sadeleştirilmiş olup, genişletilmiş hali için bkz. EK L, Şekil L.1).



Şekil 4.31 : Adım 4: Deneyimin haritalanması (veriler sadeleştirilmiş olup, genişletilmiş hali için bkz. EK L, Şekil L.1)

negatif duygular

KIZGINLIK	ÖFKE	KIRGINLIK
RAHATSIZLIK	MEMNUNİYETSİZLİK	HÜSRAN
KÜÇÜMSEME	NEFRET	İĞRENME
CAN SIKINTISI	İSTEKSİZLİK	ÜZÜNTÜ
HAYAL KIRIKLIĞI	ACIMA	YALNIZLIK
REDDEDİLME	AŞAĞILANMA	ÖZLEM
HASET	KISKANÇLIK	SUÇLULUK
PİŞMANLIK	UTANÇ	MAHCUBİYET
KORKU	ŞAŞKINLIK	ENDİŞE
KAYGI	KUŞKU	ŞÜPHE
GERGİNLİK	GÜVENSİZLİK	SIKINTI
ÇARESİZLİK	KARIŞIKLIK	ŞOK

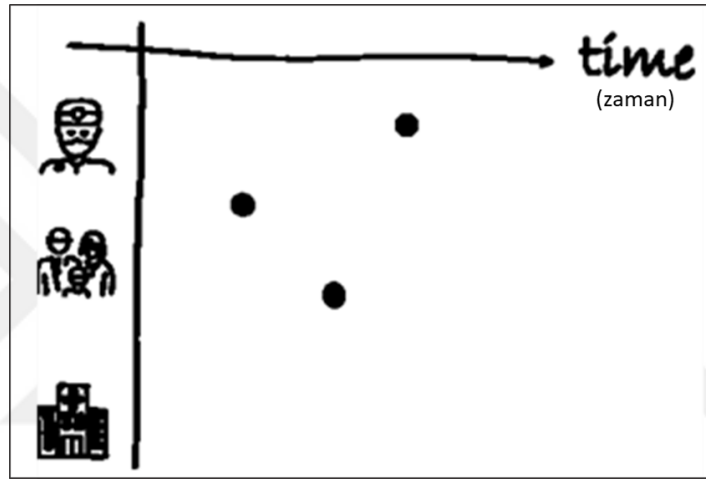
pozitif duygular

EĞLENCE,	ZEVK
DUYUSAL ZEVK	SAKİNLİK
RAHATLAMA	MEMNUNİYET
COŞKU	(İÇİN) MUTLULUK
ŞEHVET	SEVGİ
HASSASİYET	YÜKSEKLİK
MİNNETTARLIK	TAPMA
HAYRANLIK	ETKİLENME
GURUR	KARARLILIK
BÜYÜLENME	OLUMLU SÜRPRİZ
İLHAM	ŞAŞKINLIK
HEYECAN	UMUT

Şekil 4.32 : Negatif ve pozitif duygular (Görselin içeriği Türkçe'ye çevrilmiştir. Orjinal kaynak: Fokkinga ve Desmet, 2022).

4.2.2.5 Adım 5: Ana aktör ile diğer aktörler arasındaki etkileşimin haritalanması

Beşinci adımda, ana aktörün diğer aktörlerle etkileşimlerine karşılık gelen temas noktalarını tanımlamak amacıyla, insan ve insan olmayan aktörler yolculuğun uygun aşamasıyla eşleştirilerek haritalanmıştır (Adım 5a). Bu haritalama süreci, *hayal kırıklıkları* ve *memnuniyetler* bileşenlerinde yer alan veriler rehberlik alınarak gerçekleştirilmiştir (Adım 5b) (Şekil 4.36). Ayrıca bu aşamaya başlamadan önce ilgili deneyime ait aktörlerin bakım yolculuğu ile ilişkilerini anlamak üzere ek dokümanlar oluşturulmuş olup (Şekil 4.34, Şekil 4.35); yürütülen çalışmalar aşağıda paylaşılmıştır:



Şekil 4.33 : Aktörlerin ‘zaman’ faktörü ile ilişkilendirilmesi (Goossens, 2021b).

Adım 3’te ele alınan aktör haritalama yöntemi, sağlık hizmeti bağlamını yapılandırmanın önemli yollarından biri olarak gösterilmekte; ancak inovasyon fırsatlarını yakalayabilmek için bunun daha sistematik bir şekilde olması gerektiği vurgulanmaktadır (Goossens, 2021b). Çünkü aktör haritalamada kullanılan temsillerin dezavantajının ‘zaman’ faktöründen bağımsız olduğu; bu nedenle bir deneyim haritası oluşturma sürecinde aktörlerin bir zaman eksenı çerçevesinde tanımlanması ve ilgili sağlık hizmeti bağlamında potansiyel temas noktalarının belirlenmesi gerektiği ifade edilmektedir (Şekil 4.33) (Goossens, 2021b).

Temas noktaları, bir aktörün faaliyetinin gerçekleştiği aşama olarak tanımlanmaktadır. Aktörlerin ilgili zaman bağlamı içerisinde ilişkili olduğu ‘an’lara işaret eden bu noktalar; aktörler arasındaki karşılıklı bağımlılıklara sistematik bir genel bakış oluşturmak amacıyla kullanılmaktadır (Goossens, 2017 d).

Temas noktaları haritalanırken aşağıdaki adımların yapılması önerilmektedir (Goossens, 2017d):

- Hangi aktörün hangi aşamada aktif olduğunu tespit etmek,
- Aktörleri ilgi düzeyine göre hiyerarşik olarak sıralamak,
- Aktörlerin ilgili sağlık hizmetine olan katkılarını bir fiil ile tanımlamak.

Bu doğrultuda ilk olarak, yukarıdaki adımlar izlenerek bölgesel anestezi ile sezaryen doğum hizmetine yönelik bakım yolculuğunda faaliyet gösteren aktörleri kapsayacak şekilde temas noktaları tanımlanarak Şekil 4.34 ve Şekil 4.35’deki ek dokümanlar oluşturulmuştur. İlgili faaliyetleri tanımlamak için literatür taraması yapılmıştır (Dominiek ve diğ, 2021; Kasagi ve diğ, 2015; Sung ve Mahdy, 2024). Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetinde yer alabilecek tüm aktörleri kapsayan bu jenerik tanımlamalar, doğrudan yolculuk haritası kanvasına işlenmemiştir. Çünkü oluşturulan yolculuk haritaları kurgusal bir senaryo ve kişi üzerinden oluşturulmadığı için her katılımcının deneyiminde, ilgili dokümanlarda yer alan her aktör bulunmamaktadır. Bu nedenle Şekil 4.34 ve Şekil 4.35’deki dokümanlar, aktörlerin ilgili sağlık hizmetine olan katkıları üzerinde ortak bir anlayış oluşturmak adına ek modüller olarak kullanılmıştır.

İkinci olarak, oluşturulan ek dokümanlardan faydalanarak her bir katılımcı için bakım yolculuklarında faaliyet gösteren aktörler belirlenmiş ve kanvastaki uygun aşamayla eşleştirilerek haritalanmıştır (Şekil 4.36) (Adım 5a). İlgili katılımcının deneyim sürecinde aktif olarak bulunmayan aktör veya aktörler şablondan çıkarılmıştır (Örneğin, Şekil 4.36’da paylaşılan K1 kodlu katılımcının haritasından ‘muayenehane’ aktörü kaldırılmıştır). Haritalama aşamasında, veri yoğunluğunu önlemek amacıyla sadece aktörleri temsil eden görsel dışsallaştırmalar kullanılmıştır. Bu yerleşimin ardından, her bir aktörü temsil eden görsel, haritanın B.3 bölümünde yer alan *aktörlere yönelik hayal kırıklıkları ve memnuniyetlerde* yer alan verilerle eşleştirilerek, ana aktörle kurdukları etkileşimde hangi duygu türüne karşılık geliyorsa, ona uygun renkle işaretlenmiştir (Adım 5b). Her hangi bir duygu türüne karşılık gelmeyen aktörler gri renkle kodlanmıştır.

Haritalama sürecinde kullanılan bu ortak renk kullanımı birbiriyle ilişki olan verilerin görünürlüğünü artırırken, harita üzerinde gezinmeyi kolaylaştırarak içgörü ve fırsatların oluşturulma sürecini hızlandırmıştır.

			1. Hastaneye Gidiş	2. Preoperatif Aşama - I (Operasyon Öncesi Hazırlık)	3. Preoperatif Aşama - II (Ameliyathanede Hazırlık)	4. İntraoperatif Aşama (Sezaryen Doğum)	5. Postoperatif Aşama (Operasyon Sonrası)	
İNSAN AKTÖRLER	 Sağlık Profesyonelleri	 • Jinekolog  • Anestezist  • Hemşireler  • Hasta Bakıcılar  • Çocuk Doktoru  • Ebe	Anne adayının doğum süresi boyunca yaşadığı tüm tıbbi prosedürlerde yer alan insan aktörler	 • Jinekolog: Hastanede ya da muayenehanede doğumun başlayıp başlamadığının kontrolünü sağlamak (planlanmamış sezaryenlerde)  • Hemşireler: Anne adayının kayıt işlemlerinin yapılmasına ve hastane odasına götürülmesine yardımcı olmak  • Hasta bakıcılar: Anne adayının hastane odasına götürülmesine yardımcı olmak  • Ebeler: Doğumun başlayıp başlamadığının kontrolünü sağlamak (planlanmamış sezaryenlerde)	 • Hemşireler: Doğum öncesi tıbbi prosedürleri tamamlamak ve gerekli kontrolleri yapmak (belgelerin imzalatılması, damar yolu açılması, lavman yapılması, gerekli testlerin yapılması)  • Hasta bakıcılar: Anne adayının doğuma hazırlanmasına (ameliyat önlüğü giydirme) ve ameliyathaneye götürülmesine yardımcı olmak  • Anestezist: Anestezi yöntemleri hakkında anne adayını bilgilendirmek	 • Anestezist: Anesteziyi uygulamak  • Hemşireler: Doğum öncesi medikal prosedürleri tamamlayarak anne adayını doğuma hazırlamak (tıbbi ekipmanları anne adayının üzerine yerleştirmek)  • Hasta bakıcılar: Anestezi işlemi uygulanırken anne adayına destek olmak, işlem sonrası anne adayının ameliyat masasına yatırılmasına yardımcı olmak	 • Jinekolog: Doğumun gerçekleşmesini sağlamak  • Anestezist: Annenin tıbbi bulgularının kontrolü sağlamak, kadın doğum uzmanını bilgilendirmek, anneyi süreçle ilgili bilgilendirmek ve sosyal destek sağlamak  • Hemşireler: Kadın doğum uzmanı ve çocuk doktoruna yardımcı olmak, anneye sosyal destek sağlamak  • Çocuk Doktoru: Bebeğin ilk kontrollerini yapmak  • Ebeler: Anneye destek olmak (bazı doğumlarda)	 • Jinekolog: Doğum sonrası annenin kontrollerini sağlamak  • Hemşireler: Doğum sonrası annenin tıbbi bakımına yardımcı olmak (ağrı kesicilerin verilmesi, emzirmeye yardımcı olmak vb.)  • Hasta bakıcılar: Annenin ameliyathaneden odaya götürülmesine yardımcı olmak
	 Aile ve Yakın Çevre	 • Eş / Partner  • Akrabalar (Anneler, Babalar, Kardeşler)  • Arkadaşlar	Tıbbi koşullar imkan verdiği sürece anne adayına sosyal destek veren aktörler	 • Aile ve Yakın Çevre: Hastaneye giderken anne adayına eşlik etmek ve yardımcı olmak (hastane çantasının hazırlanması, hastaneye ulaşım, kayıt vb.)	 • Aile ve Yakın Çevre: Hastane odasında, doğum öncesi anne adayına destek olmak (anne adayının hazırlanması, oda süsleme vb.) (-) Bekleme odasına girememektedir.	X Bu aşamada ameliyathaneye sağlık personeli dışında kimse alınmamaktadır.	 • Aile ve Yakın Çevre: Doğum esnasında anne adayına destek olmak (elini tutmak, sohbet etmek, fotoğraf çekmek vb.)	 • Aile ve Yakın Çevre: Doğum sonrası süreçte annenin bakım sürecine yardımcı olmak (duş aldırma, yürütme vb.)
	 Yenidoğan		Kadının 'annelik' kimliğine geçişini sağlayan, doğum deneyiminin ikinci aktörü	X	X	X	 • Yenidoğan: Bebeğin doğumu ile beraber 'annelik' rolüne geçilmesi	 • Yenidoğan: Annelik rolü ile beraber bebeğin bakımının sağlanması
	 Diğer Profesyoneller	 • Fotoğrafçı  • Doula (Doğum Koçu)  • Doğum Psikoloğu  • Kuaför	Anne adayının daha iyi bir doğum deneyimi yaşaması için hem doğum öncesi hem de doğum esnasında profesyonel destek veren aktörler (Doğum deneyiminde rol almaları aile tercihinin bağlıdır.)	 • Doula (Doğum Koçu): Aileyi hastanede karşılamak (kendiliğinden başlayan doğumlarda)	 • Fotoğrafçı: Doğum öncesi, hastane odasında konsept çekimler yapmak  • Doula (Doğum Koçu): Doğum öncesi anneye destek olmak (masajlar, nefesler, olumlama, imgeleme teknikleri vb.)  • Doğum Psikoloğu: Doğum öncesi aileye psikolojik destek sağlamak	X Bu aşamada ameliyathaneye sağlık personeli dışında kimse alınmamaktadır.	 • Fotoğrafçı: Doğumu fotoğraflamak / videoya çekmek  • Doula (Doğum Koçu): Doğumda anneye destek olmak  • Doğum Psikoloğu: Doğumda anneye psikolojik destek sağlamak	 • Fotoğrafçı: Doğum sonrası, hastane odasında konsept çekimler yapmak  • Doula (Doğum Koçu): Doğum sonrası anneye destek olmak (emzirme, bebek bakımı vb.)  • Doğum Psikoloğu: Doğum sonrası aileye psikolojik destek sağlamak

Şekil 4.34 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetindeki insan aktörleri içeren temas noktalarının tanımlanması.

			1. Hastaneye Gidiş	2. Preoperatif Aşama - I (Operasyon Öncesi Hazırlık)	3. Preoperatif Aşama - II (Ameliyathanede Hazırlık)	4. İntraoperatif Aşama (Sezaryen Doğum)	5. Postoperatif Aşama (Operasyon Sonrası)
İNSAN OLMAYAN AKTÖRLER	 Hastane	• Kayıt • Ameliyathane: - Tıbbi donanımlar - Tıbbi ekipmanlar - Tıbbi olmayan ekipmanlar • Hastane / Travay Odası: - Hastane mobilyası - Temel ihtiyaçlar - Tıbbi ekipmanlar - Tıbbi olmayan ekipmanlar • Bekleme Odası / Derlenme Ünitesi - Kahve • Transfer Noktaları - Asansör - Sedye - Tekerlekli sandalye • Muayene / Kontrol Odası - NST cihazı Annenin doğum süresi boyunca yapıldığı tüm tıbbi prosedürlerde yer alan insan olmayan aktörler	• Kayıt: Anne adayının hastaneye yatış işlemlerinin yapıldığı yerdir. • Muayene / Kontrol Odası: Planlanmamış sezaryenlerde doğumun başlayıp başlamadığının kontrol edildiği ve anne adayının NST'ye bağlandığı odadır.	• Hastane Odası: Anne adayının ameliyathaneye götürülmeden önce hazırlıklarının yapıldığı odadır. Hastane mobilyası, temel ihtiyaçlar, tıbbi ekipmanlar, kişisel eşyalar ve tıbbi olmayan ekipmanlar olmak üzere beş alt aktörü kapsamaktadır. • Bekleme Odası / Derlenme Ünitesi: Anne adayının ameliyathaneye girene kadar bekletildiği odadır. Ortam ısı ve ses olmak üzere iki alt aktör içermektedir. • Transfer Noktaları: Anne adayının hastane odasından bekleme odasına götürülmesine kadar süreçte rol alan aracı aktörlerdir (asansör, sedye, tekerlekli sandalye, tavan vb)	• Ameliyathane: Bu aşama için annenin doğuma tıbbi olarak hazırlandığı ve anestezinin uygulandığı odadır. Tıbbi donanımlar, tıbbi ekipmanlar, ortam ısı ve ses olmak üzere dört alt aktör içermektedir.	• Ameliyathane: Bu aşama için, doğumun gerçekleştiği odadır. Tıbbi donanımlar, tıbbi olmayan donanımlar, tıbbi ekipmanlar, ortam ısı ve ses olmak üzere beş alt aktör içermektedir.	• Hastane Odası: Annenin ameliyathaneden çıktıktan sonra getirildiği, kendi bakımının sağlandığı, bebeğinin bakımıyla ilgilendiği ve ziyaretçilerini ağırladığı odadır. Hastane mobilyası, temel ihtiyaçlar, tıbbi ekipmanlar, kişisel eşyalar ve tıbbi olmayan ekipmanlar olmak üzere beş alt aktörü kapsamaktadır. • Bekleme Odası / Derlenme Ünitesi: Annenin ameliyathaneden çıktıktan sonra, odaya çıkana kadar bekletildiği odadır. Bekleme esnasında, anestezinin etkisini hafifletmek amacıyla anne burada kafein (kahve) tüketmektedir. Ortam ısı ve ses olmak üzere iki alt aktör daha içermektedir. • Transfer Noktaları: Anne adayının hastane odasından bekleme odasına götürülmesine kadar süreçte rol alan aracı aktörlerdir (asansör, sedye, tekerlekli sandalye, tavan vb)
	 Ev	• Hastane Çantası • Kişisel Bakım - Duş - Saç - Makyaj • Hediyelikler • İkramlar • Süsler Annenin doğum sürecinde yaptığı hazırlıklara karşılık gelen aktörler	• Hastane / Bebek Çantası: Doğum öncesi hazırlanan, anne adayının ve bebeğin ihtiyaçlarını karşılayan eşyaları içeren çantadır. • Kişisel Bakım: Doğum öncesi hastaneye gelirken anne adayının yaptığı kişisel bakım hazırlıklarına (duş almak, saç / makyaj yapmak, kuaföre / güzellik merkezine gitmek) karşılık gelmektedir. • Hediyelikler / İkramlar / Oda Süsleri: Doğum sonrası anneni ziyarete gelecek kişiler için, (hastaneye götürülmek üzere) doğum öncesi evde yapılan hazırlıklardır.	• Hastane / Bebek Çantası: Doğum öncesi annenin ihtiyaçlarını karşılayan eşyalardır. • Hediyelikler / İkramlar / Oda Süsleri: Doğum sonrası anneni ziyarete gelecek kişiler için, doğum öncesi hastane odasında yapılan hazırlıklardır. <i>(Bu aktörler hastane odasındaki alt aktörler içerisinde de yer almaktadır.)</i>	X	X	
	 Ulaşım	• Ulaşım aracı • Mesafe - Trafik • Puset Annenin hastaneye gidiş ve gelişlerde ulaşım koşullarına karşılık gelen aktör	• Ulaşım aracı: Annenin hastaneye ulaşmak için kullandığı araca karşılık gelen alt aktör • Mesafe: Ev- hastane veya muayenehane - hastane arası ulaşım koşullarına (yakınlık, uzaklık, trafik vs.) karşılık gelen alt aktördür.	X	X	X	• Ulaşım aracı: Annenin eve ulaşmak için kullandığı araca karşılık gelen alt aktör • Mesafe: Hastane - ev arası ulaşım koşullarına (yakınlık, uzaklık, trafik vs.) karşılık gelen alt aktördür. • Puset: Bebeğin hastaneden eve götürülmesi için kullanılan alt aktördür.
	 Muayenehane	• Muayene Odası - NST cihazı Planlanmamış sezaryen doğumlarında, anne adaylarının rutin kontrollerinin yapıldığı ya da doğumun başlayıp başlamadığının kontrolünün sağlandığı aktör	• Muayene odası: Jinekolog tarafından doğumun başlayıp başlamadığının kontrolünü sağlamak amacıyla, fetüsün hareketleri ile kalp ritmi arasındaki ilişkinin incelendiği cihazdır.	X	X	X	X

Şekil 4.35 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetindeki insan olmayan aktörleri içeren temas noktalarının tanımlanması.

4.2.2.6 Adım 6: İçgörü ve fırsatların oluşturulması

Ana aktörünün deneyiminin haritalanmasını içeren ilk beş adımın ardından altıncı adımda, haritalanan deneyimden elde edilen içgörü ve fırsatlar '*hizmet öncesi, hizmet süreci ve hizmet sonrası*' olacak şekilde üç gruba ayrılarak listelenmiştir. Her içgörü ve ilgili içgöründen elde edilen fırsat birbiriyle hizalanarak haritaya işlenmiştir. İçgörüler için italik yazı stili kullanılırken, içgörülerden elde edilen fırsatlar için düz - kalın yazı stili tercih edilmiştir. Ayrıca fırsatlarla ilgili bazı örnekler de haritaya eklenmiştir (Şekil 4.37).

Bu bölümdeki bulgular, tüm içeriğin kapsamlı bir sentezinden gelmesine rağmen, haritanın B.3 Bölgesi (hayal kırıklıkları ve memnuniyetler) hizmet sürecine ait bütün acı ve kazanç noktalarını içerdiğinden içgörü ve fırsatların oluşturulmasında lokomotif görevi görmüştür. Bununla birlikte:

- Hizmet öncesine yönelik içgörü ve fırsatların oluşturulmasında, kanvasın A Bölgesi'ndeki veriler birincil role sahip olurken, katılımcıların deneyimlerini aktarırken hizmet öncesi sürece yönelik retrospektif değerlendirmelerinin de katkısı olmuştur. Örneğin, K1 kodlu katılımcı, Preoperatif Aşama – II'de anestezi uygulanırken bilgi eksikliğinden kaynaklı yaşadığı hayal kırıklığını aktarırken, hizmet öncesi süreçte (doğumdan bir kaç gün önce) hastane tarafından verilen anestezi eğitiminin yetersizliğinden bahsetmiştir.
- Benzer şekilde, katılımcıların deneyimlerini aktarırken hizmet sonrası süreçte yaşadıkları durumlardan bahsetmesi de *hizmet sonrasına yönelik içgörü ve fırsatları* şekillendirmiştir. Örneğin, K6 kodlu katılımcı, Postoperatif Aşama'da yaşadığı bazı problemleri (hareket kısıtı, bebek bakımına yönelik tecrübesizlik vb.) paylaşıırken, bunların hastaneden çıktıktan sonra bir süre daha devam etmesinden dolayı evde de özel bir bakıma ve desteğe ihtiyaç duyduğundan bahsetmiştir.
- Ayrıca, tezin teorik arka planında belirtildiği şekliyle birlikte tasarım (co-design) yoluyla sağlık hizmeti alan kişilerin karar alma süreçlerine dahil edilmesi, onların tercih ve değerleriyle uyumlu kararların alınmasına yardımcı olmaktadır (Mead ve Bower, 2000). Bu bağlamda, içgörü ve fırsatların oluşturulmasını desteklemek amacıyla yarı yapılandırılmış görüşmelerde katılımcılar tarafından hizmet sürecinin iyileştirilmesine yönelik önerileri içeren 'tavsiyeler' temasına ait verilerden de yararlanılmıştır. Bu yaklaşım katılımcıları, hizmet tasarımı sürecinin

aktif birer paydaşı konumuna getirmiştir. Tavsiyeler teması altında elde edilen veriler EK J’de paylaşılmıştır.

4.2.2.7 Öneri adım: Haritanın yüksek çözünürlükte görselleştirilmesi

Bir örnek haritalama şablonu (Şekil 4.13) aracılığıyla jenerik yapının nasıl kullanılacağına ilişkin sunulan tüm adımlar (6 adım) 10 katılımcının tamamı için de gerçekleştirilmiş ve katılımcıların bakım yolculuklarına ilişkin genel bir bakış sunan üst düzey (high-level) haritalar elde edilmiştir (örnek için bkz. EK L). Kanvası oluşturan bileşenler deneyimin değerlendirilmesi için gerekli veriyi sağlarken, yeterli düzeyde bir sınır çerçevesi de oluşturmuştur.

Aynı zamanda ortaya çıkan haritalar, her bir katılımcının bölgesel anestezi altında sezaryen doğum deneyiminin düşük çözünürlükte (low fidelity) bir sunumunu sağlamıştır. Yüksek çözünürlüklü (high fidelity) haritaların okunması kolay olsa da, 'bitmiş' doğaları nedeniyle daha az esnek olduğu ifade edilmektedir. Buna karşın düşük çözünürlüklü haritaların tasarım sürecinin erken aşamalarında daha iyi olduğu; işbirliği yapmak, revize etmek ve güncellemek için daha güçlü bir araç olduğu vurgulanmaktadır (Gibbons, 2017).

Bu bağlamda, bu tez çalışması kapsamında ortaya çıkan düşük çözünürlüklü haritalar, kanvasın kullanımına yönelik adımların daha kolay raporlanması ve verileri kanvasa işleme sürecinde tabloyu güncelleştirme imkanı sunmak açısından faydalı olsa da multidisipliner bir ekiple paylaşılırken okunabilirliği artırmak için verilerin sentezi tamamlandıktan 'haritanın yüksek çözünürlükte görselleştirilmesi' olacak şekilde son bir adım önerilmektedir. Bu aşamada, diyagramlar ve hikaye panoları gibi dışsallaştırma araçları kullanarak yolculuk haritalarının görsel gücünü artırmanın, farklı paydaşların katılımını sağlamada önemli bir rol oynadığı; yolculukla etkileşim kurma, anlama ve bağlantı kurma biçimleri üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir (Rainer, 2020).

Bir sonraki bölümde, yolculuk haritası kanvasının kullanımına yönelik 6 adımın ardından, elde edilen haritaların bir eylem planına dönüştürülebilmesi için tüm içgörü ve fırsatların sentezinden yola çıkarak ilgili sağlık hizmeti için yeni bir hizmet sunumunun nasıl oluşturulabileceğine yönelik adımları içeren bir öneri seti yer almaktadır. Bu bölümü ise sağlık hizmeti tasarımı için önerilen yolculuk haritası kanvasının temsil yeteneğine ilişkin değerlendirmeler takip etmektedir.

4.2.3 Yolculuk haritası kanvası aracılığıyla hizmet prototipleme

Bu bölümde, önerilen yolculuk haritası kanvası aracılığıyla elde edilen içgörü ve fırsatların bir eylem planına nasıl dönüştürülebileceğini göstermek amacıyla bölgesel anestezi altında sezaryen doğum deneyimi için bir hizmet prototipi oluşturulmasına yönelik adımlar yer almaktadır.

Hizmet prototipleri, yeni bir hizmet veya deneyimin ilk veya erken deneysel formunu oluşturan temsillerdir. Hizmet fikirlerini keşfetmek, değerlendirmek ve iletmek için hazırlanan ve kullanılan bu prototipler, uçtan uca bir deneyimine odaklanarak bir hizmetin tamamını kapsayabileceği gibi yolculuktaki tek bir adımı temel alarak hizmetin özel olarak seçilmiş bir kısmı için de oluşturulabilmektedir (Stickdorn ve diğ., 2018). Prototip oluşturma, birçok fikrin paralel olarak test edilmesini sağlayarak güçlü fikirlerin geliştirilmesi için çok önemli olduğu vurgulanmakta (White, 2018); prototipler aracılığıyla yeni bir konseptin önemli yönlerinin hızlı bir şekilde tanımlanabileceği ifade edilmektedir (Stickdorn ve diğ., 2018).



Şekil 4.38 : Yolculuk haritası kanvası aracılığıyla yeni bir hizmet sunumuna yönelik adımlar.

Bu bağlamda, yolculuk haritası kanvası aracılığıyla bir hizmet prototipi oluşturmak için yürütülen çalışmalar, “keşif, fikir geliştirme, yansıtma ve uygulama” aşamalarından oluşan hizmet tasarımı sürecinin (Stickdorn ve diğ., 2018) ilk 3 aşaması temel alınarak yapılandırılmıştır (Şekil 4.38) :

- Keşif: Önerilen kanvas aracılığıyla yolculuk haritaları oluşturularak deneyimlerin değerlendirilmesi (bkz. Bölüm 4.2.2),
- Fikir Geliştirme: Haritadan elde edilen verilerle yeni bir hizmet sunumuna yönelik fikirler üretilmesi,
- Yansıtma: Yeni bir hizmet önerisi sunulması.

Bu doğrultuda bu bölümdeki çalışmalar, Bölüm 4.2.2’deki yolculuk haritalama etkinliğinin (keşif aşaması) devamında, temelde fikir geliştirme aşamasına

odaklanmakta olup, yansıtma aşamasıyla ilişkilendirilmektedir. Yolculuk haritası kanvası aracılığıyla yeni bir sağlık hizmeti sunumunun oluşturulmasına yönelik fikir geliştirme aşamasında yürütülen çalışmalar 4 adımda açıklanmaktadır:

Adım 1: İlgörü ve fırsatların hizalanması: Deneyim haritası formatında hazırlanan Excel elektronik tablolara (Şekil 4.13) tüm yarı yapılandırılmış görüşme verileri işlendikten sonra, elde edilen içgörü ve fırsatların birlikte değerlendirilmesini sağlamak amacıyla ise 2. bir Excel tablosu oluşturularak; elde edilen tüm bulgular ‘*hizmet öncesi, hizmet süreci ve hizmet sonrası*’ olacak şekilde hizalanmıştır (Şekil 4.39). Buradaki esas amaç verilerin karşılaştırmalı analizini yaparak belirlenen tasarım hedefine yönelik ana fırsatlara odaklanmaktır.

K1	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K2	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K3	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K4	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K5	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K6	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K7	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K8	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K9	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K10	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI

Şekil 4.39 : Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen içgörü ve fırsatların hizalanması.

Adım 2: Fırsatların gruplanması ve optimizasyonu: Tüm içgörü ve fırsatların hizalanmasının ardından, tasarım fikrine yol açabilecek ve yeni bir hizmet sunumuna imkan sağlayacak fırsatları, içgörülerden elde edilen ortak temalar altında toplayarak (Çizelge 4.5) optimize etmek amacıyla ise Şekil 4.40’da yer alan şablon hazırlanmıştır. Bu doğrultuda:

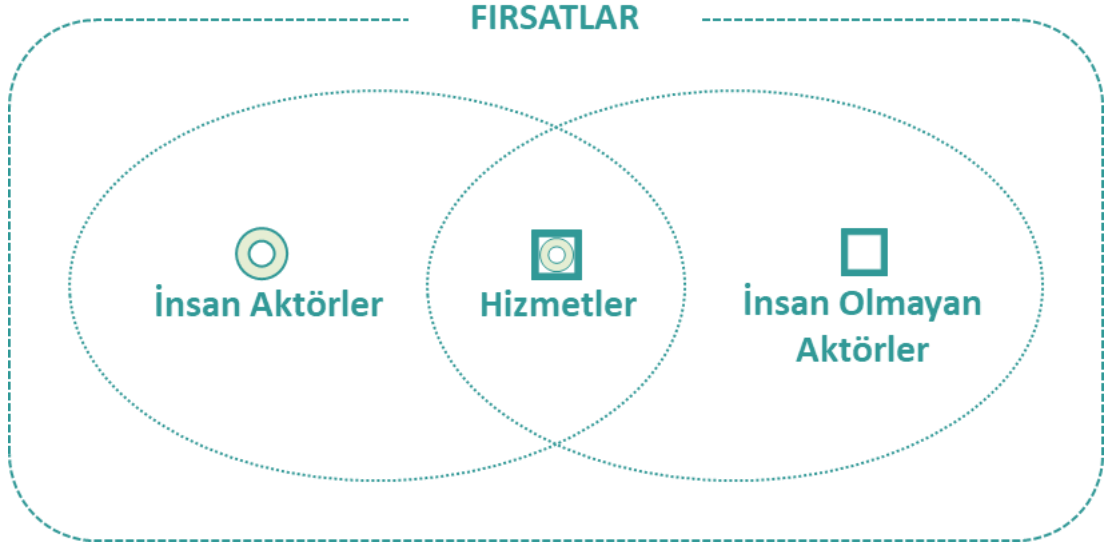
- İlk olarak, veri odaklı bir yaklaşımla tüm içgörü ve fırsatların kapsamlı bir sentezinden yola çıkarak belirlenen ‘*Aktif Katılım (1), Aşinalık (2), Bilgilendirme (3), Biriciklik (4), Esneklik (5), İletişim (6), Konfor (7), Mahremiyet (8), Sosyal Destek (9), Sosyal Paylaşım (10)*’ temaları altında toplanan fırsatlar, ‘*hizmet öncesi, hizmet süreci ve hizmet sonrası*’ olacak şekilde ayrıştırılmıştır.

Çizelge 4.5 : Fırsatların ortak temalar altında derlenmesi

İçgörü Temaları	Fırsatlar
Aktif Katılım	<i>İçgörü 1: Doğum sürecinde aktif olarak rol almak ve doğumun bir parçası olmak istemeleri:</i> - Aktif katılımı desteklemek amacıyla doğum sürecinin aileyle birlikte tasarlanması - Bir hasta gibi değil, doğum yapan bir kadın olarak annenin sürecin her aşamasına aktif katılımını destekleyecek çözümler geliştirilmesi
Aşinalık	<i>İçgörü 2: Aşına oldukları yerde ve aşına oldukları kişilerin yanında daha güvende hissetmeleri:</i> Doğum öncesinde sağlık profesyonelleriyle tanışma ve hastaneyi keşfetmeye yönelik uygulamalar geliştirilmesi
Bilgilendirme	<i>İçgörü 3: Bilgi eksikliğinden kaynaklı hayal kırıklıkları yaşanırken, bilgi yoğunluğuna maruz kalmanın yetersizlik hissi uyandırması:</i> - Bilgi yoğunluğuna maruz bırakmayacak şekilde, doğum öncesinde optimum sayıda güvenilir kaynağa ulaşımın sağlanması - Doğum sürecinin dinamik yapısına fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanması - Doğum sürecinin dinamik (değişken) yapısı göz önünde bulundurularak, doğumdan önce tüm doğum şekillerine yönelik (tıbbi prosedürler vb.) gerekli bilgilendirmelerin uygun yöntemlerle yapılması - Süreç boyunca bilgilendirmede sürekliliğin sağlanması (kesintisiz bilgilendirme) - Doğum sonrası depresyon, hareket kısıtı yaşama, vücuttaki deformasyon, ebeveynliğe adaptasyon vb. durumlarla mücadele etme sürecinde bilgilendirilip, desteklenmesi
Biriciklik	<i>İçgörü 4: Bir hasta gibi değil, doğum yapmış bir kadın gibi özel ve biricik hissetmek istemeleri:</i> - Anne adayının tercih ve kararlarına saygılı bir doğum deneyimi için kişiye özel hizmetler (tailor-made services) sunularak planlama yapılması - Tüm doğum sürecinin bir kutlama şeklinde gerçekleştirilmesine yönelik uygulamalar geliştirilmesi (hastaneye girişten, hastaneden ayrılana kadar) - Doğum servisinin işleyiş sürecinin hastane genelinden farklılaştırılması ve kişiye özel hissettirecek uygulamalar (hizmetler / ürünler) içermesi - Otel tipi özelliklerin tüm sürece entegre edildiği bir süreç tasarlanması (Karşılama ve odaya yerleştirme deneyimi, uğurlama deneyimi)
Esneklik	<i>İçgörü 5: Doğumun dinamik bir yapısı olması ve her duruma hazırlıklı olunması gerektiği:</i> - Olağanüstü koşullarda (pandemi vb.) yüz yüze gerçekleştirilemeyecek hizmetlerin ikamesinin sağlanması - Hastane koşullarının doğumun dinamik yapısına uyum sağlayabilecek esneklikte olması (örn: acil sezaryene geçişlerde vb.)
İletişim	<i>İçgörü 6: Doğum sürecindeki kaygının azaltılması ve güvenin artırılması için pozitif dil ve sürekli iletişime ihtiyaç duyulması</i> - Doğum servisinde negatif ve tıbbi çağrışımlardan kaçınarak pozitif dil ve terminoloji kullanılması - Süreç boyunca iletişimin sürekliliğinin sağlanması (kesintisiz iletişim)
Konfor	<i>İçgörü 7: Operatif bir süreç olduğu için, vajinal doğuma kıyasla görece daha fazla fiziksel zorluk yaşanması (özellikle Pre-II, İntra ve Post Operatif aşamalarında):</i> Süreç boyunca, anne konforunun artırılmasına yönelik çözümler geliştirilmesi
Mahremiyet	<i>İçgörü 8: Doğum süreci boyunca hem fiziksel hem de duygusal olarak kendilerini rahat ve güvende hissetmek için kişisel alan ve sınırlarına saygı gösterilmesini istemeleri:</i> Süreç boyunca anne mahremiyetinin korunmasına yönelik çözümler geliştirilmesi
Sosyal Destek	<i>İçgörü 9: Tüm süreçte, kaygılarını azaltacak ve güvende hissetmelerini sağlayacak şekilde sosyal desteğe ihtiyaç duymaları:</i> - Doğum sürecinin dinamik (değişken) yapısına fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanması - Süreç boyunca anneyi rahatlatacak ve destekleyecek kişilerin bulunması - Doğum sonrası depresyon, hareket kısıtı yaşama, vücuttaki deformasyon, ebeveynliğe adaptasyon vb. durumlarla mücadele etme sürecinde bilgilendirilip desteklenmesi
Sosyal Paylaşım	<i>İçgörü 10: Deneyimlerini paylaşma motivasyonlarının yüksek olması:</i> Doğum yapan kadınların bir araya gelerek deneyimlerini paylaşmaları ve sosyal hayata adaptasyon süreçlerinin desteklenmesi

	FIRSATLAR	TEMALAR	ÖRNEKLER		
			 Hizmetler	 İnsan Aktörler	 İnsan Olmayan Aktörler
HİZMET ÖNCESİ	- Doğum öncesinde sağlık profesyonelleriyle tanışma ve hastaneyi keşfetmeye yönelik uygulamalar geliştirilmesi - Bilgi yoğunluğuna maruz bırakmayacak şekilde, doğum öncesinde optimum sayıda güvenilir kaynağa ulaşımın sağlanması - Doğum sürecinin dinamik (değişken) yapısı göz önünde bulundurularak, doğumdan önce tüm doğum şekillerine yönelik (tıbbi prosedürler vb.) gerekli bilgilendirmelerin uygun yöntemlerle yapılması - Doğum sürecinin dinamik (değişken) yapısına fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanılması - Olağanüstü koşullarda (pandemi vb.) yüzyüze gerçekleştirilemeyecek hizmetlerin ikamesinin sağlanması	KESFETMEK - Aşinalık - Bilgilendirme	Hastane Tanıtım Hizmeti (<i>hastane odaları ve kadın doğum bölümünün gezdirilmesi vb.</i>)	Uzmanlarla Tanışma (<i>doğum ekibi, ameliyathane ekibi, doulalar, doğum psikoloğu vb.</i>)	Doğuma Hazırlık Seti (<i>Bilgilendirme broşürleri, kitaplar vb.</i>)
	- Doğum sürecinin dinamik (değişken) yapısına fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanılması - Olağanüstü koşullarda (pandemi vb.) yüzyüze gerçekleştirilemeyecek hizmetlerin ikamesinin sağlanması	DESTEK OLMAK - Bilgilendirme - Bilgilendirme - Sosyal Destek - Esneklik	- Doğum ve Ebeveynliğe Hazırlık Eğitimleri (ç. içi / yüz yüze) - Anestezi Eğitimi (videoolu anlatımlar, analogik benzetmeler)	- Doğum Psikoloğu Desteği - Doula Desteği - Eğitilere Ebeveyn Katılımı	Çevrim İçi Destek Platformları
	- Anne adayının tercih ve kararlarına saygılı bir doğum deneyimi için kişiye özel hizmetler (tailor-made services) sunularak planlama yapılması - Aktif katılımı desteklemek amacıyla doğum sürecinin aileyle birlikte tasarlanması	BİRLİKTE TASARLAMAK - Biriciklik - Aktif Katılım	Kişiye Özel Doğum Paketi	Doğum Fotoğrafçısı ile Görüşme (birlikte doğum çekimleri için konsept belirleme vb.)	Doğum Planlayıcısı
	- Tüm doğum sürecinin bir kutlama şeklinde gerçekleştirilmesine yönelik uygulamalar geliştirilmesi (hastaneye girişten, hastaneden ayrılana kadar) - Doğum servisinin işleyiş sürecinin hastane genelinden farklılaştırılması ve kişiye özel hissettirecek uygulamalar (hizmetler / ürünler) içermesi - Otel tipi özelliklerin tüm süreçte entegre edildiği bir süreç tasarlanması (Karşılama ve odaya yerleştirme deneyimi, uğurlama deneyimi) - Bir hasta gibi değil, doğum yapan bir kadın olarak annenin sürecin her aşamasına aktif katılımını destekleyecek çözümler geliştirilmesi - Hastane koşullarının doğumun dinamik yapısına uyum sağlayabilecek esneklikte olması (örn: acil sezaryene geçişlerde vb.) - Doğum servisinde negatif ve tıbbi çağrışımlardan kaçınarak pozitif dil ve terminoloji kullanılması - Süreç boyunca anneyi rahatlatacak ve destekleyecek kişilerin bulunması - Süreç boyunca iletişim ve bilgilendirmede sürekliliğin sağlanması (kesintisiz iletişim ve bilgilendirme) - Süreç boyunca anne mahremiyetinin korunmasına yönelik çözümler geliştirilmesi - Doğum sonrası süreçte, anne konforunun artırılmasına yönelik çözümler geliştirilmesi	KUTLAMAK (KARŞILAMA, KUTLAMA, UĞURLAMA) - Biriciklik - Biriciklik - Biriciklik - Aktif Katılım - Esneklik - İletişim - Sosyal Destek - İletişim - Bilgilendirme - Mahremiyet - Konfor	- Ulaşım Hizmeti - Karşılama Hizmeti - Kişiselleştirilebilir Oda Süsleme Hizmeti - Kişisel Bakım Hizmeti - Fotoğraf Hizmeti - İkramlık Hizmeti - Uğurlama Hizmeti	- Hastane personeli tarafından karşılanma - Bir ebeveyn olarak baba figürünün tüm doğum sürecinde yer alması - Bir doğum destekçisiyle tüm sürecin yönetilmesi (doula, aile ve yakın çevre vb.) - Doğumda bebeğin sesinin ve doğum saatinin ön plana çıkartılması - Hastane odası için ziyaretçi yönlendirmesinin doğru yapılması ve kontrollü ziyaretçi alımı - Hastane personeli tarafından çıkış işlemlerinin tamamlanması	- Otel konforunda hastane odası - Kişiselleştirilebilir ve adapte edilebilir ameliyat önlüğü (renk seçenekleri, mahremiyete duyarlı vb.) - Annenin aktif hareketini destekleyecek transfer çözümleri sunulması - Ameliyathaneye transfer yolunun kısaltılması - Terapötik unsurlar içeren ameliyathane 'Ameliyathane' gibi negatif ve tıbbi çağrışımlar yapan adlandırmaların düzenlenmesi (örn: Sezaryen Doğum Odası vb.) - Anestezi uygulaması için anneye destek ekipmanı - Erişilebilir Bebek Kontrol Alanı - Derlenme ünitesinde yakınlarla iletişim kurulması - Erişilebilir Ziyaretçi Alanı - Anne - Baba için Özel Yemek Sunumu - Doğum Hediyesi
HİZMET SONRASI	Doğum sonrası depresyon, hareket kısıtı yaşama, vücuttaki deformasyon, ebeveynliğe adaptasyon vb. durumlarla mücadele etme sürecinde bilgilendirilip desteklenmesi	DESTEK OLMAK - Sosyal Destek - Bilgilendirme	- Psikolojik Danışmanlık - Beslenme Danışmanlığı - Evde Anne - Bebek Hizmeti (<i>Emzirme Danışmanlığı vb.</i>)	Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan ev ziyaretleri (<i>psikolog, yenidoğan hemşireleri vb.</i>)	- Kişiye Özel Beslenme Programı - Kişiye Özel Egzersiz Programı
	Doğum yapan kadınların bir araya gelerek deneyimlerini paylaşımları ve sosyal hayata adaptasyon süreçlerinin desteklenmesi	PAYLAŞMAK Sosyal Paylaşım	Anne - Bebek Etkinlikleri	Sağlık profesyonelleri ve doğum yapan diğer kadınlarla bir araya gelerek deneyim paylaşma	Çevrim İçi Paylaşım Platformları

Şekil 4.40 : Fırsatların gruplanması ve optimizasyonu.



Şekil 4.41 : Fırsatlara ait gruplandırmalar arasındaki ilişkiler.

- Fırsatların bu ortak temalar altında toplanmasının ardından ise oluşturulan tabloda yeni bir hizmet sunumuna imkan tanıyan tasarım fikirleri, ‘Hizmetler, İnsan Aktörler, İnsan Olmayan Aktörler’ olacak şekilde kategorilendirilmiştir (Şekil 4.40). Bu kategorizasyonda üst ölçekten alt ölçeklere doğru bir sıralama yapılarak (Şekil 4.41), ilgili fırsat kapsamında nasıl bir hizmet paketi sunulabileceği, bu hizmet paketi içerisinde hangi aktörlerin nasıl yer alabileceğine yönelik örnekler sunulmuştur.

Adım 3: Hizmet sürecine ait yeni aşamaların tanımlanması: Çizelge 4.5’te oluşturulan temalar hizmet sunumun tamamı göz önünde bulundurulduğunda (hizmet öncesi, hizmet süreci, hizmet sonrası) ‘*Keşfetmek, Destek Olmak, Birlikte Tasarlamak, Kutlamak, Paylaşmak*’ olacak şekilde üst temalar altında toplanmıştır (Şekil 4.40). Bu üst temalar temel alınarak ise bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetine yönelik bir hizmet prototipi için bakım yolculuğuna ait ana aşamalar yeniden tanımlanmıştır (Şekil 4.42). Bu ana aşamaların tanımlanmasında sezaryen doğum yapan kadınların çok katmanlı kimlikleri temel alınmıştır. Bu doğrultuda:

- Hizmet öncesi süreci, ‘*Keşif, Destek (I), Birlikte Tasarım*’ aşamaları,
- Hizmet sürecini, ‘*Karşılama, Kutlama, Uğurlama*’ aşamaları,
- Hizmet sonrası süreci ise ‘*Destek (II), Paylaşma*’ aşamaları oluşturmaktadır.



Şekil 4.42 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğuma ait bakım yolculuğunun yeni aşamaların tanımlanması.

Adım 4: Fırsatların yeni aşamalara yerleştirilmesi: Hizmet prototipi için ana aşamaların yeniden tanımlanmasının ardından ise, Şekil 4.40'dan gelen fırsatlar (örnek fikirler) 'hizmetler, insan aktörler ve insan olmayan aktörler' olacak şekilde ayrıştırılarak, bakım yolculuğunun yeni aşamalarına göre yerleştirilmiştir (Şekil 4.43):

- Şekil 4.43'te, bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetine yönelik hizmet prototipi için yeniden tanımlanan aşamaların, mevcut bakım yolunda hangi aşamalara karşılık geldiği bilgisi de yer almaktadır.

Ortaya çıkan bu görsel tablo bir hizmet prototipinin ilk taslağıdır (Şekil 4.43). Yolculuk haritalama kanvası aracılığıyla bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmeti için önerilen bu taslak, ilgili hizmetin ilk deneysel formuna karşılık gelmektedir. Yeni hizmet konseptlerinin geliştirilmesine yardımcı olan bu aşamanın daha büyük bir sürecin başlangıç noktası olduğu ifade edilmektedir (Stickdorn vd., 2018).

- Bu doğrultuda, fırsatların yeni aşamalara yerleştirilmesinin ardından önerilen yeni bakım yolculuğuyla uyumlanacak şekilde seçimler yapılması (örneğin Şekil 4.43'teki dairesel işaretlemeler), yeni öneriler ve alternatif rotalar geliştirilmesi tavsiye edilmektedir.
- Bu aşamadan sonra ise multidisipliner bir ekiple birlikte yeni hizmet tasarımına yönelik nihai kararların alınarak bir hizmet planı (service blueprint) oluşturulması önerilmektedir. Yolculuk haritalarının bir uzantısı olan hizmet planları, destek süreçlerinin (dış ortaklar) yanı sıra hizmet alıcısının deneyimlerini içeren sahne önü faaliyetleri ile hizmet sağlayıcıların sahne arkası eylemleri arasındaki etkileşime odaklanarak bir hizmetin kapsamlı bir görünümünün sunulmasını sağlamaktadır (Stickdorn vd., 2018).

AŞAMALAR	HİZMET ÖNCESİ PRE-SERVICE			HİZMET SÜRECİ DURING SERVICE					HİZMET SONRASI POST-SERVICE	
	KEŞİF DISCOVERY	DESTEK - I SUPPORT	BİRLİKTE TASARIM CO-DESIGN	KARŞILAMA WELCOMING	KUTLAMA CELEBRATION			UĞURLAMA FAREWELL	DESTEK - II SUPPORT	PAYLAŞMA SHARING
				1. Hastaneye Gidiş	2.Preoperatif Aşama - I (Operasyon Öncesi Hazırlık)	3.Preoperatif Aşama - II (Ameliyathanede Hazırlık)	4. İntraoperatif Aşama (Sezaryen Doğum)	5. Postoperatif Aşama (Operasyon Sonrası)		
				Ön araştırma ve hazırlık	Hem çevrim içi hem de yüz yüze destek programlarıyla derinlemesine bilgilendirilme (prepartum)	Sağlık hizmeti alıcısı ve bakım sağlayıcıların doğum sürecini birlikte tasarlaması	Sağlık hizmeti alıcısını 'biricik' hissettirecek bir karşılama ve odaya yerleştirme deneyimi	Bir ameliyat yerine kutlama şeklinde ilerleyen doğum süreci		
Hizmetler	Hastane Tanıtım Hizmeti (hastane odaları ve kadın doğum bölümünün gezdirilmesi vb.)	Doğum ve Ebeveynliğe Hazırlık Eğitimleri (ç. içi / yüz yüze) Anestezi Eğitimi (videolu anlatımlar, analogik benzetmeler)	Kişiyi Özel Doğum Paketi Hizmeti	Ulaşım Hizmeti Karşılama Hizmeti Kişiselleştirilebilir Oda Süsleme Hizmeti	Kişisel Bakım Hizmeti	Fotoğraf Hizmeti	İkramlık Hizmeti	Uğurlama Hizmeti	Psikolojik Danışmanlık Beslenme Danışmanlığı Evde Anne - Bebek Hizmeti	Anne - Bebek Etkinlikleri
İnsan Aktörler	Uzmanlarla tanışma (doğum ekibi, ameliyathane ekibi, doulalar, doğum psikoloğu vb.)	Doğum Psikoloğu Desteği Doula Desteği Eğitimlere Ebeveyn Katılımı	Doğum Fotoğrafçısı ile Görüşme (birlikte doğum çekimleri için konsept belirleme vb.)	Hastane personeli tarafından karşılanma	Bir ebeveyn olarak baba figürünün tüm doğum sürecinde yer alması Bir doğum destekçisiyle tüm sürecin yönetilmesi (doula, aile ve yakın çevre vb.) Doğumda bebeğin sesinin ve doğum saatinin ön plana çıkartılması Hastane odası için ziyaretçi yönlendirmesinin doğru yapılması ve kontrollü ziyaretçi alımı	Hastane personeli tarafından çıkış işlemlerinin tamamlanması ve uğurlanması		Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan ev ziyaretleri	Sağlık profesyonelleri ve doğum yapan diğer kadınlarla bir araya gelerek deneyim paylaşma	
İnsan Olmayan Aktörler	Doğuma Hazırlık Seti (bilgilendirme broşürleri, kitaplar vb.)	Çevrim içi Destek Platformları	Doğum Planlayıcısı	Otel konforunda hastane odası	Kişiselleştirilebilir ve adapte edilebilir ameliyat önlüğü Annenin aktif hareketini destekleyecek transfer çözümleri sunulması Ameliyathaneye transfer yolunun kısaltılması	Terapötik unsurlar içeren ameliyathane: Sezaryen Doğum Odası Anestezi uygulaması için anneye destek ekipmanı Erişilebilir Bebek Kontrol Alanı	Derlenme ünitesinde yakınlarla iletişim kurulması Erişilebilir Ziyaretçi Alanı Anne - Baba için Özel Yemek Sunumu	Doğum Hediyesi	Kişiyi Özel Beslenme Programı Kişiyi Özel Egzersiz Programı	Çevrim içi paylaşım platformları

Şekil 4.43 : Fırsatların yeni aşamalara yerleştirilmesi ve süreçle uyumlandırılması.

4.3 Yolculuk Haritası Kanvasının Temsil Yeteneğinin Değerlendirilmesi

Bu bölümde yolculuk haritası kanvasının temsil yeteneğini değerlendirmek üzere, McCarty ve diğ. (2016)'nin ortaya koymuş olduğu 'modelleme araçlarının etkinliğini değerlendirme ilkeleri' temel alınmıştır (Çizelge 4.6). Bu ilkelere model olarak ele alınan kavram modelleme aracı kullanılarak üretilen çıktılardır. Bu bağlamda, Çizelge 4.6'da yer alan model kavramı, bu tez çalışması kapsamında önerilen kanvas aracılığıyla bir vakaya dayalı oluşturulan yolculuk haritalarına (EK L) karşılık gelmektedir.

Çizelge 4.6 : Modelleme araçlarının etkinliğini değerlendirme ilkeleri (McCarthy ve diğ, 2016 ve O'Raghallaigh ve diğ, 2011'den uyarlanmıştır).

Prensip	Açıklamalar	Alıntılar
(1) Modellerin tasarlanması ve test edilmesinde tasarımcıya / ekibe destek olmak	Aracın kullanıcıyı (tasarımcıyı veya ekibi) inovasyon modellerini tasarlama ve test etme konusunda desteklemesidir. Araç, tasarımcıyı mümkün olduğunca çok sayıda farklı modeli keşfetmeye teşvik etmelidir.	<i>Avital ve diğ. (2009); Rittel ve Webber (1973), Conklin (2006); Römer ve diğ. (2000); Fiol ve Huff (1992)</i>
(2) Tasarımcıyı / ekibi grafiksel dışsallaştırma için desteklemek	Aracın kullanıcıyı (tasarımcı veya ekibi) grafik formatta inovasyon modelleri üretme konusunda desteklemesidir. Araç tasarımcıya model oluşturması için bir ortam sağlamaya odaklanır.	<i>Römer ve diğ. (2000); Fiol ve Huff (1992); Nakakoji ve diğ. (1999); Nickerson ve diğ. (2008); Bruner (1996); Cox (1999); Cox ve Brna (1994); Jonassen (2003); Larkin ve Simon (1987); Tversky (2002); Arias ve diğ. (2000); Engelbart (1995); Jonassen (1992); Norman (1994)</i>
(3) Tasarımcıya / ekibe geri bildirim sağlamak	Aracın, inovasyon modellerinden kullanıcıya (tasarımcıya veya ekibe) 'geri bildirim (talkback)' güçlendirmesidir. Araç göz korkutucu olmamalı ve tasarımcılara görevlerinde başarılı olabileceklerine dair anında güven vermelidir.	<i>Nakakoji ve diğ. (1999); Jonassen (2003); Normal (1994); Jonassen (1994); Schön (1983); Nakakoji ve Yamamoto (2001); Nakakoji ve diğ. (2000)</i>
(4) Tasarımcının / ekibin modellerine ontolojik kısıtlamalar uygulamak	Aracın inovasyon modellerine ontolojik kısıtlamalar uygulamasıdır. Bu nedenle, tasarımcının fikirlerini tuval üzerinde konumlandırırken aracın kurallarına uyması beklenmektedir.	<i>Cox ve Brna (1994); Jonassen (2003); Jonassen (1992); Nakakoji ve diğ. (2000); Suthers (2003); Polich ve Schwartz (1974)</i>
(5) Modellemeye yönelik işbirlikçi bir yaklaşımı desteklemek	Aracın inovasyon modellemesine yönelik işbirliğine dayalı bir yaklaşımı desteklemesidir. Amaç, paydaşlara çözüm dayatmak değil, uzlaşma yoluyla ulaşılan çözümlerle sonuçlanan bir diyalog ortamı yaratmaktır.	<i>Conklin (2006); Nakakoji ve diğ. (1999); Arias ve diğ. (2000); Suthers (2003); Fischer (2005)</i>
(6) Kullanımı ve modifiye edilmesinin kolay olması	Aracın kullanımının ve değiştirilmesinin kolay olması gerektiğidir. Araç, acemilerin başlamasını kolaylaştırırken, uzmanların gelişmiş inovasyon modelleri oluşturmalarını mümkün kılmalı; ayrıca tasarımcı tarafından değiştirilmeye açık olmalıdır.	<i>Arias ve diğ. (2000); Fritscher ve Pigneur (2010); Resnick ve diğ. (2005)</i>

İlk tasarım ilkesi, aracın tasarımcıyı veya ekibi yeni modeller tasarlama ve test etme konusunda desteklemesi ve mümkün olduğunca çok sayıda farklı modeli keşfetmeye teşvik etmesidir. O'Raghallaigh ve diğ. (2011) aracı kullanırken farklı şeyler denemenin ve başarısız olduğunda geri dönmeyi kolay olması gerektiğine dikkat çekmekte; bu özelliğin araçların güvenilir olması gerektiği anlamına geldiğini; böylelikle kullanıcıların (tasarımcı / ekip) herhangi bir şey denerken daha rahat olduğunu ifade etmektedir. Aynı zamanda mevcut bir modelin sürekli olarak yeniden değerlendirilmesi ve iyileştirilmesinin yanı sıra potansiyel yeni modellerden oluşan bir portföyün proaktif olarak tasarlanmasına ve test edilmesine imkan sunması gerektiğine de vurgu yapmaktadır (O'Raghallaigh ve diğ, 2011).

- Bu bağlamda, bu tez çalışması kapsamında örnek haritalama şablonu (Şekil 4.13) aracılığıyla yolculuk haritası kanvasının nasıl kullanılacağına ilişkin Bölüm 4.2.2'de sunulan tüm adımlar 10 katılımcının tamamı için de gerçekleştirilmiş; her katılımcı ayrı bir vaka olarak değerlendirildiği için ortaya birbirinden farklı yolculuk haritaları çıkmıştır. Bu çeşitliliğin gözlemlenmesinde özellikle planlanmamış sezaryen süreçlerinin değişken yapısı etkili olmuş; yolculuğun ana aşamaları tüm katılımcılar için ortak olmasına rağmen, haritalama sürecinde alt aşamaların bazı katılımcılar için revize edilmesini, buna bağlı olarak da bu katılımcılara ait verilerin yeniden organize edilmesini gerektirmiştir. Kanvasın matris yapısı, bu değişikliklerin kolaylıkla yapılmasını mümkün hale getirirken; aynı düzeyde ancak birbirinden farklı haritaların elde edilmesini sağlamıştır. Bu bağlamda önerilen yolculuk haritası kanvasının uyarlanabilir olduğu ve farklı haritaları keşfetme konusunda kullanıcıyı (tasarımcı / ekip) desteklediği düşünülmektedir.
- Ayrıca önerilen kanvas (Şekil 4.7), bölgesel anestezi altında sezaryen doğumunun bütünsel bir sunumunu temsil etse de, şablonda yer alan *hedef ve beklentiler, motivasyonlar, tercihler, korkular, engeller, duygu ve düşünceler, aktörler* gibi vakadan bağımsız olan jenerik bileşenler aracılığıyla farklı sağlık hizmeti bağlamlarında da kullanılma potansiyeli taşıyarak yeni haritaların oluşturulması ve değerlendirilmesine de imkan sağlamaktadır.

İkinci tasarım ilkesi, aracın tasarımcıyı veya ekibi grafik formatta inovasyon modelleri üretme konusunda desteklemesidir. O'Raghallaigh ve diğ. (2011) aracın, tasarımcıya model oluşturması için bir ortam sağlaması ve tasarımcının yaratıcılığını teşvik ederek

tasarımcıya üzerinde çalışabileceği bir *tuval* sağlaması gerektiğini ifade etmektedir. Bu nedenle tasarımcının, grafiksel dışsallaştırmalar kullanarak yeni modeller tasarlamak için tuvali keşfetmeye teşvik edilmesinin önemi vurgulanmaktadır (O'Raghallaigh ve diğ, 2011). Çünkü tasarım faaliyetleri için son derece önemli olan (Arias ve diğ, 2000; Norman, 1994) ve bir dizi bilişsel fayda sağlayan bu dışsallaştırmalar, problem çözme sürecinde tasarımcının neredeyse hiç çaba harcamadan faydalanabileceği türden algısal etkiler sunmakta (Larkin ve Simon, 1987); birden fazla problemin aynı anda temsil edilmesiyle tasarımcının sınırlı belleğindeki bilişsel stresi azaltmakta (Römer, 2000) ve geçici düşünceleri daha kalıcı hale getirerek, bu düşünceleri başkaları için daha erişilebilir kılmaktadır (Tversky, 2002). Böylelikle grafik formatta inovasyon modelleri üretmeye yardımcı bir tuval, tasarımcının düşüncesini yansıtmalarının yanı sıra çözüm geliştirmek için de bir araç görevi görmektedir (O'Raghallaigh ve diğ, 2011).

- Bu bağlamda, yolculuk haritalarındaki genel model temel alınarak oluşturulan kanvasın (Şekil 4.7) Mercek (A), Deneyim (B) ve Araştırmacı İçgörüler (C) olacak şekilde üç ana bölüme ayrıştırılması ve her bölümdeki bileşenler için özel alanlar tanımlanması, ilk olarak verilerin üst düzey bir perspektiften grafik formatta görselleştirilmesine yardımcı olmaktadır. Benzer şekilde B alanında, yatay eksen oluşturulan *yolculuk aşamaları* ile dikey eksen oluşturulan *duygular, düşünceler, eylemler, aktörler* gibi bileşenleri içerecek şekilde bir matris oluşturulması verileri organize etme, hizalama ve yapılandırma imkanı sunmaktadır. Tasarımcıya üzerinde çalışabileceği bir tuval oluşturan bu alanlar, pozitif ve negatif duyguları ayrıştırmak, farklı renk kodları tanımlamak, aktörleri temsil eden ikonografik görseller kullanmak gibi dışsallaştırmaların kullanılabilmesine imkan sağlayarak kullanıcıyı (tasarımcıyı / ekibi) grafik formatta haritalar üretme konusunda desteklemektedir.

Üçüncü tasarım ilkesi, aracın inovasyon modellerinden tasarımcıya veya ekibe *geri bildirimi (talkback)* güçlendirmesidir. Bu tasarım ilkesine göre, aracın göz korkutucu olmaması ve tasarımcılara görevlerinde başarılı olabileceklerine dair anında güven vermesi gerektiği ifade edilmektedir (O'Raghallaigh ve diğ, 2011). Bir önceki tasarım ilkesiyle birlikte ele alınan bu ilke doğrultusunda bir tasarım aracı, ilk olarak tasarımcılara düşüncelerini bir dışsallaştırma biçiminde ifade etmeleri için bir ortam

sunmalı, ardından bu dışsallaştırmalar aracılığıyla geri bildirimi teşvik ederek daha etkili bir şekilde düşünebilmelerine destek olmalıdır (O'Raghallaigh ve diğ, 2011). Çünkü tasarımcılar dışsallaştırmalar ürettikten sonra deneyimleri anlamlandırmak için bunlar üzerinde kasıtlı ve dikkatli bir şekilde düşünme döngüsüne girmektedir (Norman, 1994; Schön 1983). Böylelikle, temsili geri bildirimi güçlendiren dışsallaştırmaların tasarımcının düşüncelerini ifade etmesini ve temsil edilenleri algılamasını kolaylaştırdığı ifade edilmektedir (Nakakoji ve diğ, 1999).

- Bu bağlamda, önerilen kanvasın kullanımına yönelik yürütülen çalışmalarda (Bölüm 4.2.2), bir Excel şablonu aracılığıyla düşük çözünürlüklü haritalar sunulmasına rağmen; aktörler için kullanılan ikonografik görseller, pozitif ve negatif duyguları temsil eden renk kodları ve bu kodların haritanın tamamına yayılan kullanımı gibi dışsallaştırma teknikleri harita üzerinde gezinmeyi kolaylaştırarak ilgili deneyime ait veriler üzerinde daha rahat anlamlandırma ve ilişkilendirme yapılmasına imkan sağlamakta ve geri bildirimi teşvik etme konusunda kullanıcıyı (tasarımcı / ekip) desteklemektedir.
- Özellikle, Bölüm 4.2.2.7'de yolculuk haritası kanvasının kullanımına yönelik önerilen '*haritanın yüksek çözünürlükte görselleştirilmesi*' adımıyla birlikte, ortaya çıkacak haritaların geri bildirimi daha fazla güçlendireceği düşünülmektedir.

Dördüncü tasarım ilkesi, aracın tasarımcı veya ekip tarafından oluşturulan inovasyon modellerine ontolojik kısıtlamalar uygulamasıdır. Bu nedenle, tasarımcının fikirlerini tuval üzerinde konumlandırırken aracın kurallarına uyması beklenmektedir (O'Raghallaigh ve diğ, 2011). Tasarımcıya çok az anlamsal kısıtlama getiren ya da getirmeyen yapılandırılmamış araçlar paydaşlar arasında *entelektüel kaosa* yol açarken (Jonassen, 1992); yapılandırılmış araçların, dışsallaştırmaları ortak kurallar dizisine uymaya zorladığı, böylece ortak paylaşımları ve karşılaştırmaları teşvik ettiği belirtilmektedir (O'Raghallaigh ve diğ, 2011). Ayrıca bu kısıtlamalar problemlerin nasıl etkili bir şekilde temsil edileceğini belirlemeye yardımcı olduğu için tasarımcının performansı açısından çok önemli bir etkiye sahip olmakta ve problem çözmek için harcanan zamanı kısaltmaktadır (Jonassen, 2003; Suthers; 2003).

- Bu bağlamda, tez çalışması kapsamında önerilen kanvasın "*haritaya odak ve bağlam sağlayan bir mercek (A Bölgesi), kişinin deneyimini gösteren bir alan*"

(B Bölgesi) ve yolculuğun analizinden elde edilen içgörüler (C Bölgesi)” olacak şekilde yolculuk haritası ontolojisine (bkz. Şekil 4.5) göre düzenlenmiş matris yapısı, tasarımcıya/ekibe kısıtlamalar getirerek deneyimleri değerlendirebilmek için bir sınır çerçevesi sağlamaktadır. Özellikle haritalanan kişi ve incelenecek senaryo için kısıtlamalar sağlayan A Bölgesi, gerçek yolculuğa odaklanan B Bölgesi’ndeki deneyimleri değerlendirebilmek ve araştırmacı içgörülerini içeren C Bölgesi’ndeki fikir üretme fırsatlarını belirleyebilmek için kritik öneme sahiptir.

- Ayrıca bu ontoloji temel alınarak yapılandırılmış bir araç ortaya konduğu için verilerin hizalanması ve karşılaştırmalı analizinin yapılması da kolaylaşmaktadır.

Beşinci tasarım ilkesi, aracın inovasyon modellemesine yönelik işbirliğine dayalı bir yaklaşımı desteklemesidir. Buradaki temel amaç paydaşlara çözüm dayatmak değil, uzlaşma yoluyla ulaşılan çözümlerle sonuçlanan bir diyalog ortamı yaratmaktır (O’Raghallaigh ve diğ., 2011). Çünkü karmaşık problemlerin çözümü için herhangi bir bireyin sahip olabileceğinden çok daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmakta; tatmin edici bir sonuca ulaşabilmek için ise genellikle birçok paydaşın katılımı, iletişimi ve işbirliği gerekmektedir (Arias ve diğ., 2000). Bu diyalektik süreç için dışsal temsiller kritik bir öneme sahip olmanın yanı sıra paydaşlar arasında anlam müzakereleri başlatarak grup üyeleri arasında ortak bir dil anlayışına katkıda bulunmakta ve yaratıcılığı desteklemektedir (Arias ve diğ., 2000; Fischer, 2005).

- Bu bağlamda, önerilen kanvasın farklı bağlamlara uyarlanabilme kapasitesi ve görselleştirmeler yoluyla alan bilgisini dışsallaştırmaya uygun yapısı göz önünde bulundurulduğunda çok disiplinli paydaşlar arasındaki diyalogu kolaylaştırarak işbirlikçi bir yaklaşımı teşvik etme potansiyeli taşıdığı düşünülmektedir.
- Ayrıca, bu ilkeyle ilgili olarak tezin teorik arka planında, *çok disiplinli paydaşlar arasında ortak bir dil ve anlayış oluşturma*nın yolculuk haritalama yönteminin güçlü yanlarından biri olduğu vurgusu yapılmaktadır. Diğer modelleme araçlarıyla kıyaslandığında yolculuk haritalarının genel yapısının farklı paydaşları ortak bir vizyon ve hedef etrafında hizalamaya yardımcı olduğu ve gruplar arasındaki işbirliğini kolaylaştırdığı ifade edilmektedir (Kaplan, 2016b). Bu doğrultuda ise, tez çalışma kapsamında önerilen kanvasın, temel yolculuk haritası modeli esas

alınarak oluşturulmasından dolayı, doğası gereği işbirlikçi bir yaklaşımı teşvik ettiği söylenebilmektedir.

Altıncı tasarım ilkesi, aracın kullanımının ve değiştirilmesinin kolay olması gerektiğidir. Bu ilkeye göre araç, hem acemi hem de uzman kullanıcıların farklı alternatifleri çok hızlı bir şekilde deneyebilmelerine imkan sağlamalı, kendi kendini ortaya çıkarmalı ve neyin nasıl yapılması gerektiğini açıkça sunmalıdır. Çünkü bazı tasarım araçlarının kullanımı uzman kullanıcılar için çok rahat olabiliyorken, temel işlevlere hakim olmayan ya da ara sıra kullanan acemi kullanıcılar daha az kullanışlı olabilmektedir (O'Raghallaigh ve diğ, 2011). Bu durum aracı kullanan kişilerin stres seviyelerinin artmasına ve bir görevi yerine getirmek yerine aracı nasıl kullanacaklarına daha fazla odaklanmalarına yol açacağından yaratıcı çözümler bulma konusunda bilişsel kaynaklarının azalmasına sebep olmaktadır (Resnick ve diğ, 2005). Bu nedenle aracın işlevsellik ve kısıtlamalar arasında doğru dengeyi yakalarken tasarımcıya yeterli serbestliği sağlaması (Fritscher ve Pigneur, 2010); acemilerin başlamasını kolaylaştırırken, uzmanların gelişmiş inovasyon modelleri oluşturmasını da mümkün kılması gerektiği ifade edilmektedir. Bununla birlikte bir aracın kullanılabilir olmasının yanı sıra tasarımcı tarafından değiştirilmeye ve diğer araçları, teknikleri, yöntemleri kapsayacak şekilde genişletilebilir olmaya da açık olması gerektiği vurgulanmaktadır (O'Raghallaigh ve diğ, 2011).

- Bu bağlamda önerilen kanvas, matris tabanlı yapısı, kullanılan terminolojisi ve farklı sağlık hizmeti bağlamlarına adapte edilebilir bileşenleriyle kullanım kolaylığı sağlarken üzerinde değişiklik yapmaya da imkan sunmaktadır.
- Özellikle bileşenleri ifade etmek için kullanılan terminoloji uzman kullanıcılar kadar, uzman olmayan kullanıcılar için de anlaşılabilir olma potansiyeli taşımaktadır. Kanvasın erişilebilirliğini artıran bu özelliğin, aynı zamanda farklı disiplinlerden oluşan bir ekip arasında da ortak bir diyalog ortamı yaratarak haritalama sürecini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.
- Ayrıca, Bölüm 4.1.2.4'te kanvasa ait bileşenlerin (Şekil 4.8) kullanıldıkları bağlama ve haritanın hangi düzeyde ayrıntı içereceğine göre azaltılabileceği, çoğaltılabileceği veya adapte edilebileceği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda kanvasın B Bölümü'nde yer alan dikey eksenindeki bileşenlere eklenen 'diğer

deneyimler (fiziksel, bilişsel, duyuşsal vb.)’ satırıyla haritanın değiştirilebilme ve genişletilme özelliğine dikkat çekilmektedir.

- Bunlarla birlikte kanvasın kullanımına yönelik bir soru seti olması (bkz. Şekil 4.10) ve her soru setinden elde edilen verilerin işleneceği alanların tanımlanmış olması (bkz. Şekil 4.13) kafa karışıklığını engellerken, verilerin en etkili şekilde temsil edilmesine de yardımcı olarak kanvasın kullanılabilirliğini kolaylaştırmaktadır.

Bu temel ilkeler doğrultusunda Çizelge 4.7’de, sağlık hizmeti tasarımı için önerilen yolculuk haritası kanvasının güçlü yanları yer almaktadır. Bu ilkelerle birlikte kanvasın kullanıcıya (tasarımcı / ekip) *holistik bir bakış açısı sunması* da avantajlı yönleri arasında gösterilebilmektedir:

- Önerilen kanvas sadece ana aktörün deneyimine değil, aynı zamanda ana aktörün diğer aktörlerle etkileşimlerine de odaklandığından, bir deneyimin daha geniş ve yapılandırılmış üst düzey bir görünümünü sunmaya olanak tanımaktadır (Şekil 4.7, B.2). Bu özelliği sayesinde deneyimin anlaşılabilir bütünsel bir sunumunu temsil ederken, hizmet öncesinden hizmet sonrası sürece kadar çok daha geniş bir ölçekte içgörü ve fırsatların oluşturulmasını (EK L) ve daha kapsamlı bir hizmet önerisinin ortaya konmasını sağlamıştır (bkz. Bölüm 4.2.3)

Çizelge 4.7 : Yolculuk haritası kanvasının güçlü yanları.

Güçlü Yanlar	Açıklama
Uyarlanabilirlik	Yeni haritaların oluşturulması ve test edilmesinde tasarımcıya / ekibe destek olmasının yanı sıra farklı sağlık hizmeti bağlamlarına da uyarlanabilir olması
Grafiksel dışsallaştırma ortamı sunmak	Grafik formatta haritalar üretme konusunda tasarımcıyı / ekibi desteklemesi
Geri bildirim teşvik etmek	Haritalama sürecinde kullanılan dışsallaştırmalar aracılığıyla tasarımcıya / ekibe geri bildirim teşvik etmesi
Ontolojik kısıtlamalar sağlamak	Tasarımcıya / paydaşlara ontolojik kısıtlar getirerek araştırma için bir sınır çerçevesi sağlarken; verilerin hizalanması ve karşılaştırmalı analizini kolaylaştırması
İşbirliğini teşvik etmek	Paydaşlar arasındaki diyalogu kolaylaştırarak işbirlikçi bir yaklaşımı teşvik etmesi
Erişilebilirlik (kullanım kolaylığı) ve adapte edilebilirlik	Hem farklı farklı uzmanlık seviyeleri hem de farklı disiplinler için kullanılması ve değiştirilmesinin kolay olması
Holistik bakış açısı sunmak	Ana aktörün yanı sıra ana aktörün diğer aktörlerle olan etkileşimine de odaklanarak deneyimin anlaşılabilir bütünsel bir sunumunu temsil etmesi

Yukarıda özetlenen avantajların yanı sıra, önerilen yolculuk haritası kanvasının bazı sınırlı yanları da bulunmaktadır (Çizelge 4.8):

- İlgili sağlık hizmetini bütüncül bir bakış açısıyla analiz edebilmek için çok bileşenli bir yapıya ihtiyaç duyulmuştur. Buna karşın, bileşen sayısının çokluğu veri açısından zengin haritaların elde edilmesini sağlasa da, veri hacminin yoğunluğu kanvasın okunabilirliğini görece zayıflatmıştır.

Çizelge 4.8 : Yolculuk haritası kanvasının sınırlı yanları.

Sınırlı Yanlar	Açıklama
Bileşen Sayısı	Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısını analiz edebilmek için çok bileşenli bir yapıya ihtiyaç duyulması
Veri Hacmi	Sağlık hizmeti deneyiminin geniş kapsamlı bir analizi için veri hacminin yoğun olması
Okunabilirlik	Bileşen sayısının çokluğu ve veri hacminin yoğunluğunun görece okunabilirliği zayıflatması

Ancak bir sağlık hizmeti alıcısının deneyimi çok geniş kapsamlı olduğundan, sağlık hizmetlerinin bütüncül ve derinlemesine bir yaklaşımla değerlendirilebilmesi için tüm bileşenlerin gerekliliği ortadadır. Bu nedenle sağlık hizmeti tasarımı için kullanılan yolculuk haritaları son derece detaylı olmakta; bilginin erişilebilirliği, okunabilirliği ve düzenlenmesi yoğun bir çalışma gerektirmektedir. Bu doğrultuda, bu tez çalışması kapsamında önerilen kanvasın tüm bileşenlerinin görünür ve okunabilir olmasını amacıyla parçalı bir sunumu önerilmektedir. Haritanın okunabilirliğini ve iletişim gücünü artırmak için A, B (B.1, B.2, B.3) ve C bölgelerinin (Şekil 4.7) paydaşlara ayrı ayrı sunulması önerilmektedir. Benzer şekilde, karmaşıklığı azaltmak için bakım yolculuğunun her aşamasının ayrı ayrı haritalanabileceği; böylelikle her ana aşama için ayrı bir yolculuk haritası oluşturmanın tek bir yolculuk haritasında ihtiyaç duyulan bilgi miktarını azaltabileceği öngörülmektedir. Bu bağlamda, tek bir görselleştirmede çok fazla bilgi toplamak yerine birden fazla yolculuk haritası veya ek yapılar oluşturmanın daha iyi olduğu fikrini destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Maddox, ve diğ., 2019). Haritalamaya daha genel bir perspektiften başlayıp daha detaylı haritalara bölerek, yolculuk haritaları havuzu oluşturmanın faydalı olabileceği de öne sürülmektedir (Rainer, 2022). Dolayısıyla, iyi yapılandırılmış bir sunum, paydaşların yolculuk haritasını daha iyi anlamalarına yardımcı olabileceği; ekipler arasındaki

iletişimi ve işbirliğini geliştirerek daha iyi karar vermeyi ve daha etkili çözümler üretmeyi destekleyeceği belirtilmektedir (Rainer, 2020).

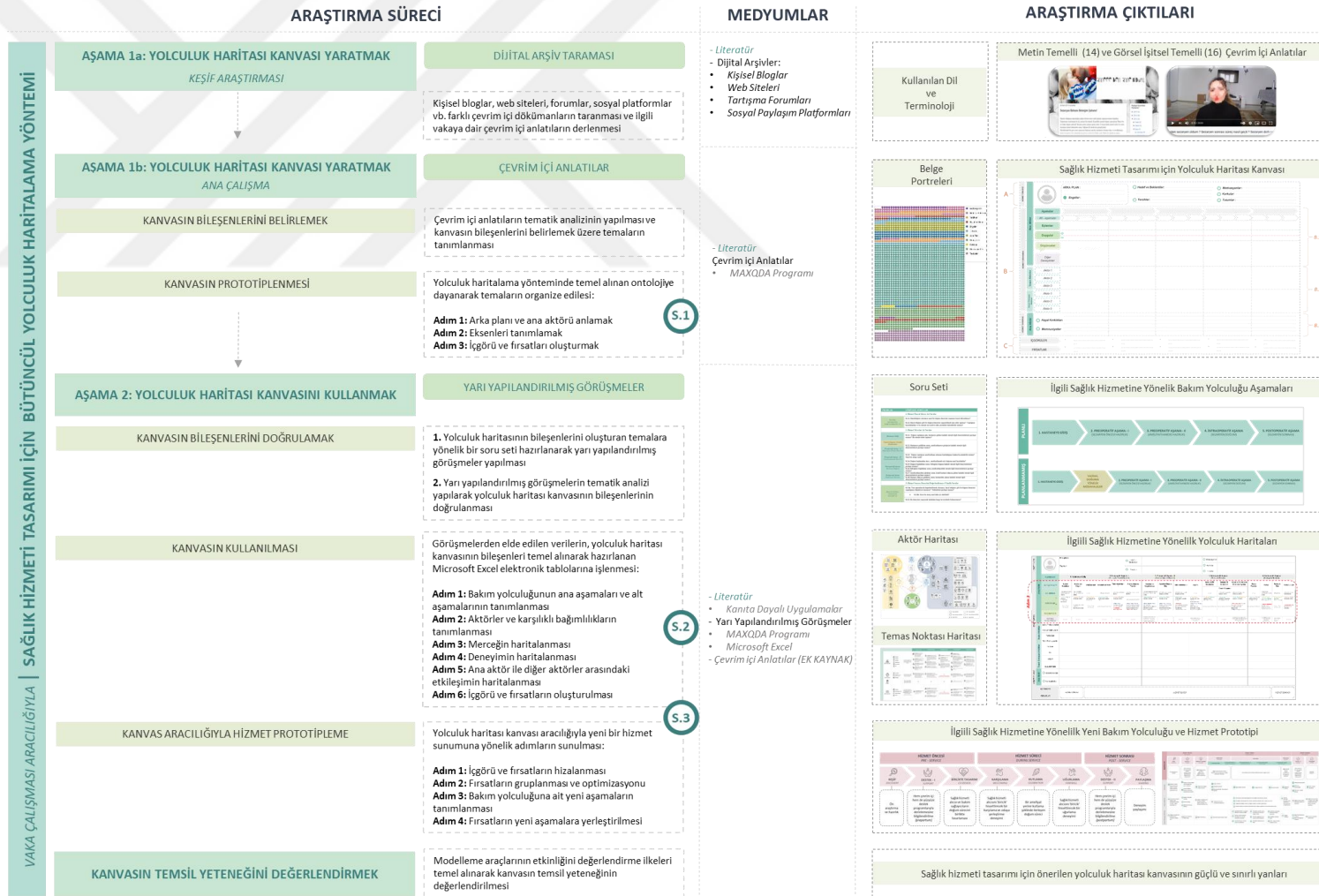
Bununla birlikte, tez çalışması kapsamında yolculuk haritası kanvasının kullanımına yönelik önerilen 6 adıma ek olarak, verilerin sentezi tamamlandıktan sonra yolculuğu okunabilir bir şekilde temsil etmek için haritanın yüksek çözünürlükte görselleştirilmesi' önerilmektedir. Bu görselleştirme aşaması için, görüntüler eklemek, farklı renk kodları kullanmak, hikaye panoları oluşturmak (Flitton, 2016; Grillmayr, 2021), gelişmiş görselleştirme araçları kullanmak gibi çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemlerden faydalanmanın, kullanıcıların haritada daha verimli bir şekilde gezinmesine ve ana aktörle empati kurmasına yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Grillmayr, 2020). Bu nedenle, önerilen bu adımla haritanın iletişimsel niteliklerinin güçlenebileceği ve araştırma verilerinin daha okunabilir hale getirileceği öngörülmektedir. Tüm bu adımlar tamamlandıktan sonra ise, Kaplan'ın (2017) da belirttiği gibi, yolculuk haritası kanvasının araştırma bulgularını ilgi çekici bir şekilde paylaşmak için daha etkili bir iletişim aracı haline geleceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Etkili sağlık hizmetleri tasarlamak, sağlık hizmeti bağlamının çok bileşenli doğası nedeniyle zorlayıcı olabilmekte; bu nedenle sağlık alanında çalışan tasarımcı ve tasarım araştırmacıları çeşitli yöntem ve araçlara ihtiyaç duymaktadır. Bu doğrultuda, yolculuk haritalama yöntemi, bakımdaki boşlukların belirlenmesinden sağlık hizmeti alıcılarının ihtiyaçlarının anlaşılmasına kadar geniş bir ölçekte yüksek bir potansiyele sahiptir ve giderek daha fazla kullanılmaktadır. Ancak, literatürde yöntemi belgeleyen çok az sayıda çalışma bulunmakta ve yöntemin kullanımına yönelik standardizasyon eksikliği kafa karışıklığına yol açmaktadır. Bu bağlamda, bu tez çalışması tümevarımsal bir vaka çalışması aracılığıyla sağlık hizmeti tasarım sürecini kolaylaştırmak amacıyla bir yolculuk haritası kanvasının geliştirilmesine ve kullanılmasına odaklanmıştır. Bu kapsamda yürütülen çalışmalar ise;

‘Bir sağlık hizmeti deneyimini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirebilmek için yolculuk haritalama yöntemi nasıl kullanılır?’ temel araştırma sorusu çerçevesinde, aşağıdaki alt araştırma soruları doğrultusunda şekillenmiştir:

- S.1. Sağlık hizmeti tasarımında kullanılacak bir yolculuk haritası kanvası nasıl oluşturulur?
 - S.1.1. Diyagram türünde standartlaşma için neler yapılabilir?
 - S.1.2. Kanvasın terminolojisinin standartlaştırılması için neler yapılabilir?
- S.2. Sağlık hizmeti tasarımına yönelik bir yolculuk haritası kanvası nasıl kullanılır?
 - S.2.1. Kanvasın kullanım adımları nasıl tanımlanabilir?
 - S.2.2. Kanvasın kullanım adımlarının standardizasyonu için neler yapılabilir?
- S.3. Sağlık hizmeti tasarımına yönelik bir yolculuk haritası kanvası aracılığıyla yeni bir hizmet sunumu nasıl gerçekleştirilir?



Şekil 5.1 : Araştırma süreci ve çıktıları.

Bir sonraki bölümde, belirtilen bu araştırma soruları çerçevesinde yürütülen tez çalışmasının araştırma süreci ve bulgularını içeren bir özet yer almaktadır (Şekil 5.1).

5.1 Araştırma Bulgularının Genel Özeti

Çok katmanlı kimlikleri temsiliyet açısından bölgesel anestezi altında sezaryen doğumun vaka olarak seçildiği çalışmada, ilk olarak dijital arşiv taramasını içeren bir ön araştırmanın ardından derlenen çevrim içi anlatıların tematik analizi yapılmıştır. Çevrimiçi anlatılardan elde edilen temalar (Şekil 4.4) yolculuk haritalarında kullanılan temel ontolojiye (Şekil 4.5) dayanarak organize edilmiş ve 3 adımda sağlık hizmeti tasarımı için bir yolculuk haritası kanvası prototipi oluşturulmuştur (Şekil 4.7) (bkz. Bölüm 4.1.2):

- Adım 1: Arka planı ve ana aktörü anlamak
- Adım 2: Eksenleri tanımlamak
- Adım 3: İlgörü ve fırsatları oluşturmak

Oluşturulan yolculuk haritası kanvasının bileşenlerini doğrulamak amacıyla ise kanvasın bileşenlerini oluşturan temalara yönelik bir soru seti (Şekil 4.10) hazırlanarak bölgesel anestezi altında sezaryen doğum yapan 10 katılımcıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşme verileri, temaları tutarlılık ve çeşitlilik bakımından doğrulamak için tematik analize tabi tutulmuş; ardından hem kanvasın nasıl kullanılabileceğini göstermek hem de temsil etme yeteneğini değerlendirebilmek amacıyla veriler bir örnek haritalama şablonuna (Şekil 4.13) işlenerek kanvasın kullanımına yönelik 6 adım sunulmuştur (bkz. Bölüm 4.2.2):

- Adım 1: Bakım yolculuğunun ana aşamaları ve alt aşamalarının tanımlanması
- Adım 2: Aktörler ve karşılıklı bağımlılıkların tanımlanması
- Adım 3: Merceğin haritalanması
- Adım 4: Deneyimin haritalanması
- Adım 5: Ana aktör ile diğer aktörler arasındaki etkileşimin haritalanması
- Adım 6: İlgörü ve fırsatların oluşturulması

Bu temel 6 adıma ek olarak, ‘haritanın yüksek çözünürlükte görselleştirilmesi’ olacak şekilde 7. bir adım önerilmiştir. 1. ve 2. Adımlar, yolculuk haritası kanvasına verileri

işlemeye hazır hale getirmek amacıyla yürütülen ön çalışmaları içerirken, geriye kalan adımlar haritayı oluşturmak için verilerin kanvasa nasıl işlendiğine yönelik temel adımları ortaya koymuştur. Ayrıca 2. Adımda, tezin vaka çalışmasına ait bir aktör haritası ile 5. Adımda, ilgili sağlık hizmeti bağlamındaki tüm aktörlerin (insan aktörler ve insan olmayan aktörler) bakım yolculuğuyla ilişkilerini gösteren bir temas noktası haritası olacak şekilde çeşitli ek dokümanlar oluşturulmuştur.

Bu adımların tamamlanmasının ardından ise önerilen kanvas aracılığıyla ortaya çıkan yolculuk haritalarının bir eylem planına dönüştürülebilmesi amacıyla hizmet tasarım sürecinin aşamaları (Stickdorn vd., 2018) temel alınarak bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetine yönelik bir hizmet prototipi oluşturmaya yönelik adımları ve ek şablonları içeren bir öneri seti sunulmuştur (bkz. Bölüm 4.3.2):

- Adım 1: İçgörü ve fırsatların hizalanması
- Adım 2: Fırsatların gruplanması ve optimizasyonu
- Adım 3: Bakım yolculuğuna ait yeni aşamaların tanımlanması
- Adım 4: Fırsatların yeni aşamalara yerleştirilmesi

4. adımın ardından ise, ortaya çıkan hizmet prototipi taslağında, önerilen bakım yolculuğuyla uyumlanacak şekilde seçimler yapılması, yeni öneriler üzerinden alternatif rotalar geliştirilmesi ve multidisipliner bir ekiple nihai kararların alınmasının ardından ise bir hizmet planı oluşturulması önerilmiştir.

Çizelge 5.1 : Kanvasın temsil yeteneğine ilişkin değerlendirmeler.

Kanvasın Temsil Yeteneği		Öneriler
Güçlü Yanları	Uyarlanabilirlik	
	Grafiksel dışsallaştırma ortamı sunmak	
	Geri bildirimi teşvik etmek	
	Ontolojik kısıtlamalar sağlamak	
	İşbirliğini teşvik etmek	
	Erişilebilirlik (kullanım kolaylığı) ve adapte edilebilirlik	
	Holistik bakış açısı sunmak	
Sınırlı Yanları	Bileşen Sayısı	• Kanvasın parçalı sunumu: A, B (B.1, B.2, B.3) ve C (Şekil 4) bölgelerinin paydaşlara ayrı ayrı sunulması
	Veri Hacmi	• Bakım yolculuğunun her aşamasının ayrı haritalanması: Birden fazla yolculuk haritası ve ek yapılar oluşturarak bir havuz oluşturmak
	Okunabilirlik	• Yüksek çözünürlüklü görselleştirme

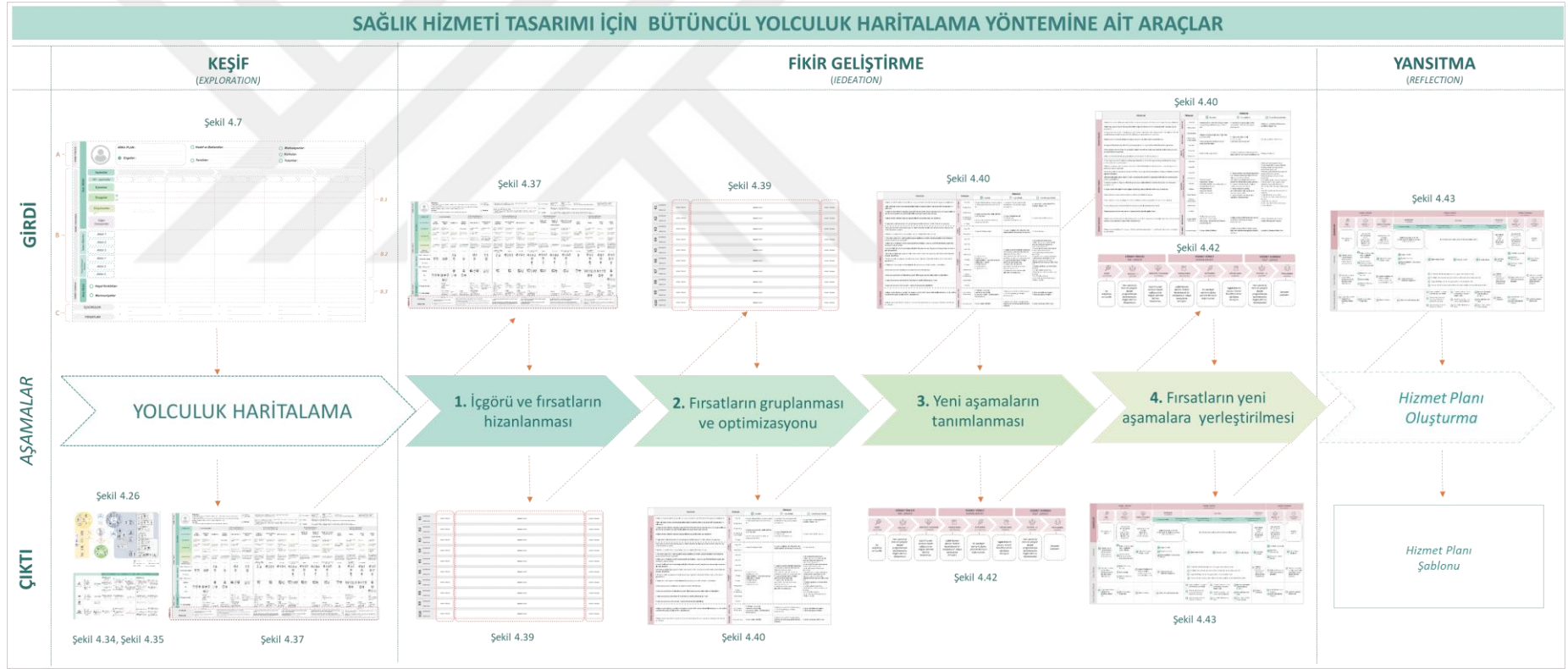
Yürütülen bu çalışmaların ardından ise tezin temel çıktısını oluşturan sağlık hizmeti tasarımına yönelik yolculuk haritası kanvasının temsil yeteneğini değerlendirmek üzere bir tartışma ortaya konmuştur. ‘Modelleme araçlarının etkinliğini değerlendirme ilkeleri’ (McCarty ve diğ, 2016) temel alınarak ele alınan tartışmada kanvasın temsil etme yeteneğine yönelik güçlü ve sınırlı yanlarını içeren değerlendirmelerin yanı sıra kullanımına yönelik iyileştirme önerileri de sunulmuştur (Bkz Bölüm 4.3). Yürütülen bu çalışmalara ait bulguların özeti Çizelge 5.1’de yer almaktadır.

Temelde, sağlık alanında çalışan tasarımcılar ve tasarım araştırmacıları için sağlık hizmeti tasarım sürecini kolaylaştırmak amacıyla tümevarımsal bir vaka çalışması aracılığıyla bir yolculuk haritası kanvasının geliştirmesi ve kullanılması hedeflenerek yürütülen tüm bu çalışmalarla, tezin temel araştırma sorusu olan *‘bir sağlık hizmeti deneyimini bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirebilmek için yolculuk haritalama yönteminin nasıl kullanılacağı’* ortaya konarak tezin alt araştırma sorularının tamamının karşılandığı düşünülmektedir:

- C.1, C.1.1, C.1.2: Bölüm 4.1.2’de yolculuk haritası ontolojisi temel alınarak oluşturulan kanvas (Şekil 4.7), farklı sağlık hizmeti bağlamlarına uyarlanabilir bileşenleriyle (Şekil 4.8) terminoloji ve diyagram türünde bir standartlaşma sağlamak adına bir örnek teşkil etmektedir.
- C.2, C.2.1, C.2.2: Bölüm 4.2.2’de kanvasın kullanımına yönelik sunulan adımlar, sağlık hizmeti tasarımında yolculuk haritalama yöntemini kullanmaya yönelik bir standardizasyon geliştirilebileceğini göstermektedir.
- C.3: Bölüm 4.2.3’te kanvas aracılığıyla bir hizmet prototipi oluşturmaya yönelik önerilen adımlar, bir yolculuk haritasının eylem planına nasıl dönüştürüleceğini ve yeni bir hizmet sunumunun nasıl gerçekleştirileceğini açıklamaktadır.

Yürütülen bu çalışmalarla bir sağlık hizmeti tasarımı için bütüncül bir yolculuk haritalama yöntemi önerisi ortaya konmakta; yolculuk haritası kanvasının temel araç olarak kullanıldığı bu yöntem, yeni bir hizmet sunumu ortaya koymak için ek araçları da içermektedir (Şekil 5.2, EK M). Yöntemin adımlar halinde görselleştirildiği Şekil 5.2’de her bir adımın çıktısı, bir sonraki adımın girdisine karşılık gelmektedir.

Bu çalışmalar göz önünde bulundurularak, bir sonraki bölümde araştırmanın sağlık hizmeti tasarımına olan potansiyel etkileri üzerine bir değerlendirme sunulmaktadır.



Şekil 5.2 : Sağlık hizmeti tasarımı için bütüncül yolculuk haritalama yöntemine ait araçlar.

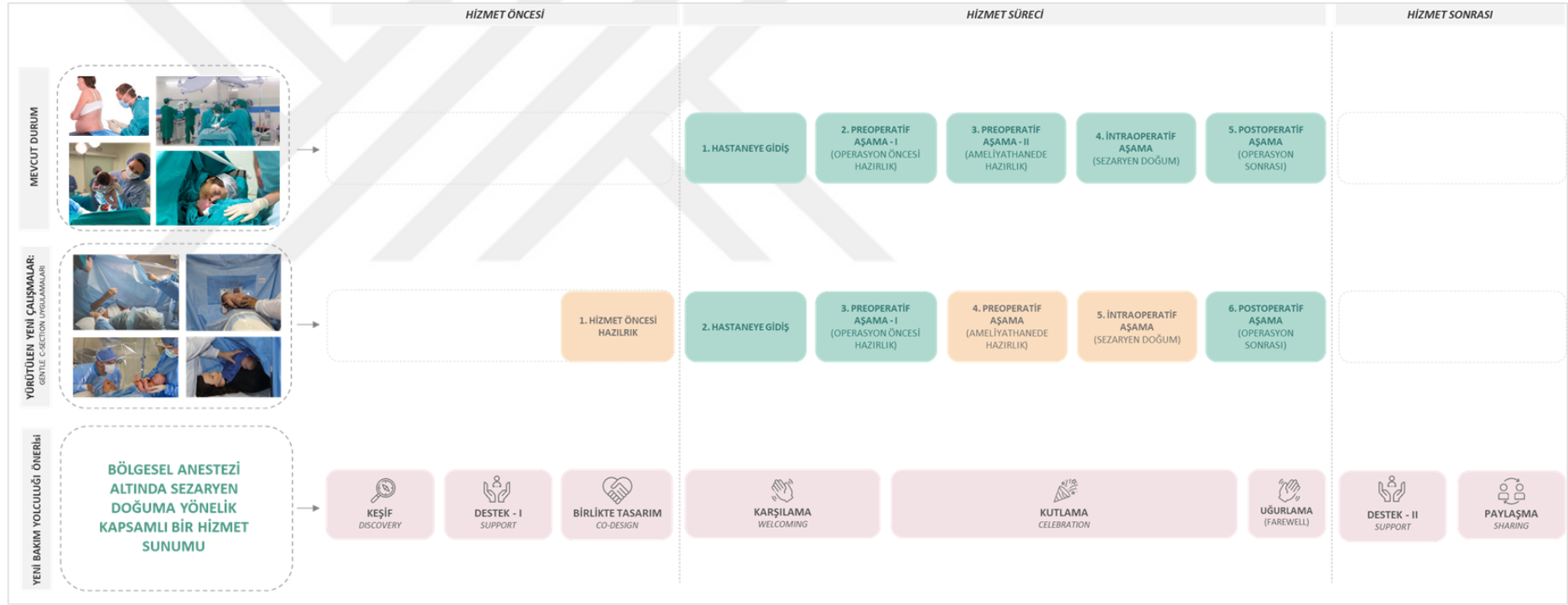
5.2 Araştırmanın Sağlık Hizmeti Tasarımına Yönelik Potansiyel Etkilerinin Değerlendirilmesi

Sağlık alanında çalışan tasarımcılar ve tasarım araştırmacıları için sağlık hizmeti tasarım sürecini kolaylaştırmak amacıyla tümevarımsal bir vaka çalışması aracılığıyla bir yolculuk haritası kanvasının oluşturulması ve kullanılmasına yönelik yürütülen bu tez çalışmasının sağlık hizmeti tasarımına olan potansiyel etkileri *önerilen kanvas* ve *araştırma süreci olacak* şekilde iki farklı perspektiften değerlendirilmektedir.

5.2.1 Önerilen kanvasın sağlık hizmeti tasarımına olan potansiyel etkileri

İlk olarak, önerilen kanvas (Şekil 4.7), bölgesel anestezi altında sezaryen doğumunun bütünsel bir sunumunu temsil etse de, sahip olduğu jenerik bileşenler aracılığıyla farklı sağlık hizmeti bağlamlarında da kullanılma potansiyeli taşımaktadır. Sadece ana aktörün deneyimine değil, aynı zamanda ana aktörün diğer aktörlerle etkileşimlerine de odaklandığından, bir deneyimin daha geniş ve yapılandırılmış bir görünümünü sunmaya olanak tanımaktadır (Şekil 4.7, B.2). Kanvasın ontolojisi, kısıtlamalar getirerek deneyimleri değerlendirmek için bir sınır çerçevesi sağlarken; verilerin hizalanması ve karşılaştırmalı analizini kolaylaştırmaktadır. Grafik formatta haritalar üretme konusunda kullanıcıyı destekleyen aracın, tasarım profesyonelleri ve tasarım araştırmacıları tarafından kullanılmasının yanı sıra, çok disiplinli ekiplerde tamamlayıcı bir role sahip olmasıyla uygulayıcılar ve sağlık profesyonelleri gibi diğer paydaşlar için de faydalı olabileceği; böylelikle tasarımcılar ve farklı paydaşlar arasında yaratıcı düşünciyi teşvik ederek sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi süreçlerini kolaylaştıracağı öngörülmektedir.

Ayrıca önerilen kanvas, geleneksel yöntemlere kıyasla, bütüncül bir bakış açısı sunarak anlatılara dayalı deneyimleri bağlamsal çerçevede sorgulama ve değerlendirme imkanı sunmaktadır. Bu nedenle kanvasın, tasarım araştırmalarının özellikle ilk aşamalarında (keşif araştırma) veri analizini kolaylaştırmaya ve sorunların derinlemesine tanımlanmasına destek olacağı; böylelikle daha holistik bir perspektiften tasarım çözümleri üretilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Örneğin Şekil 5.3'te bölgesel anestezi altında sezaryen doğum deneyimine ait bakım yolculuklarının mevcut durum, nazik sezaryen uygulamaları ve tez kapsamında sunulan yeni hizmet sunumuna ait aşamalarının karşılaştırması yer almaktadır.



Şekil 5.3 : Bölgesel anestezi altında sezaryen doğum hizmetini içeren bakım yolculuklarının karşılaştırılması.

Bu karşılaştırma (Şekil 5.3) göz önünde bulundurulduğunda, önerilen kanvasın sadece hizmet sürecine ait değil, aynı zamanda hizmet öncesi ve hizmet sonrası süreçleri de kapsayan içgörüler (bkz. Çizelge 4.5, Şekil 4.40) elde edilmesine; böylelikle daha bütüncül bir hizmet tasarımının ortaya konulmasına yardımcı olduğu görülmektedir (Şekil 4.42, Şekil 4.43).

Çizelge 5.2 : Sezaryen doğum yapan kadınların gruplandırılması.

Kadınların Doğum Tercihleri ve Doğum Şekillerine Göre Oluşturulan Gruplar		Doğum Hikayelerinin Gruplara Göre Dağılımı
Vajinal Doğum Odaklı Planlı Sezaryen Doğum Yapan Kadınlar	Bu gruba dahil olan kadınlar, gebelik süreçlerini vajinal doğum odaklı geçirmelerine rağmen, süreç içerisinde çeşitli sebeplerden ötürü (kilo, makat duruş, beklenen doğum tarihinin gecikmesi vs.) planlı sezaryen ile doğum yapmaktadır.	• Hekim yönlendirmesiyle planlı sezaryen yapan kadınlar (kilo, bebeğin normal doğum haftasında gelmemesi) (Örn: D3, D4, D5, D8, D11; K1; P1) • Sağlık problemi sebebiyle planlı sezaryen olmak zorunda olan kadınlar (Örn: D1, D2, D7, D9, D10; K2, K5; P2) • Süreç içerisinde fikir değiştiren kadınlar (Çatı muayenesinin iyi geçmemesi, sonradan oluşan vajinal doğum korkusu, beklenen doğum tarihi geçince kendi isteğiyle sezaryene karar verme) (Örn: D6, D12; K3)
Vajinal Doğum Odaklı Planlanmamış Sezaryen Doğum Yapan Kadınlar	Bu gruba dahil olan kadınlar, gerekmedikçe sezaryen doğumdan kaçınmaktadır. Bu nedenle gebeliklerini vajinal doğumu bekleyerek geçirmekte, doğum başladıktan sonra doğumun gerçekleşmemesi / ilerlememesi durumunda 'planlanmamış sezaryen' ile doğum yapmaktadır.	• Vajinal doğum ilerlemeyince planlanmamış sezaryen ile doğum yapan kadınlar (Örn: D16, D19, D20, D21, D25, D26, D28, D29; K6, K7, K8, K10) • Ani gelişen bir sağlık durumu sebebiyle (acil olarak) planlanmamış sezaryen ile doğum yapan kadınlar (Örn: D18, D22 D23, D24, D27, D30; K9; P3) • Sağlık profesyonellerinin baskısıyla planlanmamış sezaryen ile doğum yapan kadınlar (Örn: N17)
Sezaryen Doğum Odaklı Planlı Sezaryen Doğum Yapan Kadınlar	Bu gruba dahil olan kadınlar, gebelikleri boyunca sezaryen doğum odaklı olup bütün süreci bu şekilde planlamaktadır.	• Vajinal doğumu yapacak güveni kendinde bulamadığı için sezaryen kararı alan kadınlar (Örn: D13, D14) • Vajinal doğuma yönelik müdahaleleri korkutucu bulduğu için sezaryen kararı alan kadınlar (Örn: D15; K4)
Sezaryen Doğum Odaklı Planlanmamış Sezaryen Doğum Yapan Kadınlar	Bu gruba dahil olan kadınlar, gebelikleri boyunca sezaryen doğum odaklı olup ani gelişen bir sağlık durumu sebebiyle planlanan doğum tarihinden önce sezaryen doğum yapmaktadır.	• Ani gelişen bir sağlık durumu sebebiyle (acil olarak) planlanmamış sezaryen ile doğum yapan kadınlar* *Dijital arşiv taramasında bu gruba dahil olan doğum hikayeleri olmasına rağmen tezin örneklem kriterlerini karşılamadığı için çalışmada yer almamaktadır.

Vaka özelinde elde edilen çıktıları bakıldığında ise, kanvas aracılığıyla doğrudan gerçek kişilerden elde edilen verilerle oluşturulan haritaların, tasarımcıların ve tasarım araştırmacılarının zihinsel modelleri daha iyi anlamalarına (McCarthy ve diğ, 2016) ve daha geniş bir popülasyonu değerlendirmelerine yardımcı olan personalar üzerinde de oluşturulabileceği düşünülmektedir. Örneğin Çizelge 5.2’de tez çalışması kapsamında yapılan dijital arşiv taramasından elde edilen bir ön çalışmada, sezaryen doğum yapan kadınların tercih ettikleri doğum türleri ile gerçekleştirdikleri doğum şekillerini temel alan bir korelasyona göre oluşturulmuş farklı katılımcı profilleri yer almaktadır. Bu ve bunun gibi (örn. tüm doğum şekillerine açık olan bir katılımcı profili) farklı profilleri temel alan her bir persona ve kurgusal senaryo için ilgili sağlık

hizmetine yönelik pek çok farklı yolculuk haritası oluşturularak daha derinlemesine bir araştırma yürütülebileceği öngörülmektedir.

Bakım sağlayıcıların perspektifinden değerlendirildiğinde ise, sağlık hizmeti tasarımının en temel hedeflerden biri değer yaratmaktır. Bu nedenle, değer temelli sağlık hizmeti konseptlerini benimseyen hizmet sağlayıcılar için bir sağlık hizmeti alıcısının bakım yolculuğuna değer katmayan faaliyetlerin ortadan kaldırılmasının yanı sıra sistemdeki tüm aktörlerin çıkarlarını birleştirmek temel hedeflerden biri olmaktadır (Waring ve Bishop, 2010; Brandao de Souza, 2009; Porter, 2010). Bu açıdan, önerilen kanvasın B.2 Bölümü'nün ilgili sağlık hizmeti bağlamındaki ana aktörün diğer aktörlerle olan etkileşimlerinin tümünü içerdiği göz önünde bulundurulduğunda; sadece tasarım araştırmacıları için değil, aynı zamanda değer temelli konseptleri benimseyen bakım sağlayıcılar için de faydalı olacağı düşünülmektedir.

Ayrıca, değer odaklı yaklaşımların uygulanabilmesi için bakım sağlayıcıların, potansiyel sağlık hizmeti alıcılarının kendilerine sunulan hizmetlerde neye değer verdiklerini anlamak amacıyla çok katmanlı kimlik yaklaşımını benimsemeleri; böylelikle hizmet alan bir kişinin sadece bir hasta olmadığının, aynı zamanda birer müşteri ve eşsiz birey olduğunun da farkında olmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Moeke ve van Andel, 2017). Bu doğrultuda ise, kanvasın özellikle *tercihler*, *motivasyonlar*, *tutumlar* gibi ana aktörü tanımaya yönelik bileşenlerini içeren mercek bölümü (A), değer temelli konseptleri (Yalın Yönetim gibi) benimseyen hizmet sağlayıcılar için bir sağlık hizmeti alıcısının çok katmanlı kimliklerini anlayabilmek adına kolaylaştırıcı bir role sahip olurken; tasarımcı ve tasarım araştırmacıları için de kişi merkezli bakımı temel alan sağlık hizmeti tasarımlarının ortaya konmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bununla birlikte özellikle son dönemde sağlık sektörü alanında faaliyet gösteren profesyonellerin (bakım sağlayıcılardan nörobilim vb. alanlarda çalışan kişilere kadar) tasarımcılarla işbirliği yapma isteği bulunmasına karşın bu ortaklık sürecinde sağlık sektörü gibi bilinmeyen tasarım alanları için proje hedefi ve beklenen çıktıların tasarımcı veya tasarım ekibine aktarılmasında bazı zorluklar olabilmektedir. Bu nedenle hem uzman hem de uzman olmayan kişiler için kullanım kolaylığı sağlayan kanvasın, sadece tasarım çözümleri oluşturmak için değil, aynı zamanda multidisipliner bir ekip içerisinde ortaklık sağlayacak net bir anlayış oluşturmak için

tasarım kriterlerinin belirlenmesi ve bir tasarım brifi (design brief) oluşturulması için de kullanılabilecek bir araç olabileceği düşünülmektedir. Bu yolla oluşturulan bir tasarım brifinin daha kapsamlı, net ve hedef odaklı olması sağlanırken, projenin hem kişi merkezli bakımı destekleme konusunda daha etkin olmasını; hem de deneyimleri ve süreçleri detaylandırarak müdahale alanlarının daha rahat belirlenmesine yardımcı olacağı öngörülmektedir. Böylelikle, projede işbirlikçi konumda olan bir tasarımcı veya tasarım ekibinin ilgili sağlık hizmeti bağlamını ve projeyi daha iyi anlamasını sağlayarak daha kısa sürede etkili çözümler üretmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte bir tasarımcı veya tasarım araştırmacısının medikal olmayan bir arka plandan sağlık hizmeti sürecini aktarabilmesine yardımcı olan kanvasın, sağlık profesyonelleriyle olan simbiyotik ilişkileri de güçlendireceği öngörülmektedir.

Son olarak, yolculuk haritalarının evrimleşme sürecine bakıldığında kağıt çıktıları üzerine post-it notlarla farklı paydaşlar arasında ortak bir iletişim aracı olarak kullanılmaya başlayan bu yöntem, zamanla özel yazılımların geliştirilmesiyle dijital tasarım araçlarına (örneğin Miro, Mural vb. platformlardaki hazır şablonlar) dönüşmüştür. Günümüzde ise artık yolculuk haritalama paradigmalarının, makine öğrenimi, büyük veri ve yapay zekanın olgunlaştığı bir ortamda, sağlık hizmeti tasarımı için daha önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir (Ly ve diğ., 2021). Yapay zeka teknolojilerinin sürece dahil edilmesiyle birlikte, özellikle pazarlama sektöründe müşteri yolculuğu haritalama yeteneklerinin önemli ölçüde genişlediği; bu entegrasyonun gerçek zamanlı içgörüler ve öngörücü analizler sağlama konusunda geleneksel yolculuk haritalama yöntemlerini geliştireceği ifade edilmektedir (Clark, 2024). Bununla birlikte sağlık hizmeti ortamları gibi karmaşık insan davranışlarını ve tercihlerini yorumlamanın genellikle önemli miktarda zaman ve çaba gerektirmesi göz önünde bulundurulduğunda, yapay zeka teknolojilerinin veri analizini otomatikleştirerek bu durumu önemli ölçüde değiştirmeyi vaat ettiği, aynı zamanda gelecekteki müşteri davranışlarını daha yüksek doğrulukla tahmin edebileceği ve kişiye özel deneyimler oluşturulabileceği belirtilmektedir (Henderson, 2023). Bu doğrultuda, tez çalışması kapsamında önerilen kanvasın çoklu ve karmaşık verilerin analizi, yapılandırması ve sunumunda, temel bilgilere odaklanmaya yardımcı olmasının yanı sıra sağlık hizmeti tasarımına yönelik geliştirilmiş dijital araçların da ortaya konmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun neticesinde ise, özel

yazılımlar geliştirilerek yapay zeka araçlarıyla birleştirilen bu araçlar daha hızlı ve yüksek çözünürlüklü çıktılar elde edilmesini ve zamandan tasarruf edilmesine yardımcı olacaktır. Aynı zamanda derinlemesine davranışsal içgörüler sunarak kişiselleştirilmiş bir hizmet sunumunu mümkün kılarken, olası ihtiyaçları öngörerek sağlık hizmeti tasarımına yönelik gelecek durum haritaları oluşturulmasına da zemin hazırlayacaktır. Bu proaktif yaklaşım, problemleri alanların hizmet alıcısını etkilemeden önce çözülmesini sağlarken, hizmet sağlayıcıların bakım kalitelerini artırmalarına da katkıda bulunacaktır.

5.2.2 Araştırma sürecinin sağlık hizmeti tasarımı olan potansiyel etkileri

Tez çalışmasının temel çıktısı sağlık hizmeti tasarımı için bir yolculuk haritası kanvası olsa da kanvasın geliştirilme sürecinde kullanılan bazı yöntemsel yaklaşımların da literatüre sunduğu katkılar bulunmaktadır.

- En genel perspektiften bakıldığında, kanvasın oluşturulması ve kullanılmasına yönelik yürütülen araştırma sürecinin (bkz. Şekil 5.1), sağlık hizmeti tasarımı yönelik yeni yolculuk haritalama araçları geliştirmek amacıyla yapılacak çalışmalara rehberlik edebileceği, bu sayede diyagram türü ve kullanımında tam bir standardizasyon yakalanabileceği öngörülmektedir. Aynı zamanda, yürütülen çalışmaların adımlar halinde açıklanmasının, yöntemi belgeleme konusunda da diğer araştırmacıları destekleyeceği düşünülmektedir. Böylelikle sağlık hizmeti tasarımı alanında çalışan tasarım ve tasarım araştırmacıları için yolculuk haritalama yönteminin kullanımı yaygınlaşırken, yürütülen çalışmaların raporlanmasıyla alan yazının zenginleşmesine önemli bir katkı sağlanacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte önerilen kanvasın yanı sıra kanvas aracılığıyla yeni bir hizmet sunumunun nasıl gerçekleştirileceğine yönelik adımlar sunulması ve bu adımları gerçekleştirmeye yönelik ek araçlar önerilmesinin de (bkz. Bölüm 4.3.2, EK M) tasarımcı ve tasarım araştırmacılarının sağlık hizmeti tasarım süreçlerini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.
- Sağlık alanında çalışan tasarım araştırmacıları, özellikle hassas durumlarla ve savunmasız gruplarla görüşmeler yaparken etik koşulları yerine getirme konusunda önemli zorluklarla karşılaşabilmekte; bu nedenle, görüşme sorularının yapısı oldukça önemli olmaktadır. Bu doğrultuda, kanvasın kullanılabilirliği için hazırlanan soru setinin, tasarım araştırmacılarına yol gösterme ve farklı sağlık

hizmeti bağlamlarına uyarlanabilme potansiyeline sahip olduğu düşünülmektedir. Sorular, ‘zirve-son bellek yanlılığı’ nı önlemek amacıyla duygusal durumlar yerine deneyimleri ortaya çıkaracak şekilde formüle edilmiştir. Araştırmanın etik açıdan güvenilirliğini artıran bu yaklaşımın, aynı zamanda araştırmacıyı da koruduğu söylenebilmektedir.

- Ayrıca, bilinmeyen tasarım alanlarını keşfetmenin tasarımcı ve tasarım araştırmacıları için zorluğu da göz önünde bulundurulduğunda, görüşme sorularının oluşturulmasında, kullanılan dil ve terminolojiye ilişkin bir dokümantasyon yapılmasını içeren yaklaşımın da sağlık hizmeti tasarımına yönelik araştırmalarda, görüşme katılımcılarıyla kurulacak iletişimi güçlendireceği ve söylenenleri anlamlandırma konusunda araştırmacıyı destekleyerek verilerin analiz sürecini kolaylaştıracağı öngörülmektedir.
- Bununla birlikte, kanvasın kullanımına yönelik oluşturulan sorularda, bakımda ortak karar vermenin (shared decision making) önemi göz önünde bulundurularak, *tavsiyeler* temasına yönelik içerik oluşturulması, görüşme katılımcılarını içgörü ve fırsatların oluşturulması aşamasında sürecin birer aktif paydaşı konumuna getirmekte ve araştırmacı içgörülerinin oluşturulmasını kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle, önerilen bu yaklaşımın haritalama aşamasında farklı paydaşlarla bir araya gelmenin zor olduğu durumlarda tasarımcı ve tasarım araştırmacısını destekleyerek, fikir geliştirme sürecini hızlandıracağı ve daha etkili çözümlerin sunulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Görüşme sorularının yanı sıra, tez çalışması kapsamında sunulan görüşme prosedürünün de, bir mülakat protokolünün hazırlanmasından (EK E), katılımcılara gönderilecek elektronik postalara (EK G) kadar adım adım açıklanması, sağlık hizmetine yönelik çalışmalar yürütecek diğer araştırmacıları, görüşme sürecini organize etme ve daha etkili zaman yönetimi yapma konusunda destekleyeceği düşünülmektedir.
- Bunlara ek olarak çevrim içi anlatıları dokümante etmek için bir yöntem olarak önerilen belge portrelerinin kullanılması da, sağlık hizmetine yönelik yürütülecek çalışmalarda etik koşulları sağlamak için doğrudan alıntı yapılamayan durumlarda, araştırma verilerinin kolay raporlanması ve etkili sunulması konusunda da tasarım araştırmacılarını destekleyecektir.

- Son olarak, kanvasın kullanımına yönelik adımları göstermek amacıyla Excel elektronik tablolar kullanılarak oluşturulan örnek haritalama şablonunun yöntemsel olarak kullanımının, multidisipliner ekiplerin çalışmasını kolaylaştırabileceği; özellikle de tasarımcı ve tasarım araştırmacılarına kıyasla görece tasarım araçlarını kullanma oranları daha düşük olan disiplinler için haritalama sürecine paydaş katılım oranını artırabileceği öngörülmektedir. Böylelikle çok disiplinli ekiplerden oluşan haritalama çalışmalarıyla daha etkili ve güvenilir araştırma çıktıları elde edileceği düşünülmektedir.

Literatüre sunulan bu katkılarla birlikte ise araştırma sürecinin, temel olarak tezin teorik arka planında sunulan sağlık hizmeti tasarımına yönelik çalışmalarda karşılaşılan zorluklarla başa çıkma konusunda tasarım araştırmacılarını destekleyeceği, sağlık sektörüne yönelik daha fazla çalışma üretilmesi konusunda teşvik edeceği ve böylelikle iyi tasarlanmış sağlık hizmetlerinin yaratılmasına katkıda bulunabileceği öngörülmektedir.

5.3 Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Gelecekteki Çalışmalar

Yolculuk haritaları kişi merkezli bir bakış açısı sağlamakta (Marquez ve diğ, 2015) ve genellikle sağlık hizmeti alıcısının perspektifinden bir sağlık hizmeti deneyimini sunmak amacıyla kullanılmaktadır (McCarthy ve diğ, 2016). Bu bağlamda, sağlık hizmeti deneyimi hakkında bilgi edinmenin en etkili yolunun sağlık hizmeti alıcısıyla doğrudan ve yüz yüze temas kurmak olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Layton ve diğ, 1998; Simonse ve diğ, 2019). Bu görüş doğrultusunda da bu tez çalışmasında, ilgili vaka çalışmasının ana aktörü olan annenin bakış açısından elde edilen verilere dayanarak yolculuk haritaları oluşturulmuştur. Ancak, yeni bir hizmet sunumunun yalnızca tek taraflı bir bakış açısıyla tasarlanması, güvenilirliği konusunda endişelere yol açabilmektedir. Bu nedenle, yolculuk haritalarının bakım sağlayıcılar gibi farklı aktörlerin bakış açılarından da oluşturularak hizalanması (meta-hizalama diyagramları kullanılarak) veya ikili deneyim haritaları (dual experience map) kullanılarak karşılaştırmalı analizler yapılması, araştırma çıktılarını geliştirecek ve deneyimin farklı perspektiflerden daha kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlayacaktır.

Bununla birlikte bu tez çalışması, temelde sağlık hizmetine yönelik bir yolculuk haritası kanvası sunmak ve kullanımına yönelik adımlar geliştirmeyi hedeflemesinin yanı sıra bir vaka çalışması aracılığıyla yürütüldüğü için bağlama yönelik çıktılar da

sunmaktadır. Ancak, haritalama sürecini aktarırken, bölgesel anestezi altında sezaryen doğum vakasına ait *bakım yolu ve yolculuğuna ait aşamalar ve alt aşamaların* (bkz. Şekil 4.15, Şekil 4.17, EK İ), *aktör haritası ve karşılıklı bağımlılıkların* (bkz. Şekil 4.26), *aktörlerin yapılandırılmış sunumunu içeren dışsallaştırmaların* (bkz. Şekil 4.34, Şekil 4.35) kesinleştirilmiş sonuç çıktılar olmadığını belirtmek önemlidir. Paylaşılan bu bulgular, bir hizmet sunumuna yönelik haritalama yönteminin anlatılmasını temel alan bu tez çalışması kapsamında sürecin nasıl yürütüleceğini ve ne tür çıktılar sunulabileceğini ortaya koymak adına gösterilen örneklerdir. Bu çıktıların kesin sonuçlar olabilmesi için sağlık profesyonellerini içerecek şekilde multidisipliner bir ekip çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Ancak tezin teorik arka planında belirtildiği gibi sağlık alanında çalışan tasarım araştırmacıları için bilinmeyen bir sağlık hizmeti bağlamını keşfetmenin detaylı bir ön araştırma gerektirmesi, bağlamın karmaşık doğasından kaynaklı verilerin analizi ve haritalama sürecinin uzun süreler alması göz önünde bulundurulduğunda sağlık profesyonellerini içeren multidisipliner bir ekiple bir araya gelebilmek ve etik koşulları sağlamak farklı bir zaman yönetimi süreci gerektirmiştir. Bu nedenle bu tez çalışması kapsamında ortaya konan çıktılar, zaman yönetimi açısından çevrim içi anlatılar ve yarı yapılandırılmış görüşmelerin yanı sıra kanıta dayalı uygulamaları içeren literatürle desteklenmiştir. Bununla birlikte literatürde, multidisipliner bir ekiple çalışırken paydaşları yolculuk haritalama sürecine dahil etmenin zor olabileceği ifade edilmesine rağmen (Kaplan, 2016b), farklı aktörlerin haritalama sürecine katılmaya davet edilmesi ve yolculuk haritalama sürecinde başkalarıyla işbirliği yapılması tavsiye edilmektedir (Kaplan 2016b; Cramer, 2022). Bu bağlamda, daha geniş bir zamana yayılacak bir süreç tasarımıyla, sağlık profesyonelleriyle atölye çalışmaları yapılması, odak grup tartışmaları ve görüşmeler gibi karma yöntemler kullanılması ortaya çıkan çıktıların bağlamsal kullanımının daha iyi anlaşılmasını ve değerlendirebilmesini sağlayacaktır. Ayrıca önerilen kanvas, bir vaka aracılığıyla belirli bir katılımcı grubuyla oluşturulmuştur. Bu nedenle ilgili aracın temsil gücünün, daha büyük katılımcı grupları ve çeşitli bölgelerden farklı paydaşlarla orantısal olarak artırılabilmesi öngörülmektedir.

Belirtilen tüm sınırlılıklara rağmen bu tez çalışması, sağlık hizmeti yolculuğunu ve sağlık hizmeti deneyimini daha geniş ölçekte keşfetmek için bir yolculuk haritalama aracı sunan az sayıda çalışmadan biridir. Bu çalışmayla, bir yolculuk haritası kanvası

aracılığıyla katılımcı anlatılarına dayalı bir deneyimin sistematik olarak düzenlenmesi ve sunulması için yöntemsel bir çerçeve sunulmaktadır. Bir vaka çalışması aracılığıyla oluşturulan kanvasının henüz değerlendirme aşamasında olduğunu belirtmek önemlidir. Bu bağlamda, taslak kanvasın farklı bağlamlarda kabul edilebilirliğini belirlemek için daha fazla araştırma yapılması gerekmekte; kanvasın etkinliğinin, farklı alanlardaki vaka çalışmaları yoluyla geliştirilebileceği öngörülmektedir. Bu nedenle de, sağlık hizmeti tasarımı için geri bildirim teşvik eden, içgörüler oluşturarak bakım sürecini iyileştirme fırsatı sunan, alan bilgisinin dışsallaştırılmasına yardımcı olan, uyarlanabilir ve erişilebilir yolculuk haritası kanvasları ortaya koymak için gelecekteki araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



KAYNAKLAR

- Afolabi, B. B., & Lesi, F. E.** (2012). Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004350.pub3>.
- Alves, J.** (2022, March 22). *Omnichannel customer journey maps – designing experiences across channels*. Smaply Blog. <https://www.smaply.com/blog/omnichannel-customer-journey>.
- Andreassen, T. W., Kristensson, P., Lervik-Olsen, L., Parasuraman, A., McColl-Kennedy, J. R., Edvardsson, B., & Colurcio, M.** (2016). Linking service design to value creation and service research. *Journal of Service Management*, 27(1), 21-29. <https://doi.org/10.1108/JOSM-04-2015-0123>.
- Arias, E., Eden, H., Fischer, G., Gorman, A., & Scharff, E.** (2000). Transcending the individual human mind—creating shared understanding through collaborative design. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 7(1), 84–113.
- Asiyanbola, O., Ohaeri, B., & Ojo, I. O.** (2022). Caesarean section: A delivery option and a life-saving method of delivery among pregnant women. *Commonwealth Journal of Academic Research (CJAR.EU)*, 3(12), 1-11. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7527418>.
- Avital, M., Boland, R. J., & Lyytinen, K.** (2009). Introduction to designing information and organizations with a positive lens. *Information and Organization*, 19(3), 153–161.
- Bate, P., & G. Robert.** (2006). “Experience-Based Design: From Redesigning the System around the Patient to Co-designing Services with the Patient.” *Quality and Safety in Health Care*, 15 (5): 307–310. [doi:10.1136/qshc.2005.016527](https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016527).
- Brandao de Souza, L.** (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*, 22(2), 121-139.
- Berghella, V.** (2024). *Cesarean delivery: Surgical technique*. UpToDate. Retrieved August 18, 2023, from <https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-surgical-technique>.
- Bearnot, B., & Mitton, J. A.** (2020). “You're always jumping through hoops”: Journey mapping the care experiences of individuals with opioid use disorder-associated endocarditis. *Journal of Addiction Medicine*, 14(6), 494–501. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000648>.

- Bogner, M. S.** (2007). The Artichoke Systems Approach for identifying the why of error. In P. Carayon (Ed.), *Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety* (pp. 109-126). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bruner, J. S.** (1996). *The culture of education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Camann, W.** (2016). The gentle family-centered cesarean. *Hypertension Research in Pregnancy*, 4, 48–52.
- Cambridge University Press.** (n.d.). Primiparous. In *Cambridge dictionary*. Retrieved August 12, 2023, from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/primiparous>.
- Cambridge University Press.** (n.d.). Multiparous. In *Cambridge dictionary*. Retrieved August 12, 2023, from <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/multiparous>.
- Capogna, G., & de Boer, H.** (2017). Humanization of Cesarean Section. In G. Capogna (Ed.), *Anesthesia for Cesarean Section* (pp. 193-204). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-42053-0_13.
- Caprari, E., Porsius, J. T., D'Olivo, P., Bloem, R. M., Vehmeijer, S. B. W., Stolk, N., & Melles, M.** (2018). Dynamics of an orthopaedic team: Insights to improve teamwork through a design thinking approach. *Work (Reading, Mass.)*, 61(1), 21–39. <https://doi.org/10.3233/WOR-182777>.
- Chamberlain, P., Wolstenholme, D., Dexter, M., & Seals, E.** (2015). *The State of the art of design in health: An expert-led review of the extant of the art of design theory and practice in health and social care*. Sheffield, Sheffield Hallam University.
- Cherif, E., Martin-Verdier, E., & Rochette, C.** (2020). Investigating the healthcare pathway through patients' experience and profiles: Implications for breast cancer healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 20(1), 735. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05569-9>.
- Clark, S.** (2024, May 7). *The benefits of combining customer journey mapping with AI*. CMSWire. <https://www.cmswire.com/customer-experience/the-benefits-of-combining-customer-journey-mapping-with-ai/>
- Conklin, J.** (2006). Wicked problems and social complexity. In *Dialog Mapping: Building Shared Understanding of Wicked Problems*. Wiley, Chichester.
- Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M.** (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC health services research*, 14, 271. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271>
- Cook, A.** (2017, December 28). *Case study: VA HIT modernization journey mapping. Making UX Better*. <https://makinguxbetter.com/portfolio/ehmp-journey-maps/>.
- Cox, R.** (1999). Representation construction, externalised cognition and individual differences. *Learning and Instruction*, 9(4), 343–363.

- Cox, R., & Brna, P.** (1994). Supporting the use of external representations in problem solving: The need for flexible learning environments. *AAI/AI-ED Technical Report No. 102*.
- Craig, C., & Chamberlain, P.** (2017). "Behaviours: Design and Behaviour Change in Health." *Design for Health*, edited by Emmanuel Tseklevs and Rachel Cooper, 191–203. New York: Routledge.
- Cramer, A.** (2022, October 20). *The basics of customer journey mapping*. Smaply Blog. <https://www.smaply.com/blog/customer-journey-mapping>
- Crunkilton, D. D.** (2009). Staff and client perspectives on the Journey Mapping online evaluation tool in a drug court program. *Evaluation and Program Planning*, 32(2), 119–128.
- Curry, J. M., McGregor, C., & Tracy, S.** (2007). A systems development life cycle approach to patient journey modeling projects. *Studies in health technology and informatics*, 129(Pt 2), 905–909.
- Çoker, H., Karabekir, N., ve Varlık, S.** (2015). Keşkesiz Doğum Modeli ve Ekibi, *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği - Özel Konular 2015*, 1(3):27-34.
- Dahlke, J. D., Mendez-Figueroa, H., Rouse, D. J., Berghella, V., Baxter, J. K., ve Chauhan, S. P.** (2013). Evidence-based surgery for cesarean delivery: An updated systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 209(4), 294-306. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.02.043>.
- Davey, N.** (2024, January 3). *Nine Customer Journey Map Examples – and What We Can Learn from Them*. <https://www.cxtoday.com/crm/nine-customer-journey-map-examples-and-what-we-can-learn-from-them/>
- Davies, E. L., Bulto, L. N., Walsh, A., Pollock, D., Langton, V. M., Laing, R. E., Graham, A., Arnold-Chamney, M., & Kelly, J.** (2023). Reporting and conducting patient journey mapping research in healthcare: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 83–100. <https://doi.org/10.1111/jan.15479>.
- Davis-Floyd, R.** (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(sup1), S5-S23.
- Dawson, S., Gerace, A., Muir-Cochrane, E., O'Kane, D., Henderson, J., Lawn, S., & Fuller, J.** (2017). Carers' experiences of accessing and navigating mental health care for older people in a rural area in Australia. *Aging & Mental Health*, 21(2), 216–223. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1078283>.
- Deepak, S.** (2022, May 25). *5 Customer Journey Map Examples You Can Learn From*. Smartkarrot. <https://www.smartkarrot.com/resources/blog/customer-journey-map-examples/>
- Desmet, P., & Hekkert, P.** (2007). "Framework of Product Experience." *International Journal of Design*, 1 (1): 57–70.

- Desmet, P.** (2021). DelftX MED01x: Design in Healthcare: Using Patient Journey Mapping, Module 3: Finding Emotions, Interview with Pieter Desmet. Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=tYsbE427hDU&ab_channel=ME D01xDesignforHealthCare%3AThePatientJourney
- Dominiek, C., Amanda, H., Georgina, C., Repon, P., Angela, M., Teena, C., & Donnoley, N.** (2021). Exploring variation in the performance of planned birth: A mixed method study. *Midwifery*, 98, 102988.
- Eaton, S., Roberts, S. & Turner, B.** (2015). Delivering person centred care in long term conditions. *BMJ*, 350, p.h181.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., & Sunnerhagen, K. S.** (2011). Person-centered care—Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>.
- Engelbart, D. C.** (1995). Toward augmenting the human intellect and boosting our collective IQ. *Communications of the ACM*, 38(8), 30–32.
- Fischer, G.** (2005). Creativity and distributed intelligence. Retrieved from <http://www.cs.umd.edu/hcil/CST/Papers/distributed.pdf>
- Fiol, C. M., & Huff, A. S.** (1992). Maps for managers: where are we? where do we go from here? *Journal of Management Studies*, 29(3), 267–285.
- Flitton, C.** (2016, October 6). *Best practices for building a customer journey map.* MyCustomer. Retrieved May 27, 2023, from <https://www.mycustomer.com/customer-experience/engagement/best-practices-for-building-a-customer-journey-map>
- Fokkinga, S.F., & Desmet, P.M.A.** (2022). *Emotion Typology*. Delft, Delft University of Technology. <https://emotiontypology.com>
- Fritscher, B., & Pigneur, Y.** (2010). Supporting business model modelling: A compromise between creativity and constraints. In *Task Models and Diagrams for User Interface Design* (pp. 28–43).
- Gay, L. R.** (1987). *Educational research competencies for analysis and application* (3rd ed.). London: Merrill Publishing Company.
- Gibbons, S.** (2017, November 5). *UX Mapping Methods Compared: A Cheat Sheet.* Nielsen Norman Group. <https://www.nngroup.com/articles/ux-mapping-cheat-sheet/>
- Gibbons, S.** (2018, December 9). *Journey Mapping 101.* Nielsen Norman Group. <https://www.nngroup.com/articles/journey-mapping-101/>
- Goossens, R.** (2017a). Module 4: Solving problems & creating ideas [MOOC lecture]. In R. Goossens, *Design in healthcare: Using patient journey mapping.* edX. https://ocw.tudelft.nl/course-lectures/4-2-1-wider-perspective/?course_id=22692
- Goossens, R.** (2017b). Module 2: Defining axes [MOOC lecture]. In R. Goossens, *Design in healthcare: Using patient journey mapping.* edX. https://ocw.tudelft.nl/course-lectures/2-2-1-wider-perspective/?course_id=22692

- Goossens, R.** (2017c). Module 1: Understanding the system [MOOC lecture]. In R. Goossens, *Design in healthcare: Using patient journey mapping*. edX. https://ocw.tudelft.nl/course-readings/1-2-2-handy-information/?course_id=22692
- Goossens, R.** (2017d). Module 2: Defining axes [MOOC lecture]. In R. Goossens, *Design in healthcare: Using patient journey mapping*. edX. https://ocw.tudelft.nl/course-readings/2-2-2-wider-perspective/?course_id=22692
- Goossens, R.** (2017e). Module 3: Finding Emotions [MOOC lecture]. In R. Goossens, *Design in healthcare: Using patient journey mapping*. edX. https://ocw.tudelft.nl/course-readings/3-3-3-wider-perspective/?course_id=22692
- Goossens, R.** (2021a, January 28). MED01x_2018_Module_1_Lecture_Actors-video [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=L1CvWcc76KI&ab_channel=MED01xDesignforHealthCare%3AThePatientJourney
- Goossens, R.** (2021b, January 28). MED01x_2018_Module_2_Lecture_Axes_of_time-video [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=lzJ73ABDuYs&ab_channel=MED01xDesignforHealthCare%3AThePatientJourney
- Griffioen, I., Melles, M., Stiggelbout, A. & Snelders, D.** (2017). “The Potential of Service Design for Improving the Implementation of Shared Decision-Making.” *Design for Health*, 1 (2): 194–209. doi:10.1080/24735132.2017.1386944.
- Grillmayr, I.** (2020). *Templates for customer journey maps, personas and stakeholder maps*. Smaply Blog. <https://www.smaply.com/blog/workshop-templates>
- Grillmayr, I.** (2021). How to Create a Customer Journey Map [With a Free Tool] [Text]. Retrieved from <https://www.smaply.com/blog/customer-journey-mapping-how-to>
- Groeneveld, B., Dekkers, T., Boon, B., & D’Olivo, P.** (2018). Challenges for design researchers in healthcare. *Design for Health*, 2(2), 305–326. <https://doi.org/10.1080/24735132.2018.1541699>
- Grönroos C. & Voima P.** (2013) Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *J Acad Market Sci.* 2013;41(2):133–50.
- Hasle, P., Nielsen, A. P., & Edwards, K.** (2016). Application of Lean manufacturing in hospitals—the need to consider maturity, complexity, and the value concept. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 26(4), 430–442.
- Heckemann, B., Wolf, A. Ali, L., Sonntag, S. M. and Ekman, I.** (2016). “Discovering Untapped Relationship Potential with Patients in Telehealth: A Qualitative Interview Study.” *BMJ Open* 6 (3): e009750. doi:10.1136/bmjopen-2015-009750.

- Henderson, B. L.** (2023, November 1). *Customer journey orchestration in the age of AI*. CMSWire. <https://www.cmswire.com/customer-experience/customer-journey-orchestration-in-the-age-of-ai/>
- Hine, C.** (2000). *Virtual ethnography*. Sage Publications Limited. <https://doi.org/10.4135/9780857020277>.
- Hine, C.** (2011, Spring). Internet research and unobtrusive methods. *Social Research Update*, (61), 1-4. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/internet-research-unobtrusive-methods/docview/889136574/se-2>
- Hodnett, E. D.** (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5 Suppl Nature), S160-S172.
- Hofmeyr, J. G., Novikova, N., Mathai, M., & Shah, A.** (2009). Techniques for cesarean section. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201(5), 431-444. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.03.018>
- Howard, T.** (2014). Journey mapping: A brief overview. *Communication Design Quarterly Review*, 2(3), 10–13. <https://doi.org/10.1145/2644448.2644451>
- Hugentobler, H. K.** (2015). Design science for the optimization of patient pathways and discharge management: A study from a gynecological clinic in Switzerland. In V. Louise, B. de Mozota, J. Nelson, S. Merter, & P. Atkinson (Eds.), *The value of design research: Proceedings of the 11th International Conference of the European Academy of Design*, Paris Descartes University, Institute of Psychology, Boulogne Billancourt, France, 22-24 April 2015 (2016).
- Hudson, N.** (2017). Applying Customer Journey Maps [Text]. Retrieved from <https://blog.markgrowth.com/applying-customer-journey-maps-2b78273f96ae>
- Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG).** (2008, Mart 19). Pregnancy and birth: Cesarean sections: What are the pros and cons of regional and general anesthetics? In *InformedHealth.org*. Cologne, Germany. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279566/>
- Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Healthcare in America.** (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.
- Jonassen, D. H.** (1992). What are cognitive tools. In P. A. Kommers, D. H. Jonassen, & J. T. Mayes (Eds.), *Cognitive Tools for Learning* (pp. 19–36). Springer, Berlin, Germany.
- Jonassen, D. H.** (1994). Technology as cognitive tools: Learners as designers. *ITForum Paper*, 1, 67–80.
- Jonassen, D.** (2003). Using cognitive tools to represent problems. *Journal of Research on Technology in Education*, 35(3), 362–382.
- Jones, P.J.** (2013). *Design for care: Innovating Healthcare Experience*. New York: Rosenfeld.

- Joseph, A. L., Kushniruk, A. W. & Borycki, E. M.** (2020). Patient journey mapping: Current practices, challenges and future opportunities in healthcare. *Knowledge Management & E-Learning*, 12(4), 387–404. <https://doi.org/10.34105/j.kmel.2020.12.021>.
- Kahneman, D., Fredrickson, B. L., Schreiber, C. A., & Redelmeier, D. A.** (1993). When more pain is preferred to less: Adding a better end. *Psychological Science*, 4(6), 401-405. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1993.tb00589.x>.
- Kalbach, J.** (2016). *Mapping experiences: A complete guide to creating value through journeys, blueprints, and diagrams*. Sebastopol, CA: O'Reilly Media.
- Kaplan, K.** (2016a, Temmuz 31). *When and how to create customer journey maps*. Nielsen Norman Group. <https://www.nngroup.com/articles/customer-journey-mapping>
- Kaplan, K.** (2017). *The 5 Steps of Successful Customer Journey Mapping*. Nielsen Norman Group. <https://www.nngroup.com/articles/customer-journey-mapping-process/>
- Kaplan, K.** (2016b). *Journey Mapping in Real Life: A Survey of UX Practitioners*. Nielsen Norman Group. <https://www.nngroup.com/articles/journey-mapping-ux-practitioners/>
- Karmarkar, U.S. & Karmarkar, U.R.** (2014). Customer experience and service design. In: Baglieri E, Karmarkar U, editors. *The future of consumer services: factory or theatre?* Heidelberg: Springer; 2014. p. 109–130.
- Kasagi, Y., Okutani, R., & Oda, Y.** (2015). Specialized operating room for cesarean section in the perinatal care unit: a review of the opening process and operating room management. *Journal of Anesthesia*, 29(1), 149-151.
- Kaye, M. R., Rieger, M., Gavrizi, S., Harkins, J., Keller, W., & White, A.** (2018). Implementation of evidence-based cesarean section (CS) technique. *Obstetrics & Gynecology*, 131, 89S. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000533399.29269.1f>
- Kimbell, L.** (2014). *Service Innovation Handbook*. Amsterdam: BIS Publishers.
- Kleinsmann, M., Sarri, T., & Melles, M.** (2018). Learning histories as an ethnographic method for designing teamwork in healthcare. *CoDesign*, 16(2), 152–170. <https://doi.org/10.1080/15710882.2018.1538380>
- Kushniruk, A. W., Borycki, E. M., & Parush, A.** (2020). A case study of patient journey mapping to identify gaps in healthcare: Learning from experience with cancer diagnosis and treatment. *Knowledge Management & E-Learning: An International Journal*, 12(4), 405–418. <https://doi.org/10.34105/j.kmel.2020.12.022>
- Larkin, J. H. & Simon, H. A.** (1987). Why a diagram is (sometimes) worth ten thousand words. *Cognitive Science*, 11(1), 65–100.
- Lawrence, V., McCombie, C., Nikolakopoulos, G., & Morgan, C.** (2021). Ethnicity and power in the mental health system: Experiences of white British and black Caribbean people with psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e12. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001043>

- Layton, A., Moss, F., & Morgan, G.** (1998). Mapping out the patient's journey: Experiences of developing pathways of care. *Quality in Health Care*, 7(Suppl.), S30–S36.
- Lee, D.** (2015). The effect of operational innovation and QM practices on organizational performance in the healthcare sector. *Int J Qual Innov.* 2015;1(8):1–14.
- Lee, D.** (2016). Operational performance improvement through process innovation of healthcare service encounter. *Korea Serv Manag Soc.* 2016;17(1):103–130.
- Lee, D.** (2019). A model for designing healthcare service based on the patient experience. *International Journal of Healthcare Management*, 12(3), 180-188. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1359956>
- Lee, S.** (2011). Evaluating serviceability of healthcare servicescapes: Service design perspective. *International Journal of Design*, 5(2).
- Linden, D. W.** (2016). C-Section Designed for Mother-Baby Bonding <https://www.wsj.com/articles/a-c-section-designed-for-mother-baby-bonding-1454944435>
- Liu, Y.** (2018). Exploring the application of Inclusive Design to the improvement of healthcare services. (Doctoral dissertation, Downing College Department of Engineering, University of Cambridge).
- Ly, S., Runacres, F., & Poon, P.** (2021). Journey mapping as a novel approach to healthcare: A qualitative mixed methods study in palliative care. *BMC Health Services Research*, 21, Article 915. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06934-y>
- Madathil, S. C., Lopes, A. J., & Alfred, M.** (2020). Patient journey mapping: A literature review. *Proceedings of the 2020 IISE Annual Conference*, 937-942. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/patient-journey-mapping-literaturereview/docview/2511386708/se-2>
- Maddox, K., Baggetta, D., Herout, J., & Ruark, K.** (2019). Lessons learned from journey mapping in health care. *Proceedings of the International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care*, 8(1), 105-109. <https://doi.org/10.1177/2327857919081024>
- Marquez, J., & Downey, A.** (2015). Service design: An introduction to a holistic assessment methodology of library services. *Weave Journal of Library User Experience*, 1(2). <http://dx.doi.org/10.3998/weave.12535642.0001.201>
- Marquez, J. J., Downey, A., & Clement, R.** (2015). Walking a mile in the user's shoes: Customer journey mapping as a method to understanding the user experience. *Internet Reference Services Quarterly*, 20(3-4), 135-150. <https://doi.org/10.1080/10875301.2015.1107000>
- Markham, A.** (1998). *Life Online: Researching Real Experience in Virtual Space*. CA: Alta Mira Press.

- Mawson, S. et al.**, (2013). Developing a personalised self-management system for post stroke rehabilitation; utilising a user-centred design methodology. *Disability and rehabilitation. Assistive technology*, 9(6), pp.521–528.
- McCarthy, S., O’Raghallaigh, P., Woodworth, S., Lim, Y. L., Kenny, L. C., & Adam, F.** (2016). An integrated patient journey mapping tool for embedding quality in healthcare service reform. *Journal of Decision Systems*, 25(Suppl.1), 354-368. <https://doi.org/10.1080/12460125.2016.1187394>
- McColl-Kennedy JR, Vargo SL, Dagger TS, et al.** (2102). Health care customer value cocreation practice styles. *J Serv Res*. 2012;15(4):370–389.
- Mead, N. & Bower, P.** (2000) Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-1110.
- Mercier, R. J., & Durante, J. C.** (2018). Physician and nurse perceptions of gentle cesarean birth. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 43(2), 97–104. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000404>
- Michie, S., van Stralen, M.M. & West, R.** (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), p.42.
- Michie, S., Miles, J. & Weinman, J.** (2003). Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Educ Couns*. 2003;51(3):197–206.
- Mitchell, C. T.** (1993). *Redefining Designing; From Form to Experience*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Moeke, D. & van Andel, J.** (2017). What a Healthcare Recipient Values in Hospital Care: A Multi-Layered Identity Approach. *SSRN*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3089140>
- Monninkhof, M, & L. W. L. Simonse.** (2016). “Customer Journeys for Service Innovations: Balancing the Management and Design Perspectives on Experiences. Proceedings of the 32nd EGOS Colloquium Naples, July 7–9, Italy.
- Mould, G., Bowers, J. & Ghattas, M.** (2010). “The Evolution of the Pathway and Its Role in Improving Patient Care.” *Quality & Safety in Health Care* 19 (5): e14.doi:10.1136/ qshc.2009.032961.
- Møller, T. & Kettley, S.** (2017). “Wearable Health Technology Design: A Humanist Accessory Approach.” *International Journal of Design* 11 (3):35–49.
- Mutluer, Ö.** (b.t.). Müşteri Yolculuk Haritası [Text]. Retrieved from <https://ajansara.com/musteri-yolculuk-haritasi/>
- Müller, U. W. D., Witteman, C. L. M., Spijker, J., & Alpers, G. W.** (2019). All's bad that ends bad: There is a peak-end memory bias in anxiety. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 1272. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01272>
- Nakakoji, K., Yamamoto, Y., & Takada, S.** (1999). Two-dimensional positioning as a means to represent strategic knowledge in design. In *Strategic Knowledge and Concept Formation* (pp. 109–121).

- Nakakoji, K., Yamamoto, Y., Takada, S., & Reeves, B. N.** (2000). Two-dimensional spatial positioning as a means for reflection in design. Paper presented at the *Designing Interaction Systems (DIS)*, New York City, NY.
- Nickerson, J. V., Corter, J. E., Tversky, B., Zahner, D., & Rho, Y. J.** (2008). The spatial nature of thought: Understanding Systems Design Through Diagrams. Paper presented at the *International Conference on Information Systems (ICIS)*, Paris, France.
- Norman, D. A.** (1994). *Things that make us smart: Defending human attributes in the age of the machine*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- NCT (National Childbirth Trust).** (2022) *What is a caesarean birth?* Retrived from <https://www.nct.org.uk/labour-birth/different-types-birth/caesarean-birth/what-caesarean-birth>
- Newbery, P., & Farnham, K.** (2013). *Experience Design: A Framework for Integrating Brand, Experience, and Value*. Hoboken: John Wiley and Sons.
- NHS (National Health Service).** (2019). *Caesarean section*. Retrived from <https://www.nhs.uk/conditions/caesarean-section/>
- NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence).** (2021). *Caesarean birth* (NICE Guideline NG192). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>
- Noël, G.** (2017). “Health Design: Mapping Current Situations, Envisioning Next Steps.” *The Design Journal* 20 (sup1):S2304–S2314. doi:10.1080/14606925.2017.1352746
- Oosterholt, R. I., Simonse, L. W. L., Boess, S. U. & Vehmeijer, S. B. W.** (2017). “Designing a Care Pathway Model—A Case Study of the Outpatient Total Hip Arthroplasty Care Pathway.” *International Journal of Integrated Care* 17 (1): 2. doi:10.5334/ijic.2429.
- O’Raghallaigh, P., Sammon, D., & Murphy, C.** (2011). Building towards a Software Based Innovation Modelling Tool. In: *Springer series of Lecture Notes in Business Information Processing* eds. *The 7th International Workshop on Enterprise & Organizational Modeling and Simulation (EOMAS 2011)*, London, UK.
- Osterwalder, A.** (2004). *The business model ontology: A proposition in a design science approach*. Université de Lausanne, Lausanne, Switzerland.
- Pandey, S. K., Hart, J. J., & Tiwary, S.** (2003). Women's health and the internet: Understanding emerging trends and implications. *Social Science & Medicine*, 56(1), 179–191. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00019-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00019-9)
- Partridge, R.** (2017). Understanding the roles of the designer in health care: A practice-based study into supporting adolescents with long-term conditions. *Design Journal*, 20(4), 523–532. <https://doi.org/10.1080/14606925.2017.1325586>

- Parush, A., Lourenco-Levin, M., & Campbell, C.** (2014). Dual patient-healthcare provider experience mapping and implications for information technology deployment and clinic layout. In *Proceedings of the International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics* (pp. 389–396).
- Parush, A., Lorencio-Levin, M., & Campbell, C.** (2021). Dual patient – healthcare provider experience mapping and implications for information technology deployment and clinic layout. In *Advances in human aspects of healthcare. AHFE (2021) International Conference. AHFE Open Access, vol 13. AHFE International, USA.* <http://doi.org/10.54941/ahfe100512>
- Peek, C., Higgins, I., Milson-Hawke, S., McMillan, M. and Harper, D.** (2007). Towards innovation: the development of a person-centred model of care for older people in acute care. *Contemporary nurse*, 26(2), pp.164-176.
- Pell, A.** (2022, **Ağustos 21**). *Pains and gains: How to give your customers what they want.* Zapier. <https://zapier.com/blog/pains-and-gains/>
- Philpot, L. M., Khokhar, B. A., DeZutter, M. A., Loftus, C. G., Stehr, H. I., Ramar, P., Madson, L. P., & Ebbert, J. O.** (2019). Creation of a patient-centered journey map to improve the patient experience: A mixed methods approach. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 3(4), 466–475. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.004>
- Price, B.** (2006). Exploring person-centred care. *Nursing Standard*, 20(50), 49–56. <https://doi.org/10.7748/ns2006.08.20.50.49.c4487>
- Price, A. D. F., & Lu, J.** (2012). Impact of hospital space standardization on patient health and safety. *Architectural Engineering and Design Management*, 9(1), 49–61. <https://doi.org/10.1080/17452007.2012.688522>
- Porter, M. E.** (2010). What is value in healthcare? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O.** (2006). *Redefining healthcare: Creating value-based competition on results.* Harvard Business Press.
- Pope, C., van Royen, P., & Baker, R.** (2002). Qualitative methods in research on healthcare quality. *Quality and Safety in Healthcare*, 11(2), 148-152.
- Rainer, K.** (2020). *Beyond words: How to present a customer journey map that gets you buy-in.* Smaply Blog. <https://www.smaply.com/blog/presenting-customer-journeys>
- Rainer, K.** (2022a). *What is patient journey mapping and how to do it?* Smaply Blog. <https://www.smaply.com/blog/patient-journey-mapping>
- Rainer, K.** (2022b). *12 tips on how to create a customer journey map that provides real insights.* Smaply Blog. <https://www.smaply.com/blog/10-tips-for-journey-mapping>
- Raleigh, V. Thompson, J. Jabbal, J. Graham, C. Sizmur, S. Coulter, A.** (2015). Patients' experience of using hospital services: An analysis of trends in inpatient surveys in NHS acute trusts in England 2005-13. The King's Fund and Picker Institute Europe.

- Rawson, A., Duncan, E., & Jones, C.** (2013). The truth about customer experience. *Harvard Business Review*, 91(9), 90–98.
- Reay, S. D., Collier, G., Douglas, R., Hayes, N., Nakarada-Kordic, I., Nair, A., & Kennedy-Good, J.** (2017). Prototyping collaborative relationships between design and healthcare experts: Mapping the patient journey. *Design for Health*, 1(1), 65–79. <https://doi.org/10.1080/24735132.2017.1294845>
- Resnick, M., Myers, B., Nakakoji, K., Shneiderman, B., Pausch, R., Selker, T., & Eisenberg, M.** (2005). Design principles for tools to support creative thinking. Retrieved from <http://repository.cmu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1822&context=istr>
- Richardson A.** (2010). Understanding customer experience. *Harvard Bus Rev.* 2010;88(10):116–126.
- Richardson, S., Casey, M., & Hider, P.** (2007). Following the patient journey: Older persons' experiences of emergency departments and discharge. *Accident and Emergency Nursing*, 15(3), 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2007.05.004>
- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M.** (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169.
- Robert, G.** (2013). 'Participatory action research: using experience-based co-design to improve the quality of healthcare services', in Sue Ziebland, and others (eds), *Understanding and Using Health Experiences: Improving patient care* (Oxford, 2013; online edn, Oxford Academic, 23 May 2013), <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199665372.003.0014>, accessed 2 Sept. 2024.
- Rosenbaum, M. S., Otalora, M. L., & Ramírez, G. C.** (2017). How to create a realistic customer journey map. *Business Horizons*, 60(1), 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2016.09.010>
- Royen, P.V., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., Petek, D., Rurik, I., Soler, J.K., Stoffers, H.E. & Topsever, P.** (2010). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: person centred care, comprehensive and holistic approach. *The European journal of general practice*, 16(2), pp.113–119.
- Römer, A., Leinert, S., & Sachse, P.** (2000). External support of problem analysis in design problem solving. *Research in Engineering Design*, 12(3), 144–151.
- Sanders, E. B. N., & P. J. Stappers.** (2012). *Convivial Toolbox: Generative Research for the Front End of Design*. Amsterdam: BIS Publishers.
- Schorn, M. N., Moore, E., Spetalnick, B., & Morad, A.** (2015). Implementing Family-Centered Cesarean Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(6), Nov.2015.

- Schrijvers, G., van Hoorn, A., & Huiskes, N.** (2012). The care pathway: concepts and theories: an introduction. *International Journal of Integrated Care*, 12, e192.
- Schön, D. A.** (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books, New York, NY, US.
- Seçilmiş Kerimoğlu, Ö.** (2013). Acil sezaryen protokolleri. In L. S. Demir (Ed.), *Anne ölümlerini önlemede doğum ve acil obstetrik vakaya yaklaşım sempozyumu kitabı* (ss. 67–69). Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü Yayınları. ISBN: 978-605-149-039-7
- Sijm-Eeken, M., Zheng, J., & Peute, L.** (2020). Towards a Lean Process for Patient Journey Mapping - A Case Study in a Large Academic Setting. *Studies in Health Technology and Informatics*, 270, 1071–1075. <https://doi.org/10.3233/SHTI200326>
- Simonse, L., Albayrak, A., & Starre, S.** (2019). Patient journey method for integrated service design. *Design for Health*, 3(1), 82–97. <https://doi.org/10.1080/24735132.2019.1582741>
- Smith, J., Plaat, F., & Fisk, N. M.** (2008). The natural caesarean: A woman-centred technique. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(8), 1037–1042. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x>
- Smith, T.** (2015). Nurses invent drape that allows mom-baby contact during C-section. Retrieved from https://www.richmond.com/business/local/nurses-invent-drape-that-allows-mom-baby-contact-during-c/article_6a61730c-f78b-5cef-8c96-0967a9da554d.html
- Stickdorn, M., Hormess, M. E., Lawrence, A., & Schneider, J.** (2018). *This is service design doing*. O'Reilly Media, Inc. <https://doi.org/10.5555/9781491927182>
- Stickdorn, M., ve Schneider, J.** (2012). *This Is Service Design Thinking: Basics, Tools, Cases*. Amsterdam: BIS Publishers.
- Strand, E. A., & Dickison, S. M.** (2019, April 17). *Evidence-based cesarean delivery guidelines*. *Contemporary OB/GYN*. Retrieved from <https://www.contemporaryobgyn.net/view/evidence-based-cesarean-delivery-guidelines-0>
- Sukkird, V. & Shirahada, K.** (2015). Technology challenges to healthcare service innovation in aging Asia: case of value co-creation in emergency medical support system. *Technol Soc*. 2015;43:122–128.
- Sun, X., Tang, W., Zhang, Y., Wen, B. & Zhang L.** (2014). “Integrated Care: A Comprehensive Bibliometric Analysis and Literature Review.” *International Journal of Integrated Care* 12:14–17. doi:10.5334/ijic.1437.
- Sung, S., & Mahdy, H.** (2024). Cesarean Section. In *StatPearls*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>

- Sungur Ergenoğlu, A., & Aytuğ, A.,** (2007). Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi. *MEGARON Planlama-Tasarım-Yapım, YTÜ Mim. Fak. e-Dergisi*, vol.2, no.1, 44-63.
- Suthers, D. D.** (2003). Representational guidance for collaborative learning. In *Artificial Intelligence in Education: Shaping the Future of Learning Through Intelligent Technologies* (Vol. 3).
- Sweeney, J. C., Danaher, T. S., & McColl-Kennedy, J. R.** (2015). Customer effort in value cocreation activities: Improving quality of life and behavioral intentions of health care customers. *Journal of Service Research*, 18(3), 318–335. <https://doi.org/10.1177/1094670515572128>
- Thompson, P.J** (b.t.). Customer Journey Mapping [Text]. Retrieved from <https://www.peterjthomson.com/2019/07/customer-journey-mapping/>
- Toussaint, J. S., & Berry, L. L.** (2013, January). The promise of Lean in healthcare. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(1), 74-82.
- Trebble, T. M., Hansi, N., Hydes, T., Smith, M. A., & Baker, M.** (2010). Process mapping the patient journey: an introduction. *BMJ*, 341, c4078. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4078>
- Tseklevs, E., & Cooper, R.** (2017). Emerging trends and the way forward in design in healthcare: An expert's perspective. *The Design Journal*, 20(Suppl.1), S2258–S2272. <https://doi.org/10.1080/14606925.2017.1352742>
- Teixeira, J., Patrício, L., Nunes, N., et al. (2012).** Customer Experience modeling: from customer experience to service design. *J Serv Manag.* 2012;23(3):362–376.
- Tosi, F., Rinaldi, A. and Ricci, D.B.** (2016). Ergonomics and Inclusive Design: Innovative Medical Devices for Home Care. In *Advances in Design for Inclusion* (pp. 401-412). Springer International Publishing.
- Tversky, B.** (2002). What do sketches say about thinking? Retrieved from https://www.tc.columbia.edu/faculty/bt2158/faculty-profile/files/2002_Tversky_Whatdosketchessayaboutthinking.PDF
- Ulrich R, Zimring C, Zhu X, et al.** (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *Health Environ Res. Design J.*, V:1, 61–125.
- Vanhaecht, K., De Witte, K., & Sermeus, W.** (2007). The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. (PhD thesis, KU Leuven, Belgium).
- Varpio, L., Rashotte, J., Day, K., King, J., Kuziemy, C., & Parush, A.** (2015). The EHR and building the patient's story: A qualitative investigation of how EHR use obstructs a vital clinical activity. *International Journal of Medical Informatics*, 84(12), 1019–1028. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.09.004>

- Visser, F. S.** (2021). DelftX MED01x: Design in Healthcare: Using Patient Journey Mapping, Module 3: Finding Emotions, Interview with Froukje Sleeswijk Visser. Retrieved from https://www.youtube.com/watch?v=OUgnQd0W248&ab_channel=MED01xDesignforHealthCare%3AThePatientJourney
- VERBI Software.** (2021). MAXQDA 2022 [Computer Software]. Berlin, Germany: VERBI Software. Available from maxqda.com.
- Waring, J. J., & Bishop, S.** (2010). Lean healthcare: Rhetoric, ritual and resistance. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1332-1340.
- Westbrook, J. I., Coiera, E. W., Sophie Gosling, A., & Braithwaite, J.** (2007). Critical incidents and journey mapping as techniques to evaluate the impact of online evidence retrieval systems on health care delivery and patient outcomes. *International Journal of Medical Informatics*, 76(2–3), 234–245.
- Wildevuur, S. E.** (2017). Could health learn from design? *Design for Health*, 1(1), 59–64. <https://doi.org/10.1080/24735132.2017.1295707>
- Wilson, R. D., Caughey, A. B., Wood, S. L., Macones, G. A., Wrench, I. J., Huang, J., Norman, M., Pettersson, K., Fawcett, W. J., Shalabi, M. M., Metcalfe, A., Gramlich, L., & Nelson, G.** (2018). Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 1). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 523.e1–523.e15. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.015>
- Womack, J. P., & Jones, D. T.** (2003). *Lean thinking* (revised ed.). Free Press.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H.** (2008). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (6. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Zineldin, M.** (2006). The quality of healthcare and patient satisfaction: An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 19(1), 60-92.
- Zomerdijk, L. G., & Voss, C. A.** (2009). Service design for experience-centric services. *Journal of Service Research*, 13(1), 67–82.
- Url-1** <<https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-2** <<https://heartofthecustomer.com/journey-mapping-tools-dont-address-the-most-critical-challenges/>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-3** <<https://www.servicedesignshow.com/customer-journey/templates-and-examples/>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-4** < <https://servicedesigntools.org/tools/journey-map> >, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-5** < <https://custellence.com/templates/retail-online-offline-template.html> >, erişim tarihi 17.05.2024.

- Url-6** <https://miro.com/templates/customer-journey-map/?gspk=bWFyY2ZvbnRlaWpuNDkzMg&gsxid=ox9J1nixvXRo&utm_campaign=marcfonteijn4932&utm_medium=affiliate&utm_source=referral>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-7** <<https://www.bulenttiras.com/spinal-ve-epidural-anestezi-ile-sezaryen-dogum/>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-8** <<https://cintakvimi.net/sezaryen-dogum-kacinci-haftada-olur>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-9** <<https://www.timekocaeli.com/kategoriler/guzellik-saglik/sezaryen-sonrasi-vajinal-dogum-op-dr-bilge-ogutcuoglu>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-10** <<https://www.posta.com.tr/anne-cocuk/dogum-onesi/kalbi-iflas-etmek-uzere-olan-bebek-2-kere-dogdu-2296853>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-11** <<https://www.ecolab.com/offerings/labor-and-delivery-solutions>>, erişim tarihi 03.01.2019.
- Url-12** <<https://www.edx.org/course/design-in-healthcare-using-patient-journey-mapping>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-13** <<https://www.kadinlarkulubu.com/>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-14** <<https://www.anneysen.com/>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-15** <<https://www.youtube.com/>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-16** <<http://paylasananne.blogspot.com/2013/10/sezeryan-bahane-bebegim-sahane.html>>, erişim tarihi 17.05.2024.
- Url-17** <<https://www.maxqda.com/help-mx22/visual-tools/document-portrait-visualizing-a-document>>, erişim tarihi 17.05.2024.

EKLER

EK A: Design in healthcare: using patient journey mapping sertifika programı, doğrulanmış sertifika

EK B: Çevrim içi anlatıların linkleri

EK C: Çevrim içi anlatıların belge portreleri

EK D: Yarı yapılandırılmış görüşme sorularının genişletilmiş versiyonu

EK E: Mülakat protokolü

EK F: Etik kurul onay belgesi

EK G: Mülakat süreciyle ilgili katılımcı bilgilendirme e-postaları

EK H: Bilgilendirilmiş onam formu

EK I: MAXQDA genişletilmiş kod listesi

EK İ: Bölgesel anestezi ile sezaryen doğuma ait bakım yolu aşamalarının bakım yolculuğu aşamalarına dönüştürülmesi

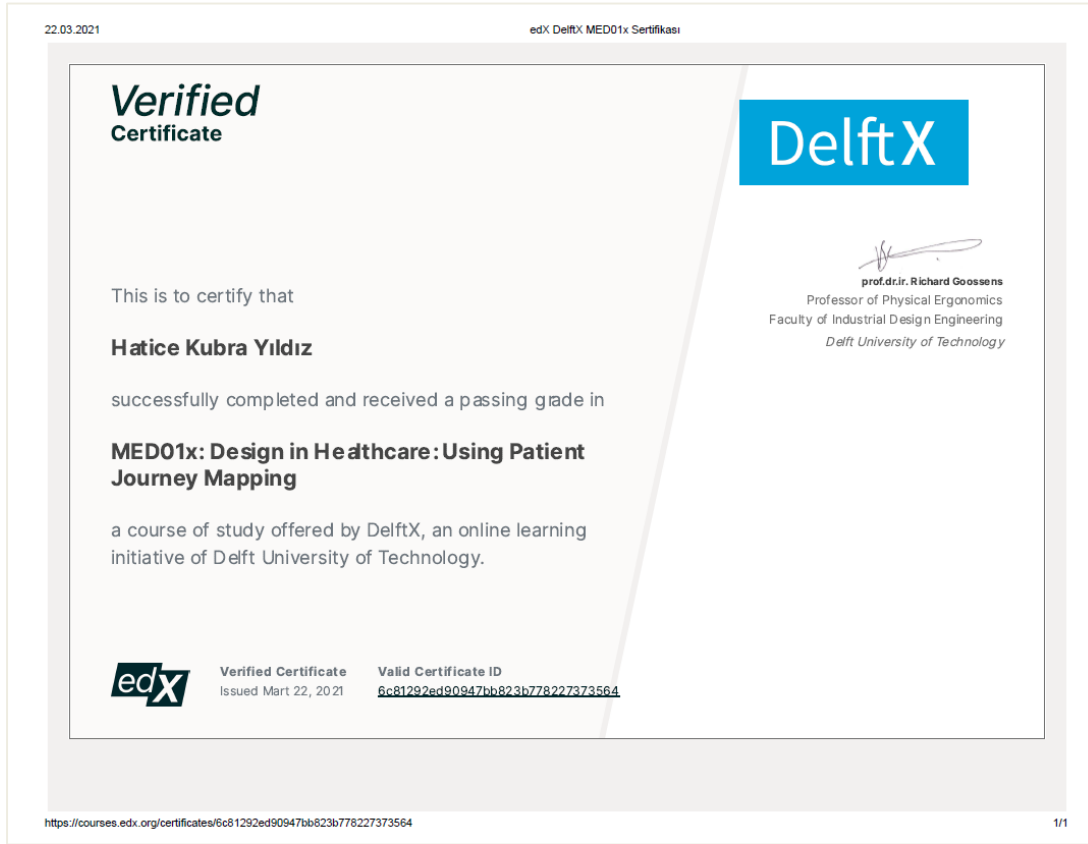
EK J: Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular

EK K: Olumlu ve olumsuz duyguların açıklamaları

EK L: Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilerle oluşturulmuş bir yolculuk haritası örneği

EK M: Sağlık hizmeti tasarımı için bütüncül yolculuk haritalama yöntemine ait araçlar

EK A: Design in healthcare: using patient journey mapping sertifika programı, doğrulanmış sertifika.



Şekil A.1 : Design in healthcare: using patient journey mapping sertifika programı, doğrulanmış sertifika.

EK B: Çevrim içi anlatıların linkleri.

PLANLI SEZARYEN

Metin Temelli Doğum Hikayeleri

1. <https://paylasananne.blogspot.com/2013/10/sezeryan-bahane-bebegim-sahane.html>
2. <https://colcicegi.blogspot.com/2012/05/gebelik-geriligi-teshisi-nts-cihazyla.html> - **Part I**
<https://colcicegi.blogspot.com/2013/01/iste-benim-dogum-hikayem-ve-asl-hayata.html> - **Part II**
3. <http://www.attachmentparentingturkiye.com/pozitif-dogum-hikayeleri-5-gulsahin-anne-bebek-dostu-sezeryan-dogum-hikayesi/#more-299>
4. <http://caganikonunannesi.blogspot.com/2015/02/guzel-bir-hamilelik-donemi-gecirdim-ben.html> - **Part I**
<http://caganikonunannesi.blogspot.com/2015/02/bizimkisi-bir-epidural-sezaryan-hikayesi.html> - **Part II**
5. <https://pozitifdogumhikayeleri.wordpress.com/2010/01/27/esra-ve-adanin-hikayesi/>
6. <https://pozitifdogumhikayeleri.wordpress.com/2009/12/22/zeynepin-pismanlik-yazisi/>

Görsel - İşitsel Temelli Doğum Hikayeleri

7. <https://www.youtube.com/watch?v=2mE6otmbhTU>
8. <https://www.youtube.com/watch?v=8lYhmpfG0K4>
9. https://www.youtube.com/watch?v=SjOjmPJQnQc&ab_channel=MineBayol - **Part I**
<https://www.youtube.com/watch?v=M-E2UJJjw40> - **Part II**
10. https://www.youtube.com/watch?v=yUXkY3v2kAA&ab_channel=AcemiAnne - **Part I**
<https://www.youtube.com/watch?v=GZtLZ5b5MkE> (PART 2 si var ACEMİ ANNE- **Part II**)
11. https://www.youtube.com/watch?v=6bb0DlaLcfs&ab_channel=TU%C4%9EBA%26CANER
12. https://www.youtube.com/watch?v=4vJPO6zVnro&ab_channel=EzgiKad%C4%B1o%C4%9Flu
13. <https://www.youtube.com/watch?v=YSMVHiwk9vU>
14. https://www.youtube.com/watch?v=1ggPLUjn7Dg&ab_channel=ZEL%C4%B0HAONAT%C3%87A
15. https://www.youtube.com/watch?v=lq-9u8hbTcE&ab_channel=Do%C4%9Fas%C4%B1ndaAnne

PLANLANMAMIŞ SEZARYEN

Metin Temelli Doğum Hikayeleri

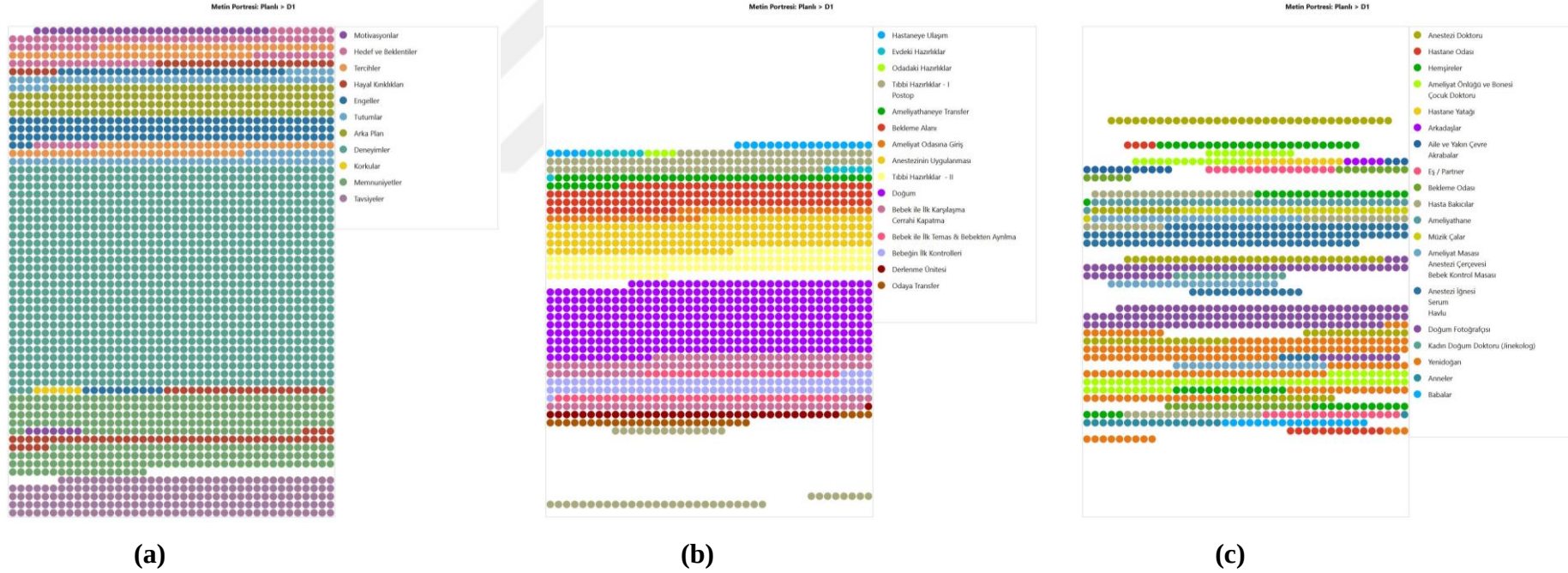
16. <https://www.dogumakademisi.com/tr/blog/dogum-hikayeleri/143/keskesiz-bir-sezaryen-oldu/337>
17. <http://melinasmom.com/2776-2/>
18. <https://yesilgazete.org/dogum-ve-otesi-normal-bir-sezaryen-dogum-pinar-sirvanci/>
19. <https://yesilgazete.org/dogum-ve-otesi-kosulsuz-bir-teslimiyet-hikayesi-ozlem-unsal/>
20. <https://yesilgazete.org/blog/2018/10/06/dogum-ve-otesi-icimizdeki-guc-hande-ozgan/>
21. <https://www.keyifinsani.com/bir-dogum-hikayesi>
22. <https://pozitifdogumhikayeleri.wordpress.com/2009/12/30/ozgur-anne-ve-elanin-hikayesi/#more-510>
23. <https://yesilgazete.org/dogum-ve-otesi-neye-niyet-neye-kismet-bir-dogum-hikayesi-deniz-beykont/>

Görsel – İşitsel Temelli Doğum Hikayeleri

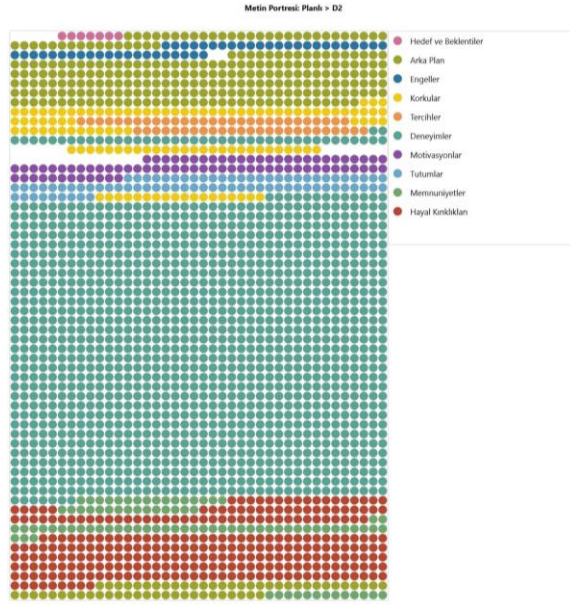
24. <https://www.youtube.com/watch?v=uFhTCC3MMM0>
25. <https://www.youtube.com/watch?v=EaWFERhg2OI>
26. <https://www.youtube.com/watch?v=eqTpeRfziGk>
27. https://www.youtube.com/watch?v=zMJS7PgDgH0&ab_channel=SILA%27YLA
28. https://www.youtube.com/watch?v=aRzjDBibRSA&ab_channel=%C4%B0remAlt%C4%B1n
29. https://www.youtube.com/watch?v=KS_ImhIbH20&ab_channel=Dilek%27inD%C3%BCnyas%C4%B1
30. https://www.youtube.com/watch?v=nKDccud4pYY&ab_channel=Tu%C4%9FbaPa%C3%A7urlu

Şekil B.1 : Çevrim içi anlatıların linkleri.

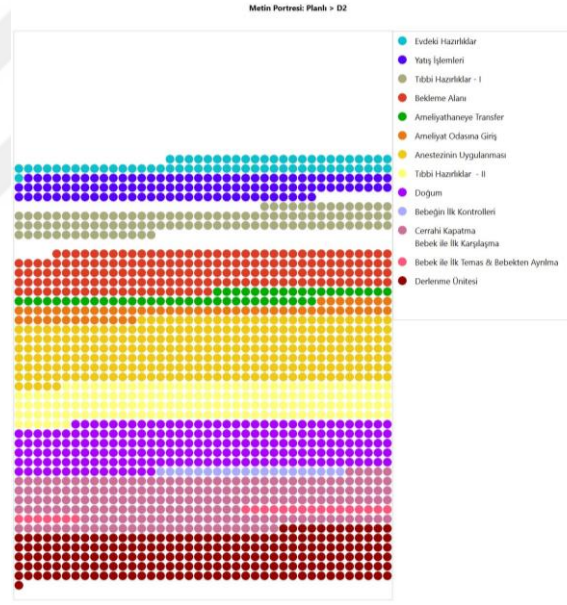
EK C: Çevrim içi anlatıların belge portreleri.



Şekil C.1 : D1 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

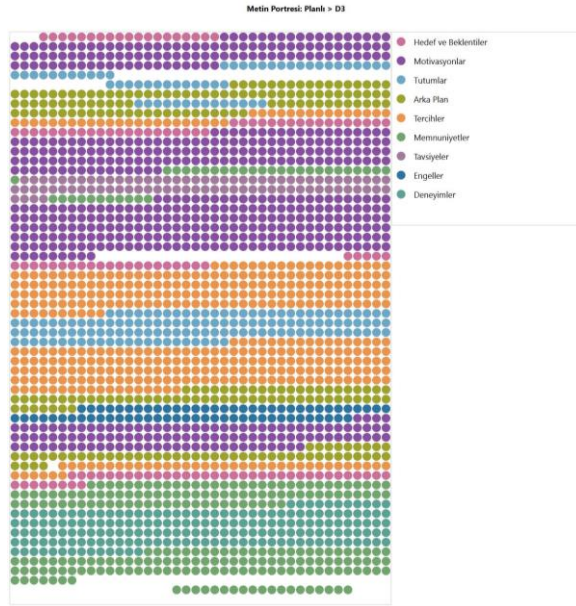


(b)

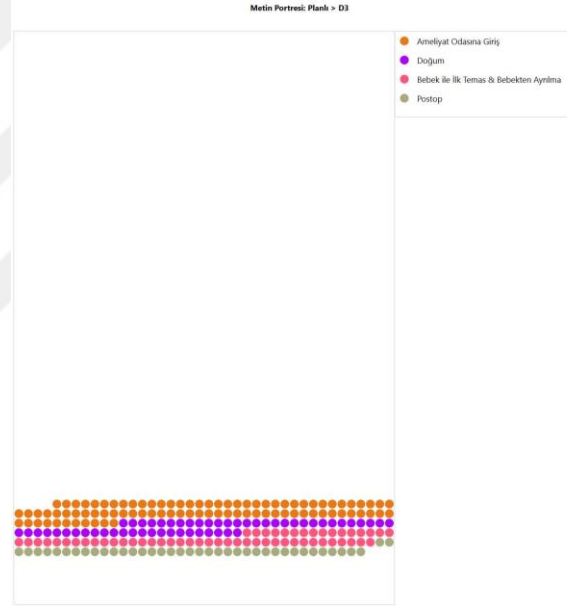


(c)

Şekil C.2 : D2 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

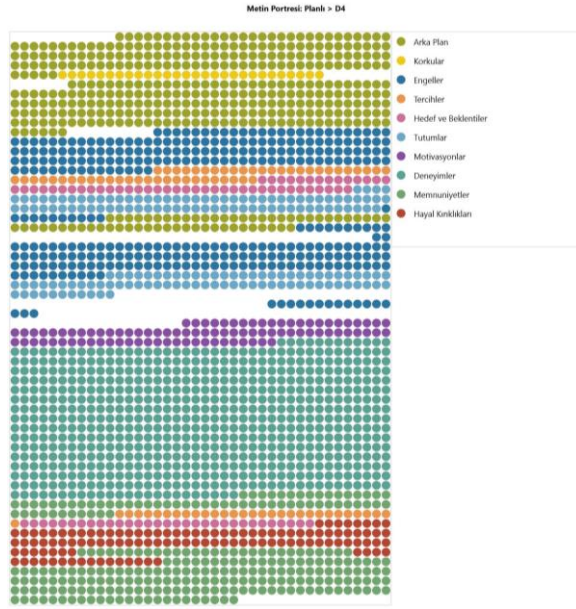


(b)

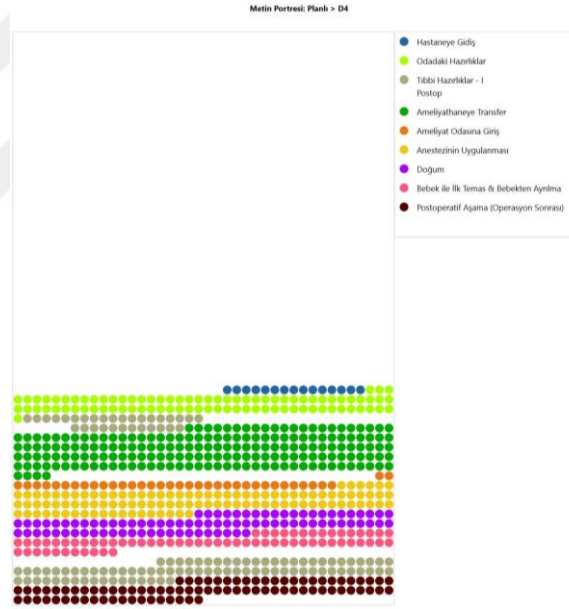


(c)

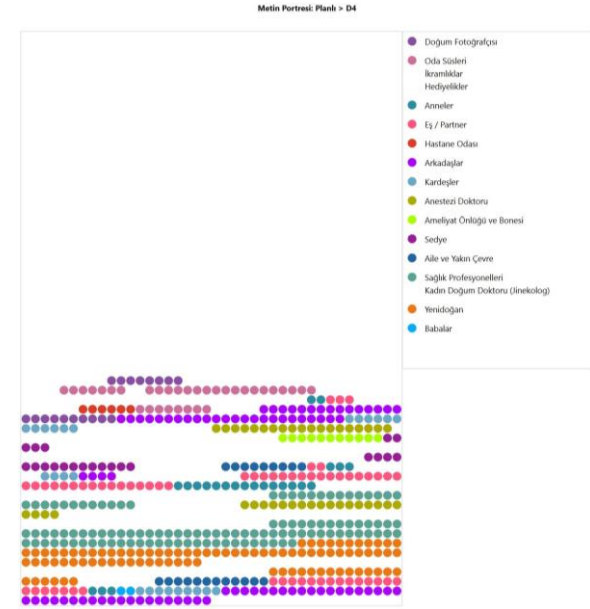
Şekil C.3 : D3 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

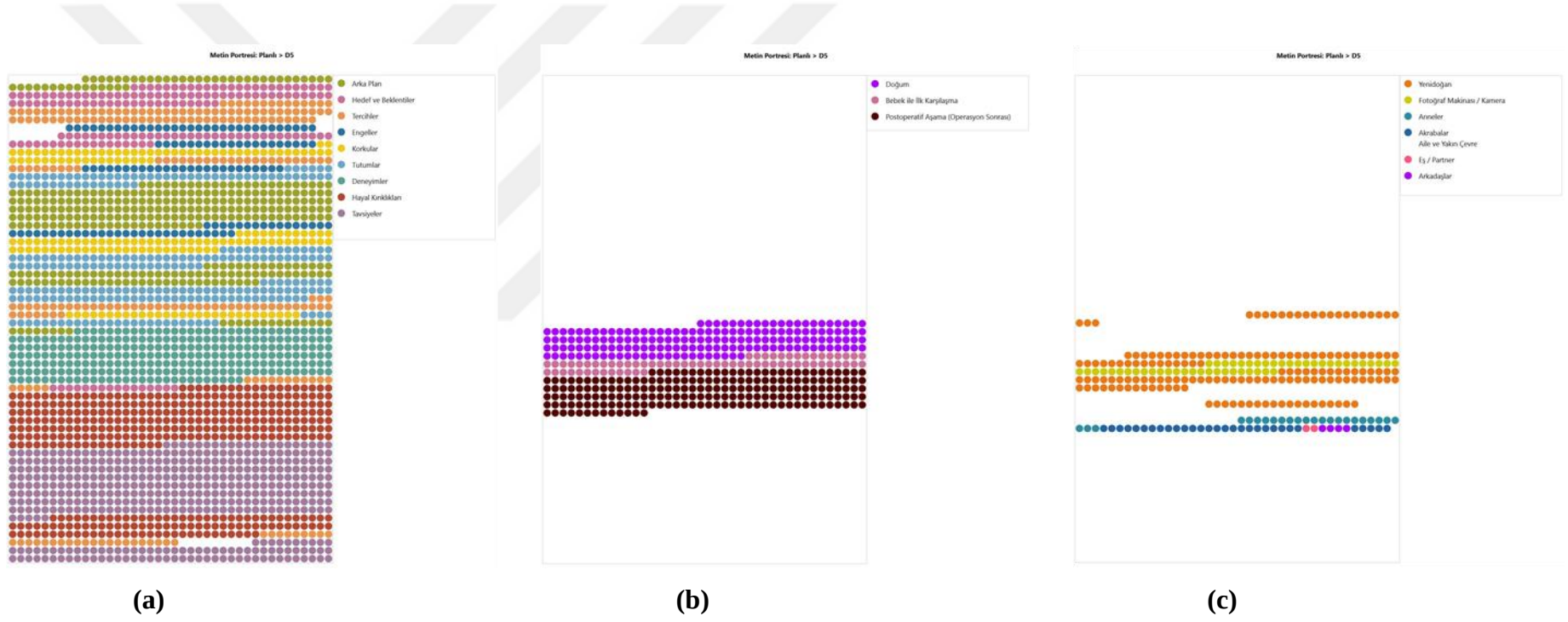


(b)

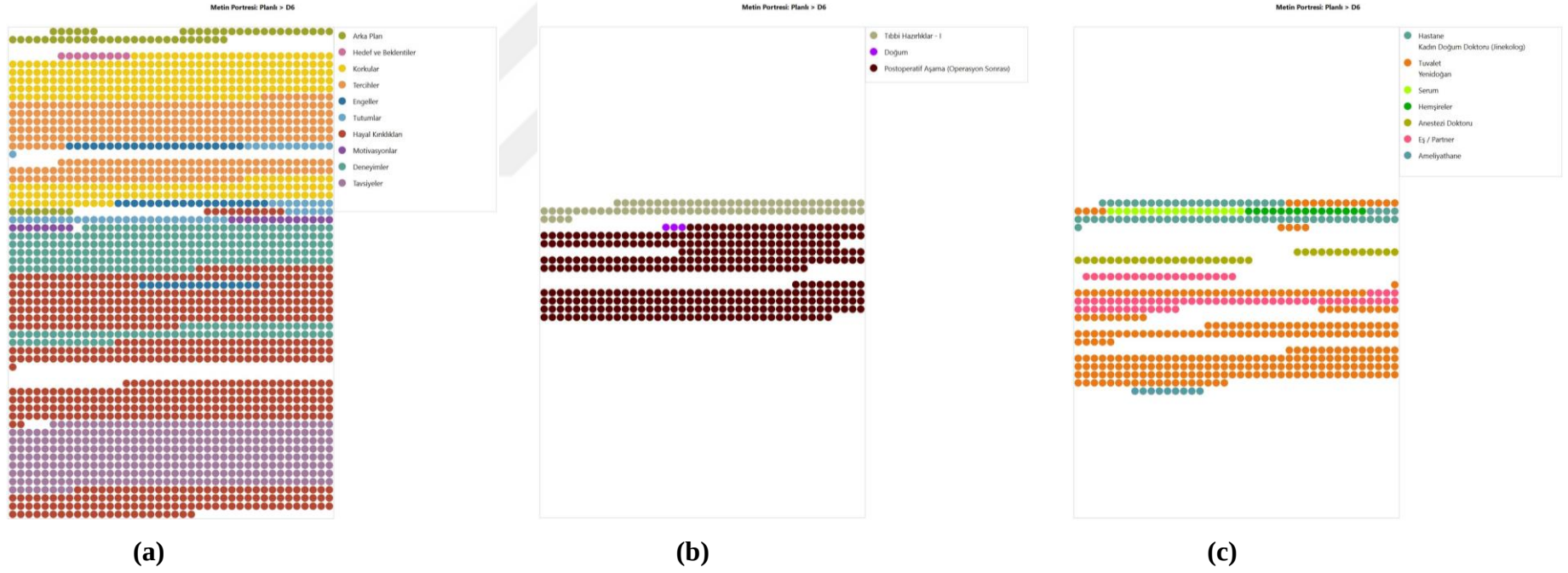


(c)

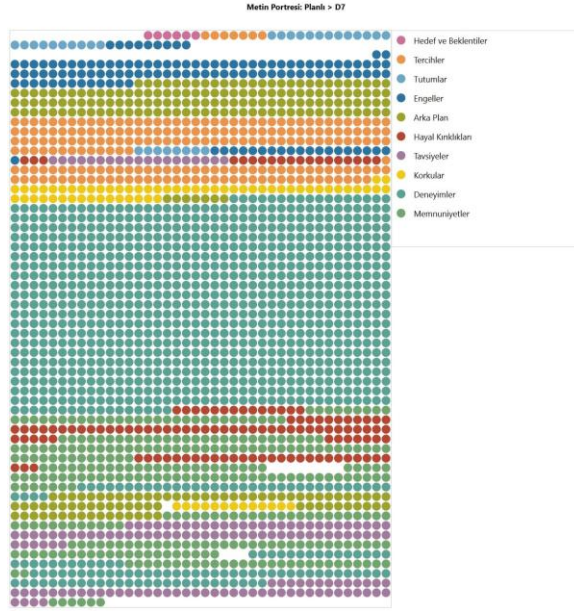
Şekil C.4 : D4 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



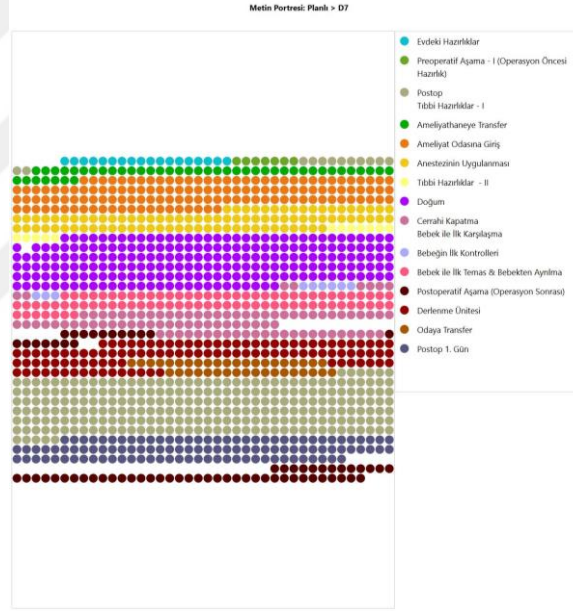
Şekil C.5 : D5 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



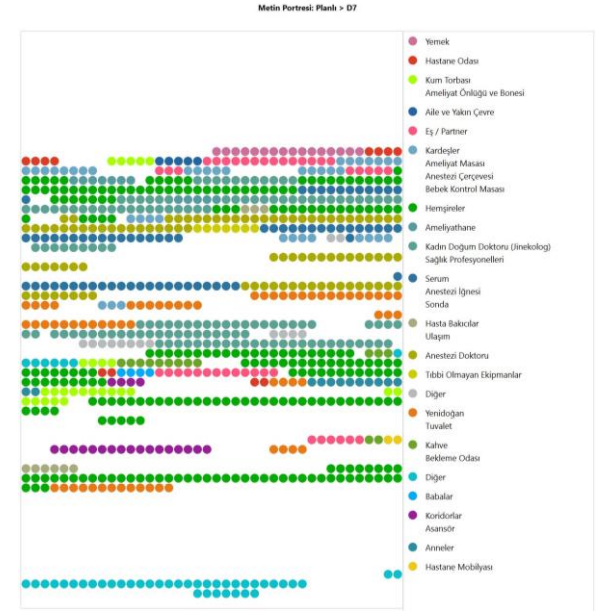
Şekil C.6 : D6 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

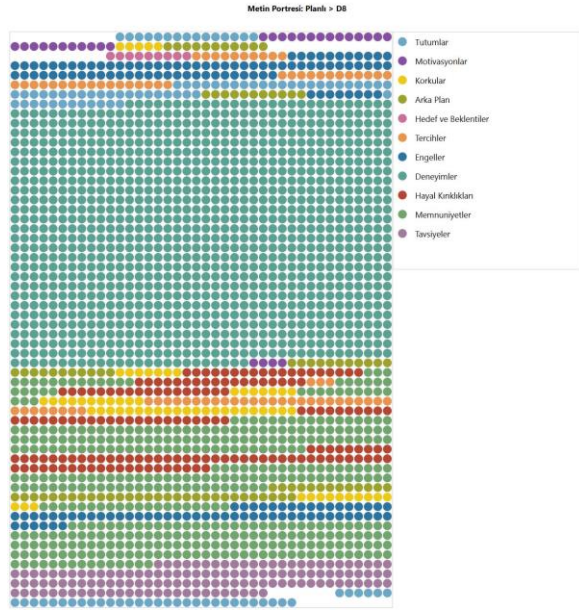


(b)

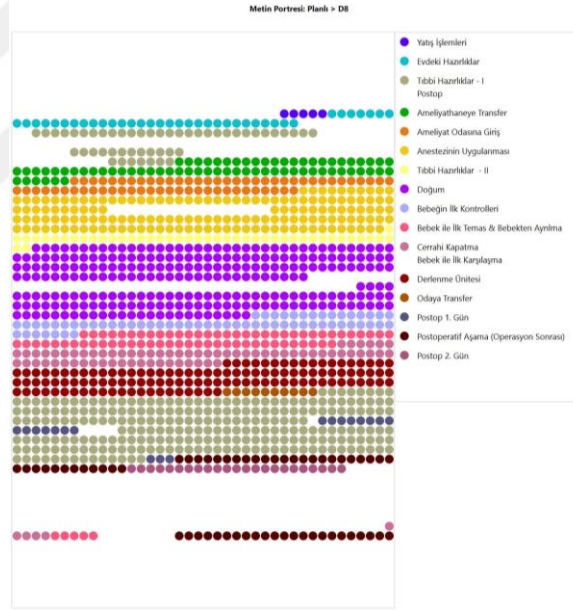


(c)

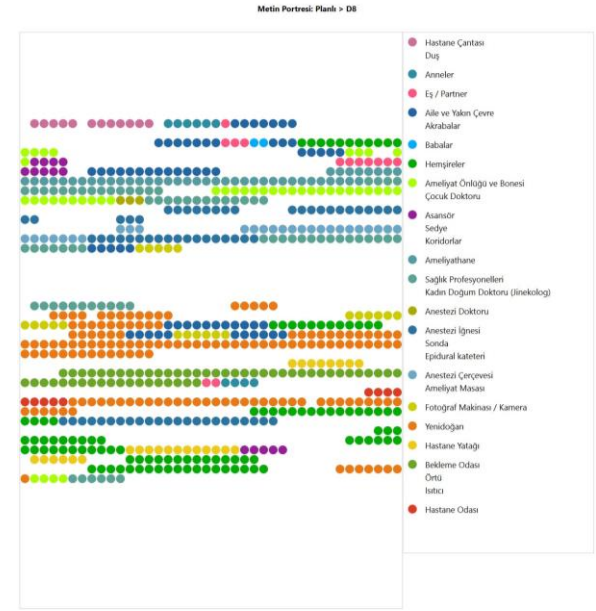
Şekil C.7 : D7 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

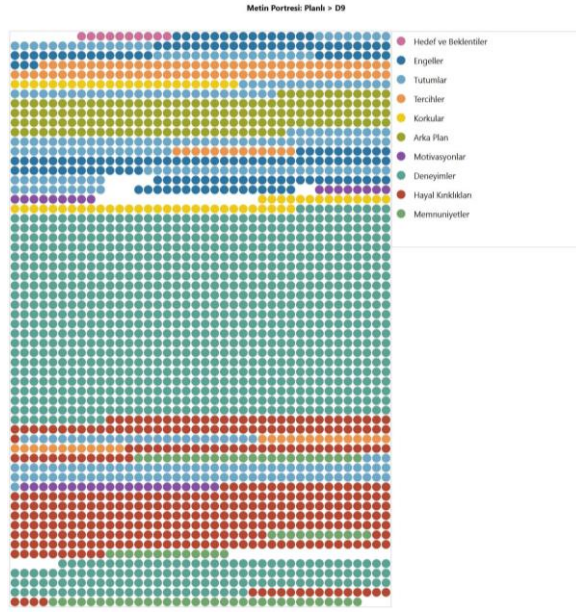


(b)

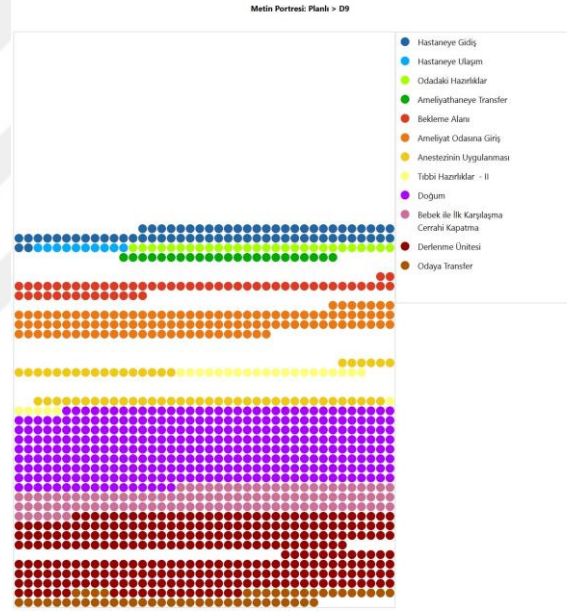


(c)

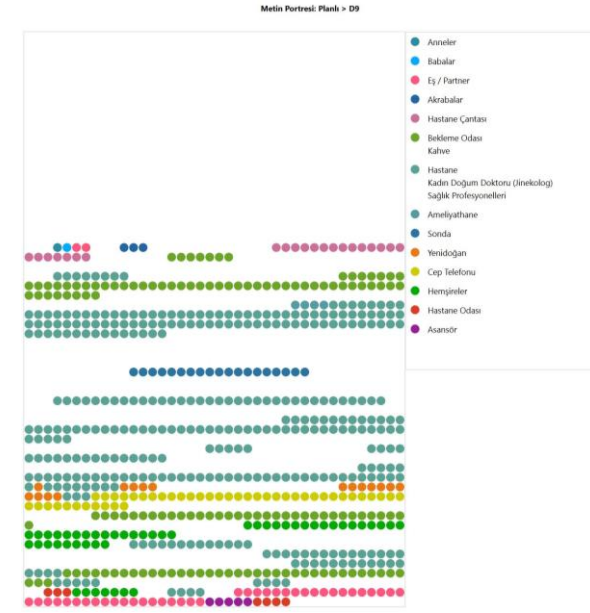
Şekil C.8 : D8 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler



(a)



(b)

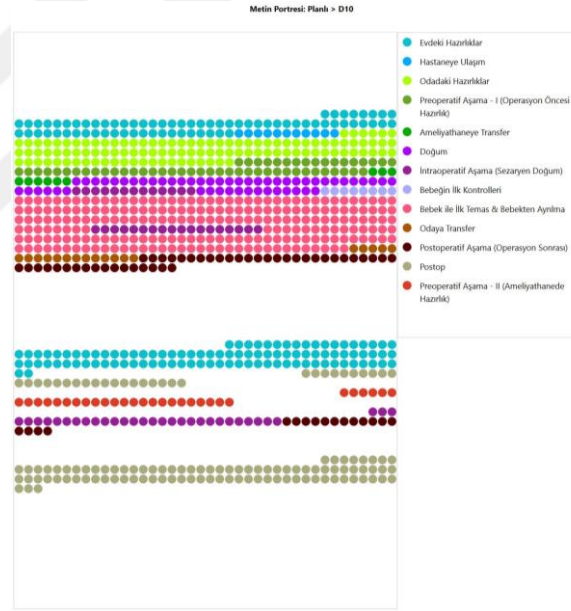


(c)

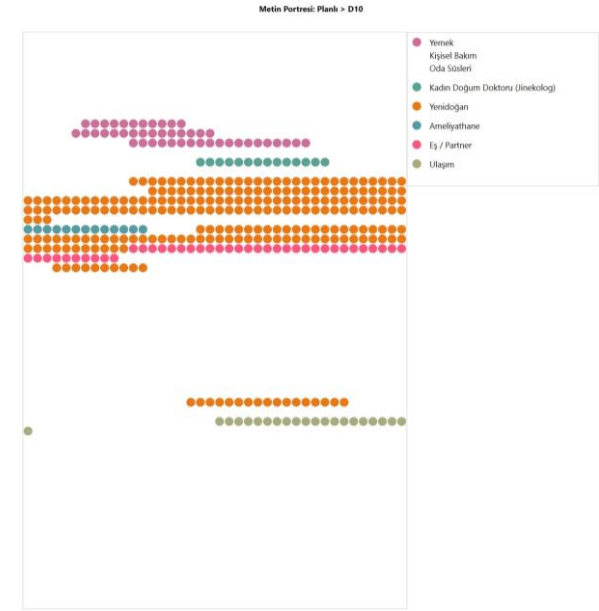
Şekil C.9 : D9 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

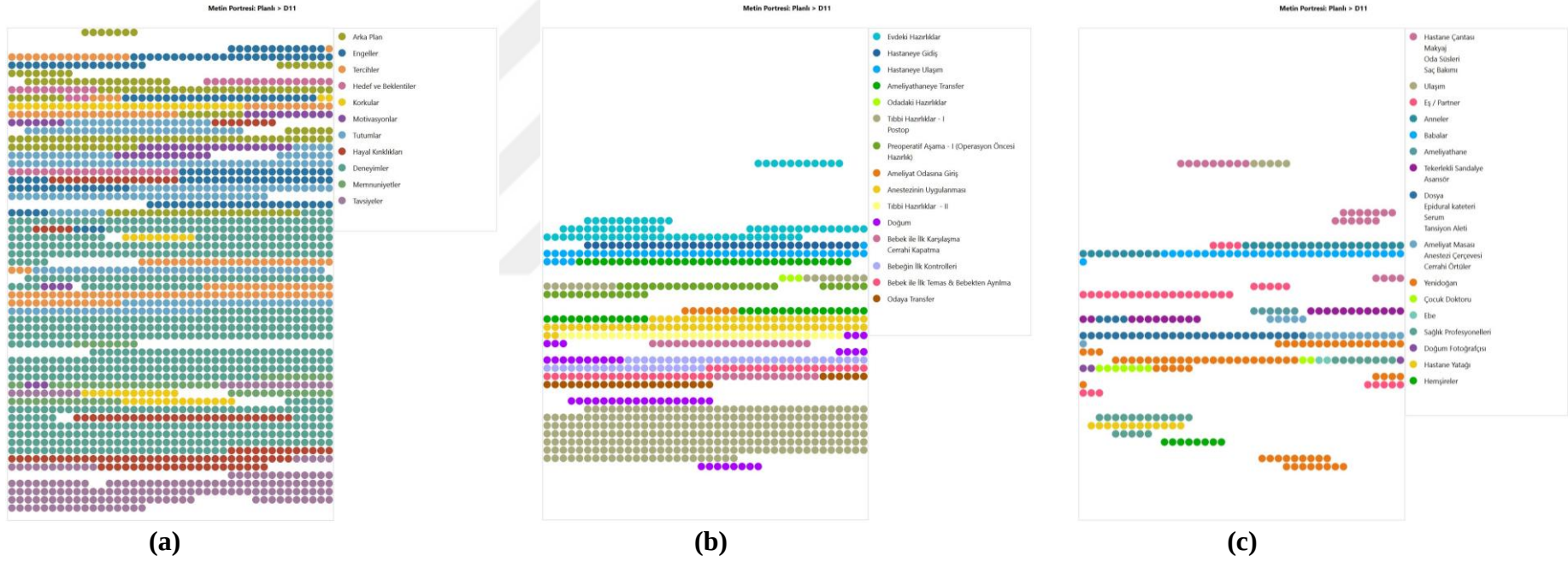


(b)

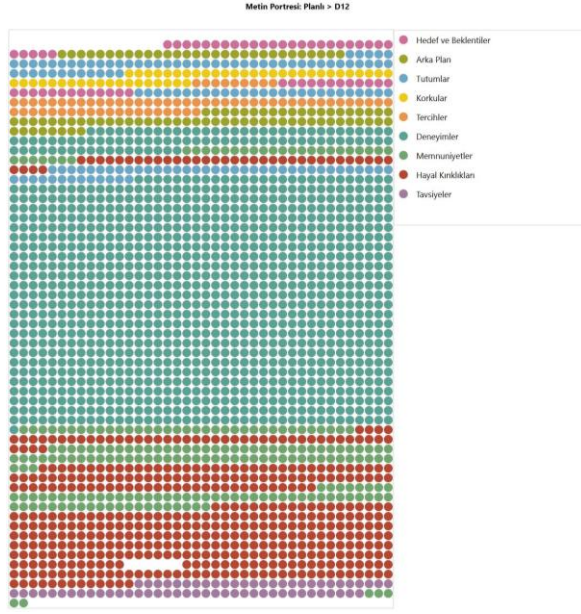


(c)

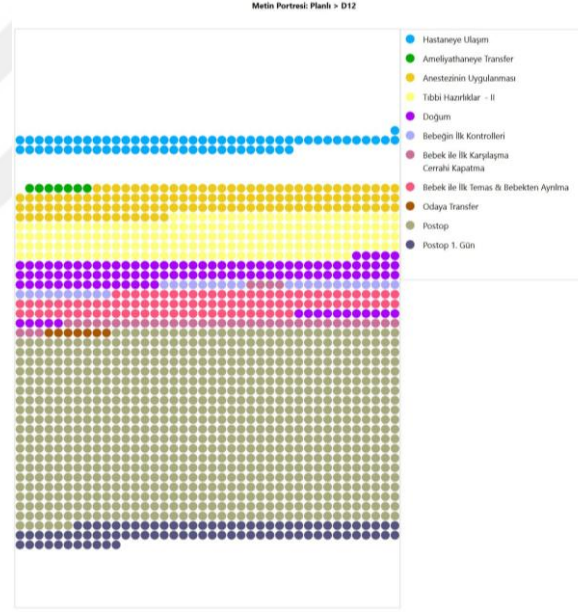
Şekil C.10 : D10 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



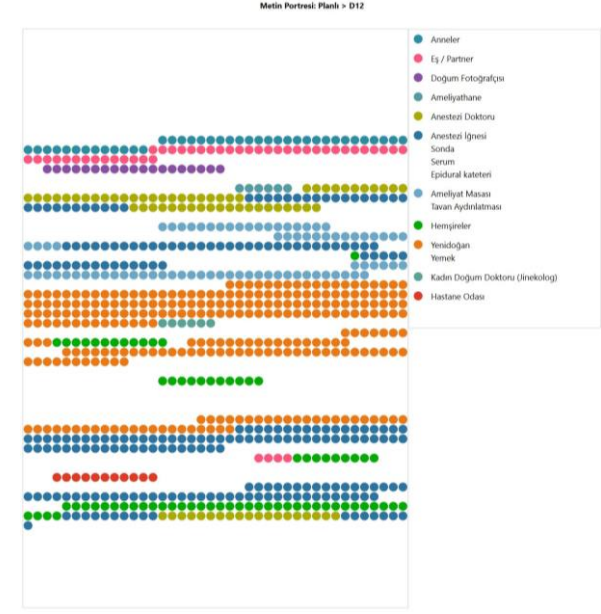
Şekil C.11 : D11 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

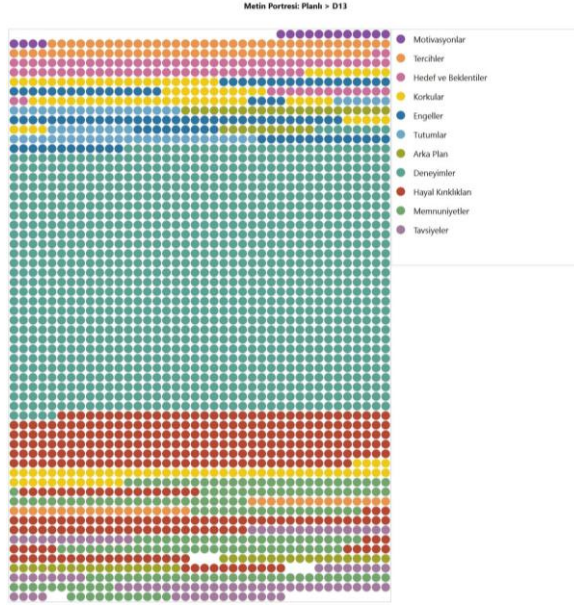


(b)

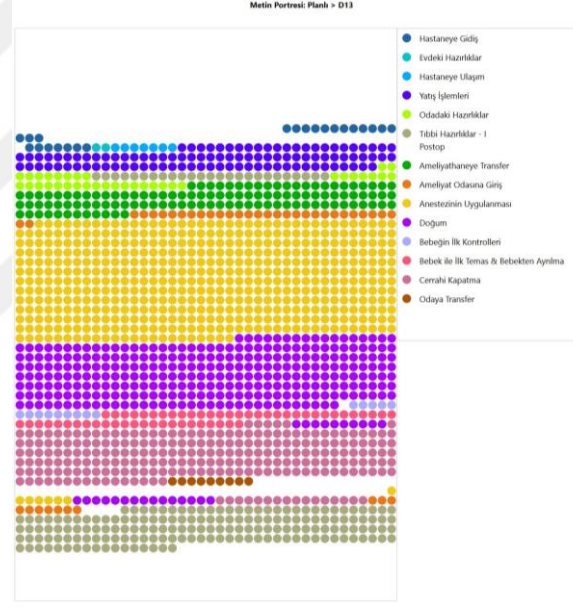


(c)

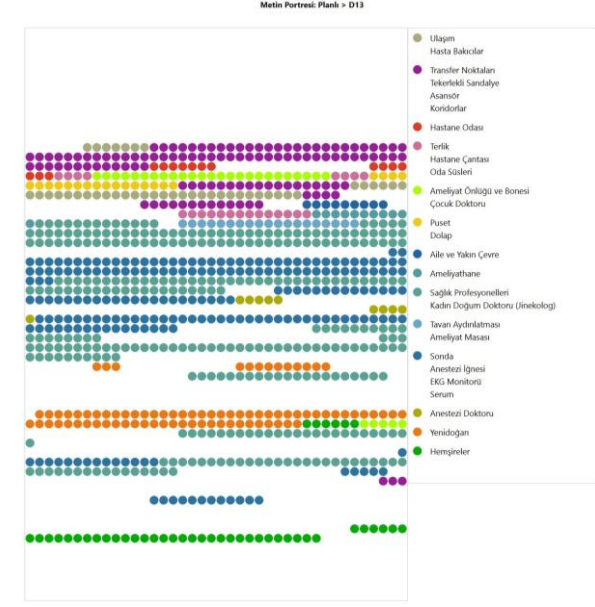
Şekil C.12 : D12 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler



(a)

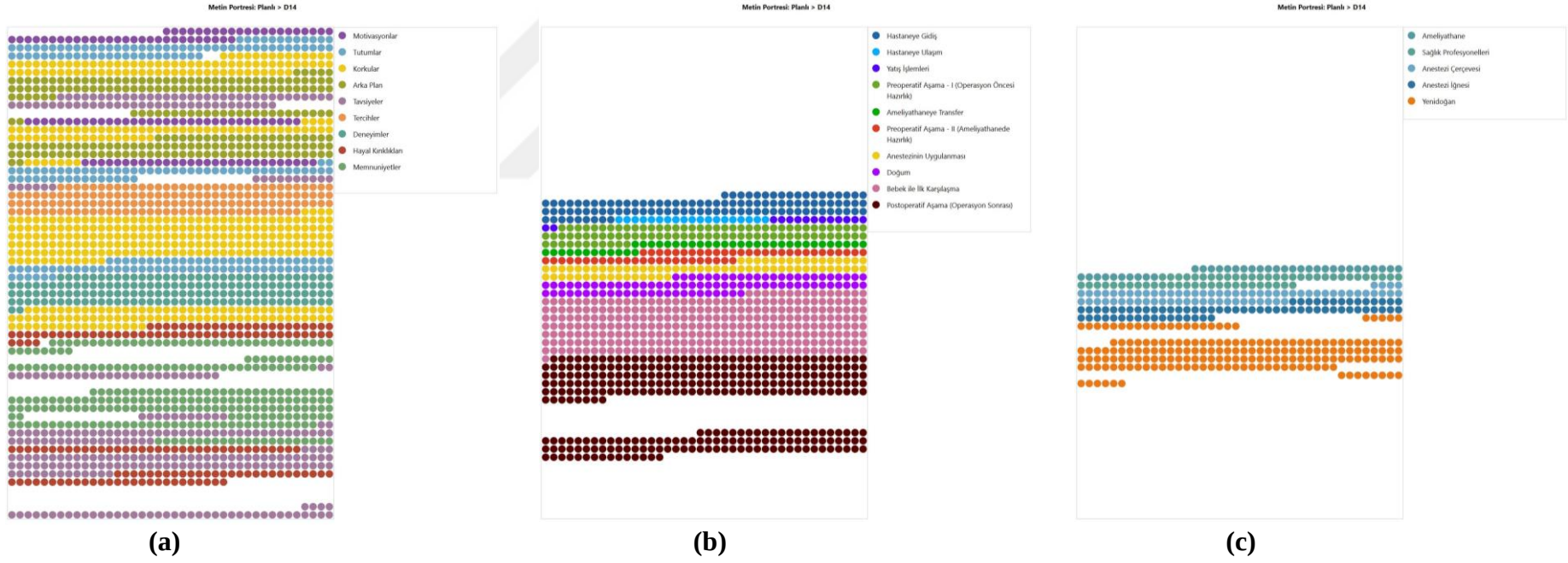


(b)

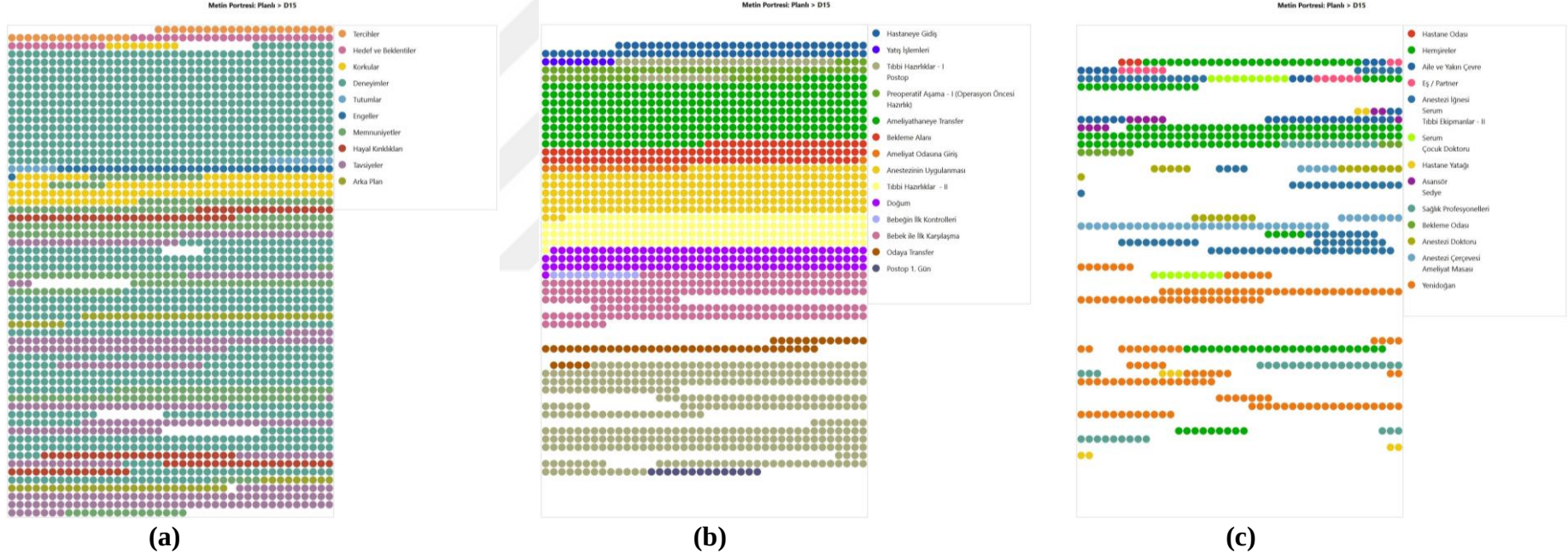


(c)

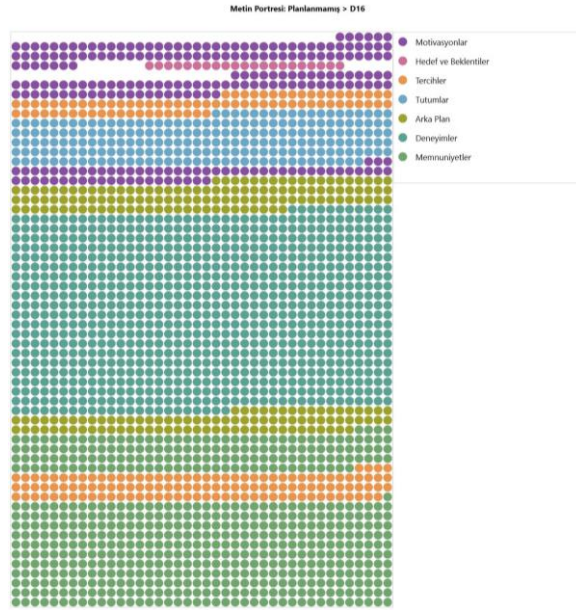
Şekil C.13 : D13 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



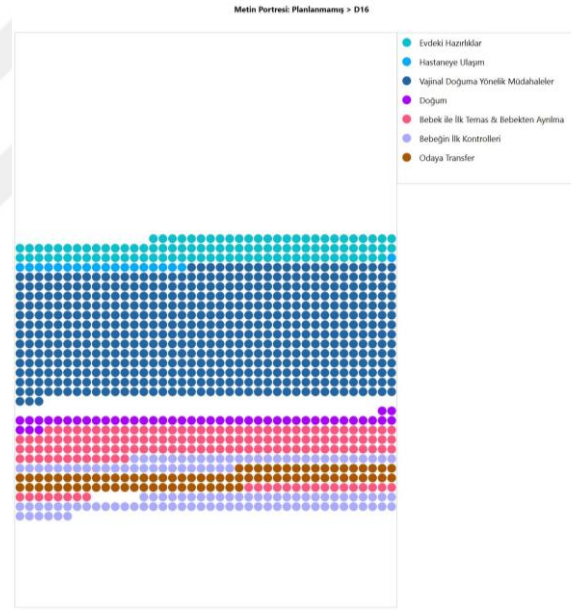
Şekil C.14 : D14 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



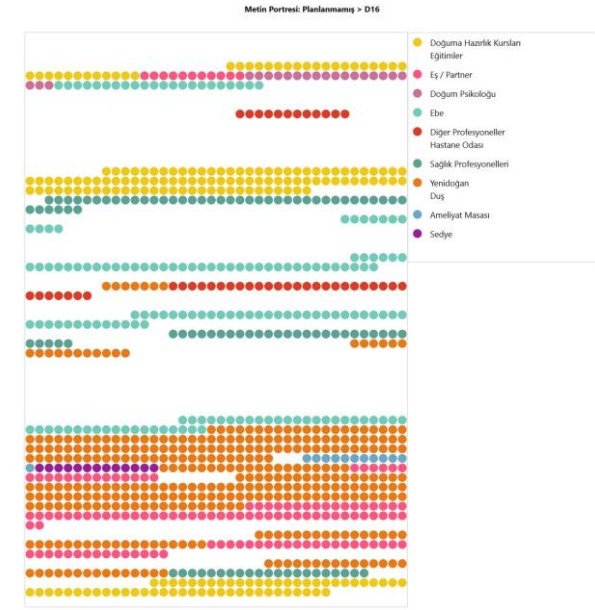
Şekil C.15 : D15 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

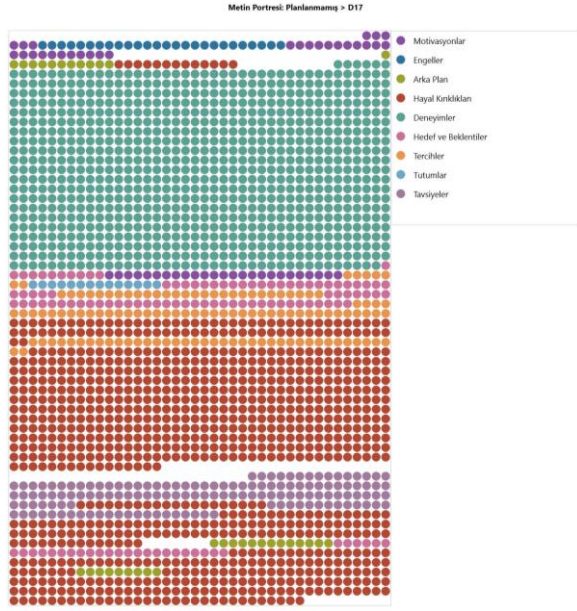


(b)



(c)

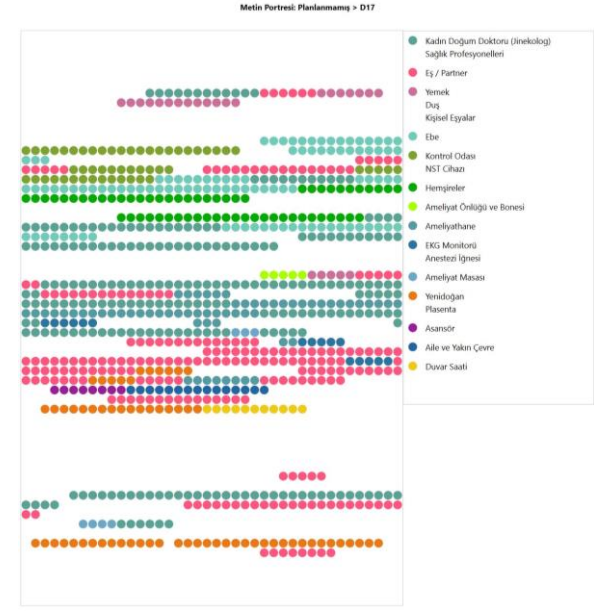
Şekil C.16 : D16 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

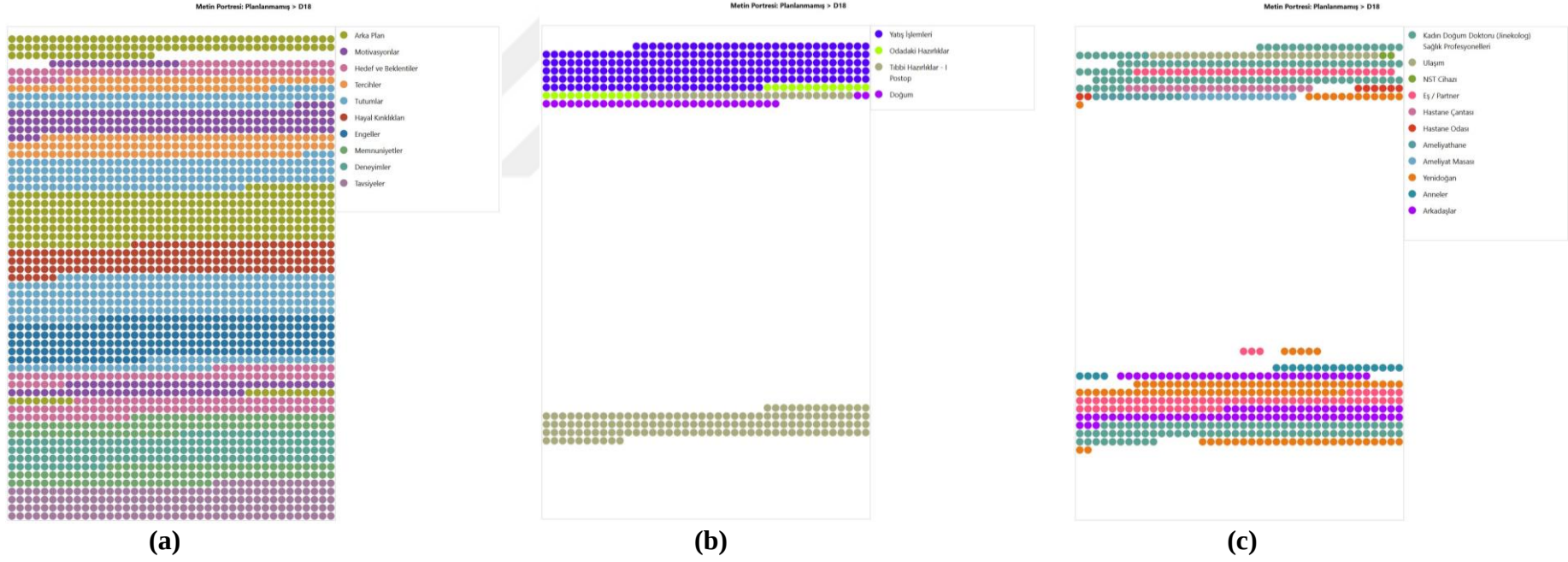


(b)



(c)

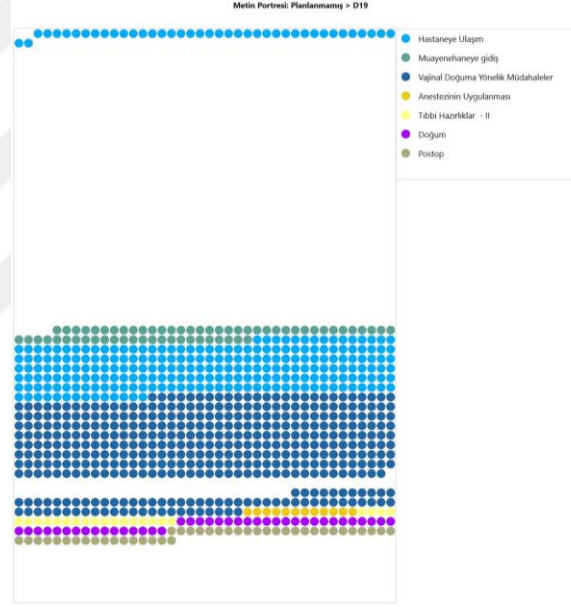
Şekil C.17 : D17 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



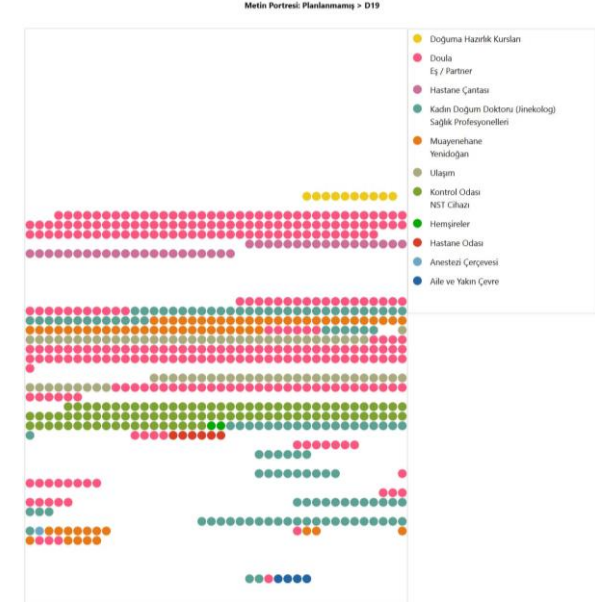
Şekil C.18 : D18 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler



(a)

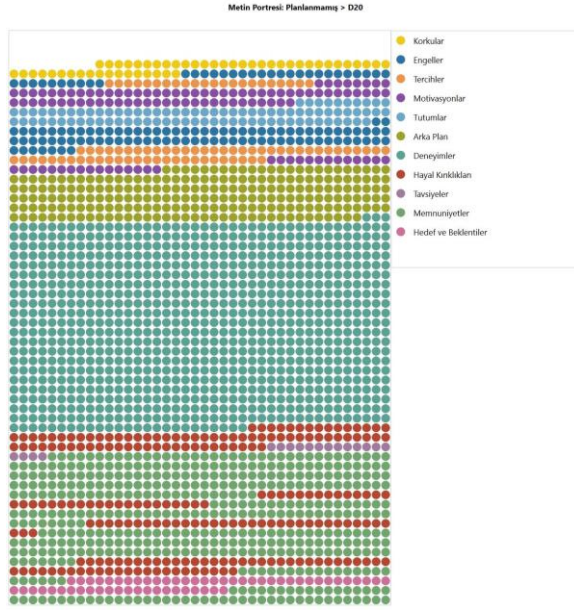


(b)

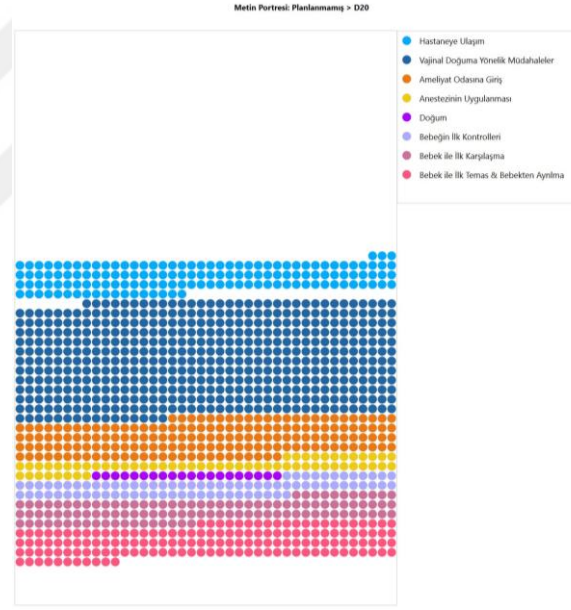


(c)

Şekil C.19 : D19 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

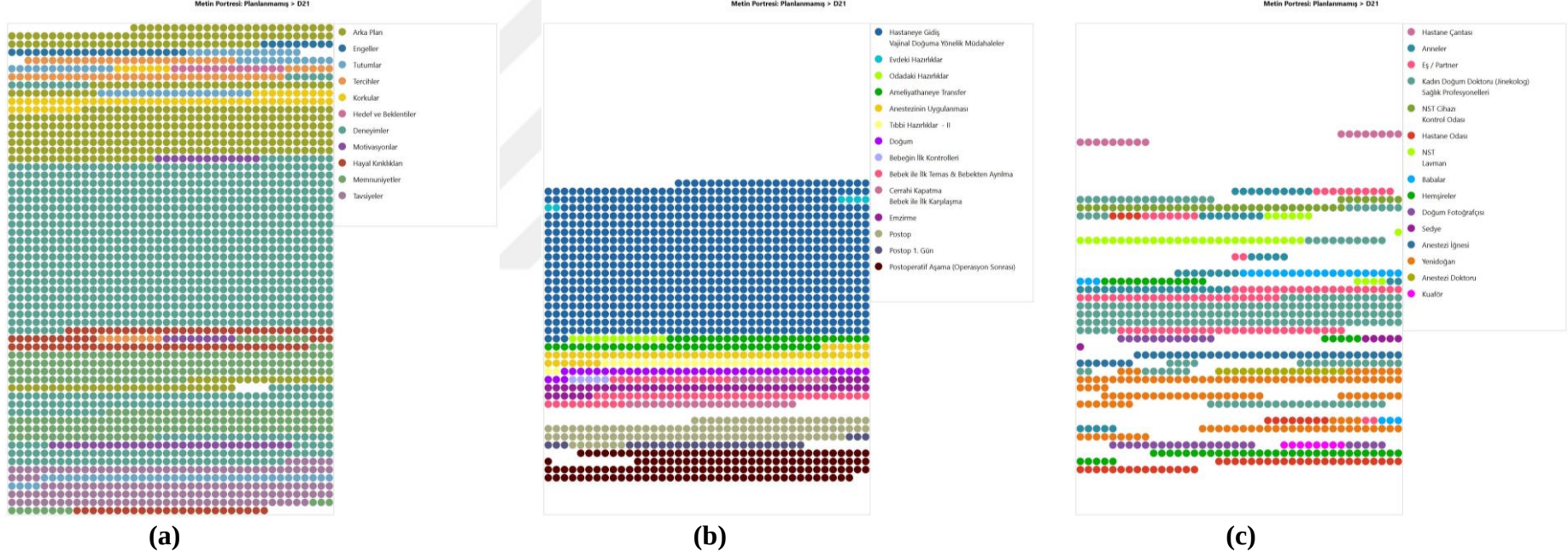


(b)

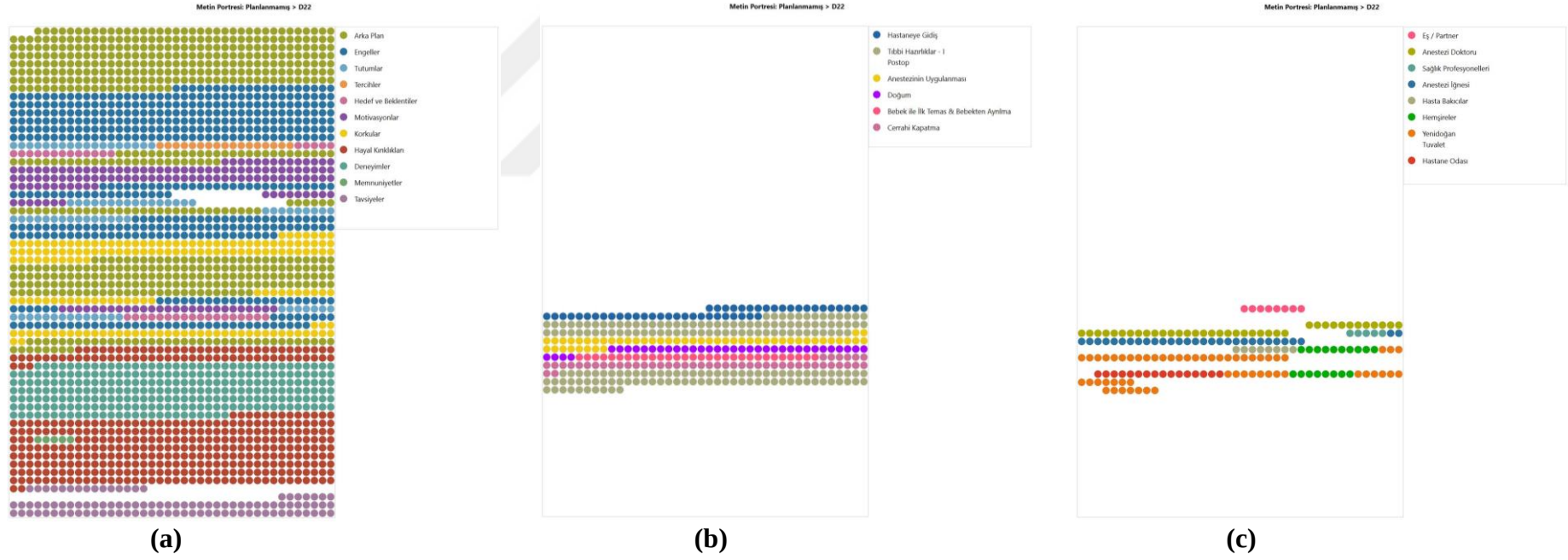


(c)

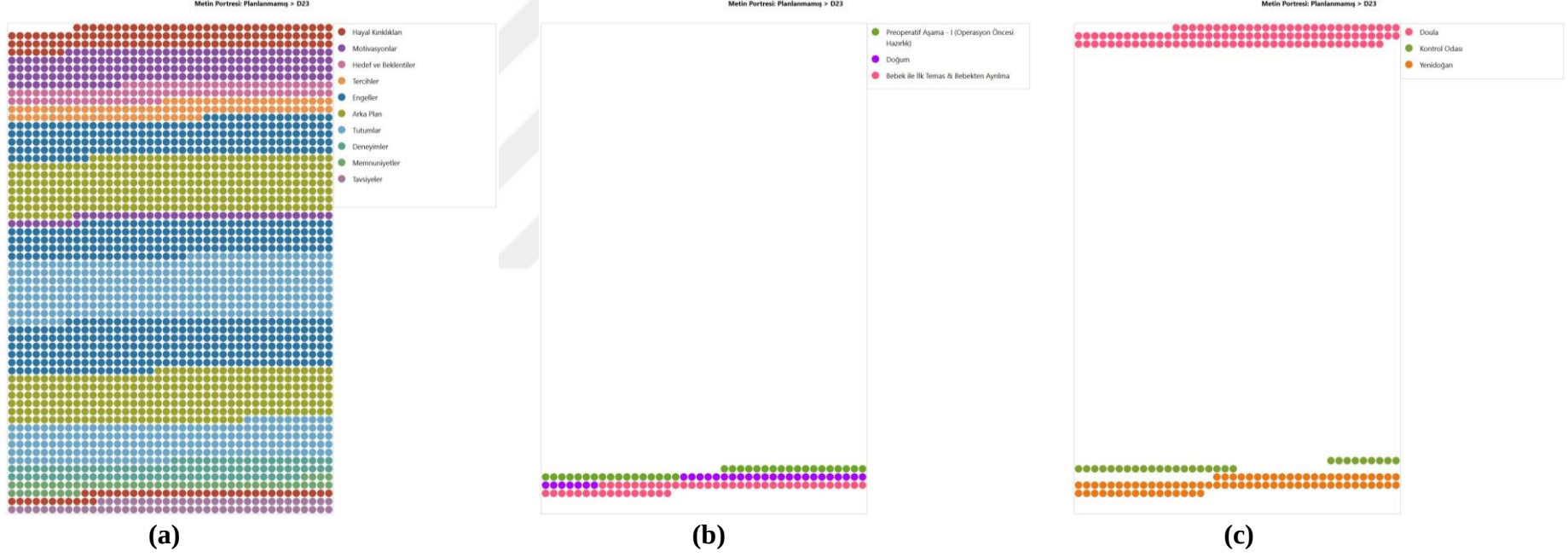
Şekil C.20 : D20 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



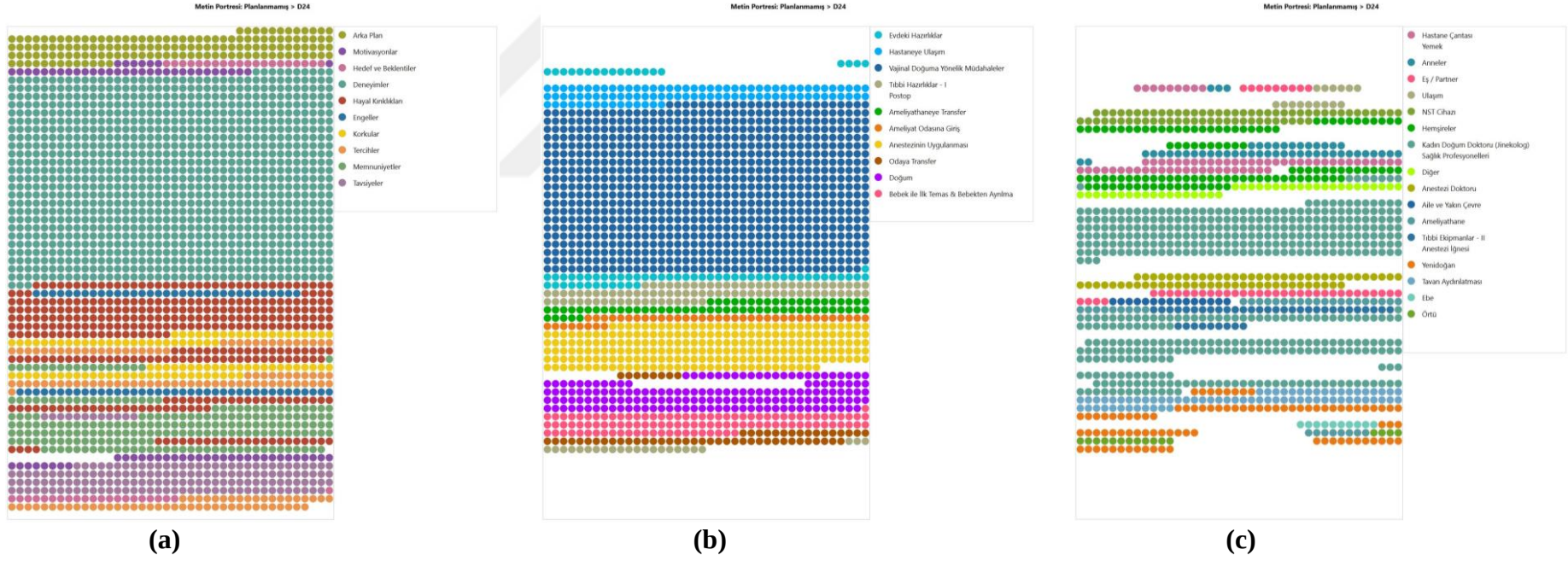
Şekil C.21 : D21 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



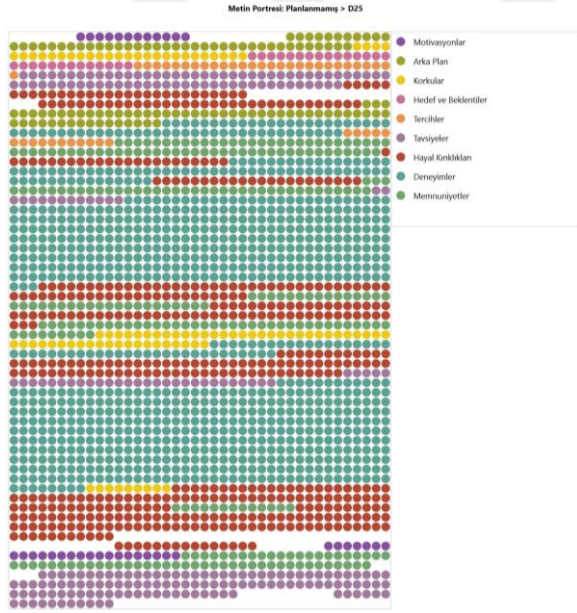
Şekil C.22 : D22 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler



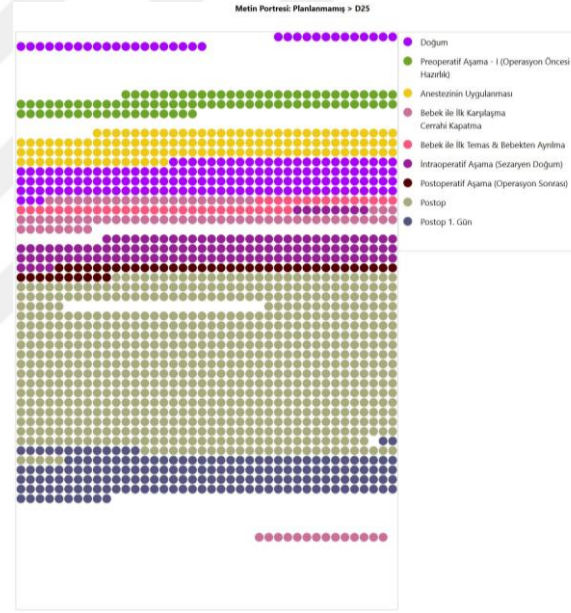
Şekil C.23 : D23 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



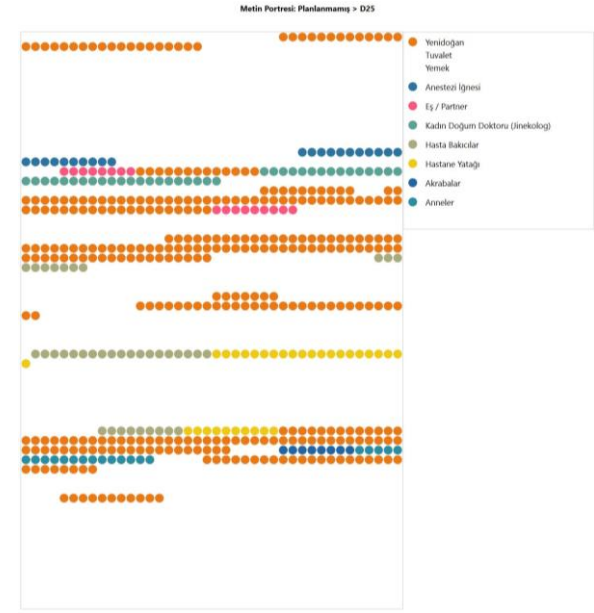
Şekil C.24 :D24 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

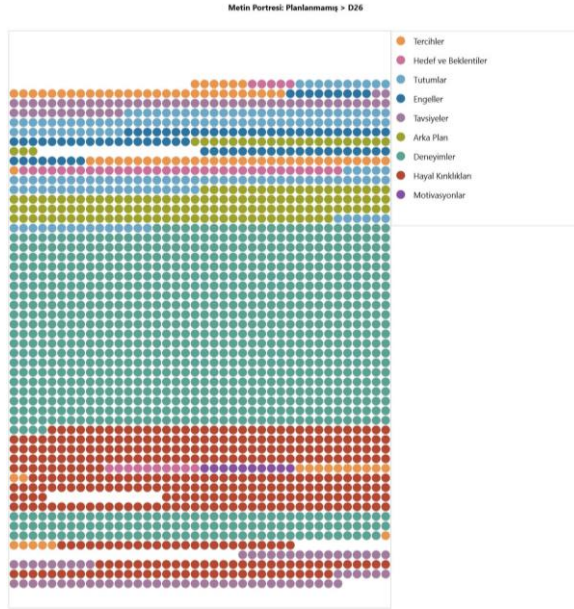


(b)

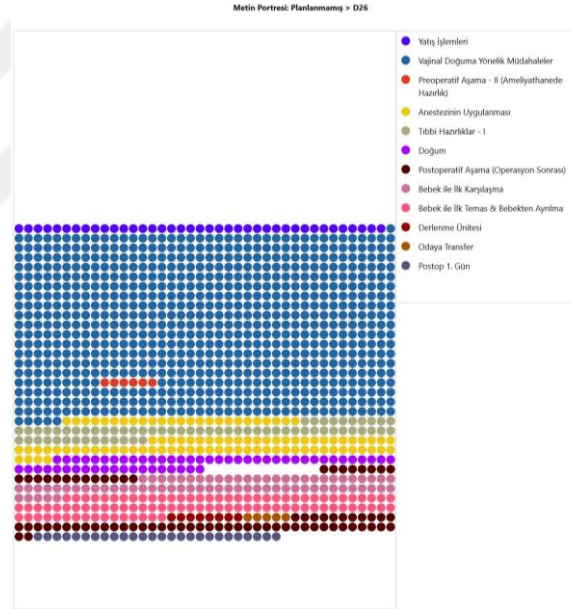


(c)

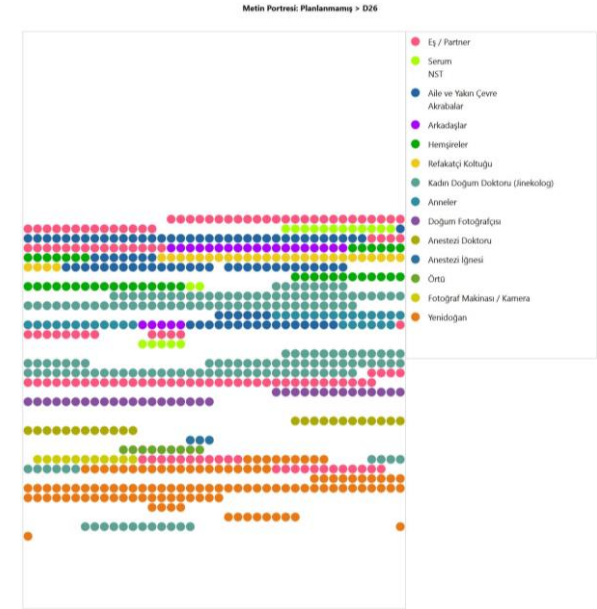
Şekil C.25 : D25 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



(a)

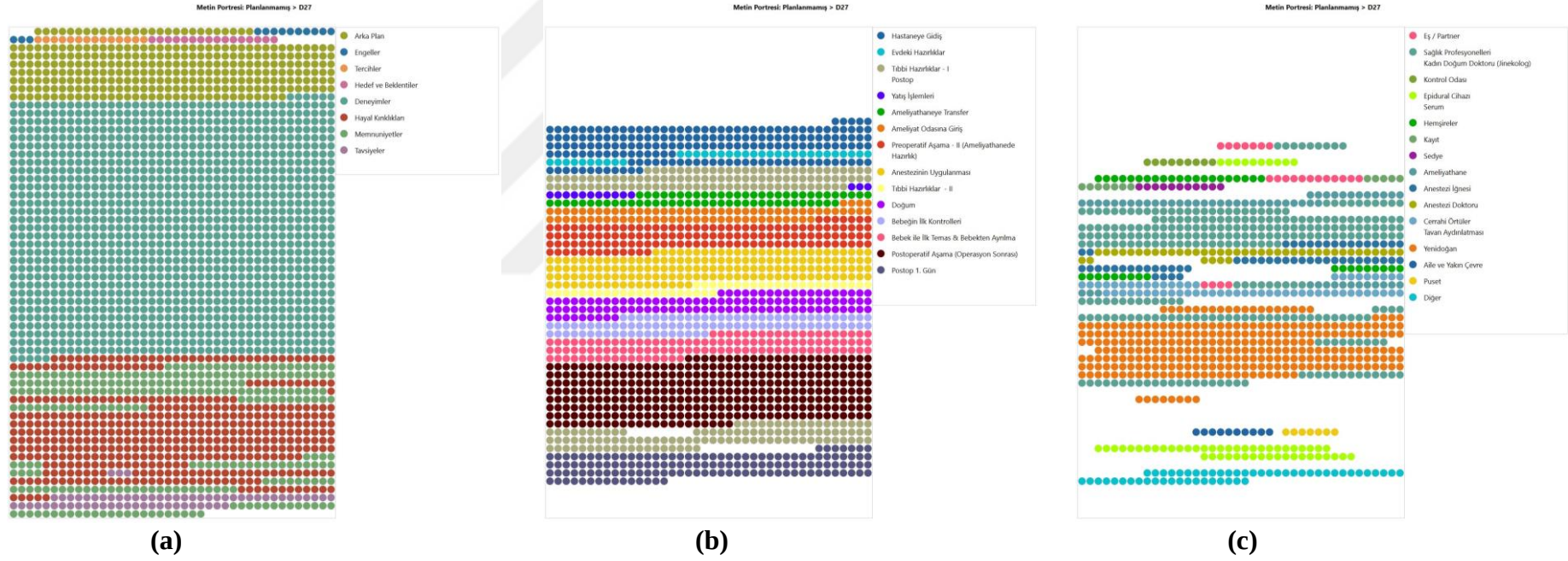


(b)

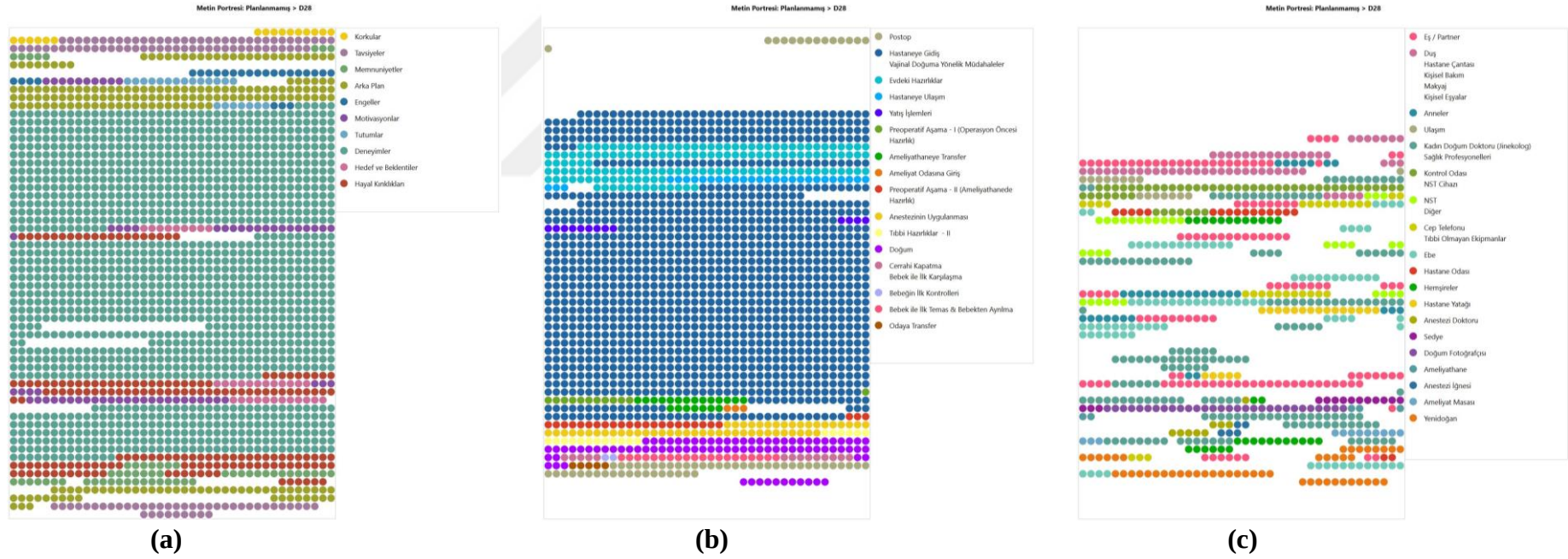


(c)

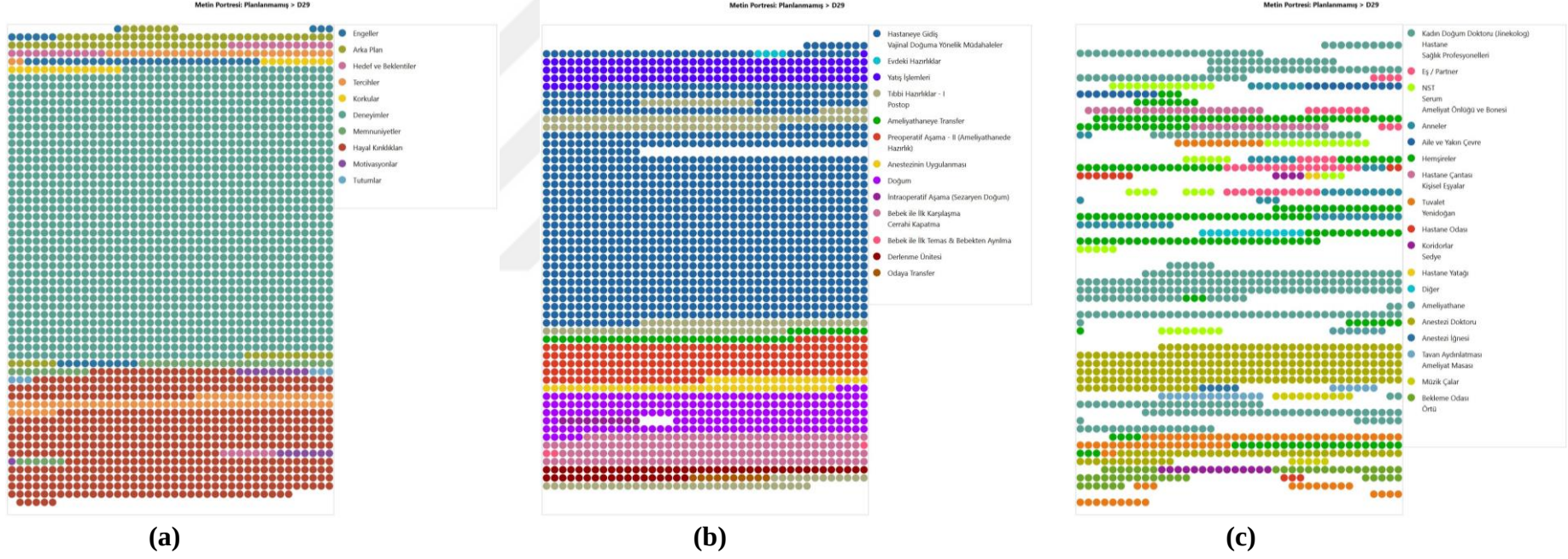
Şekil C.26 : D26 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



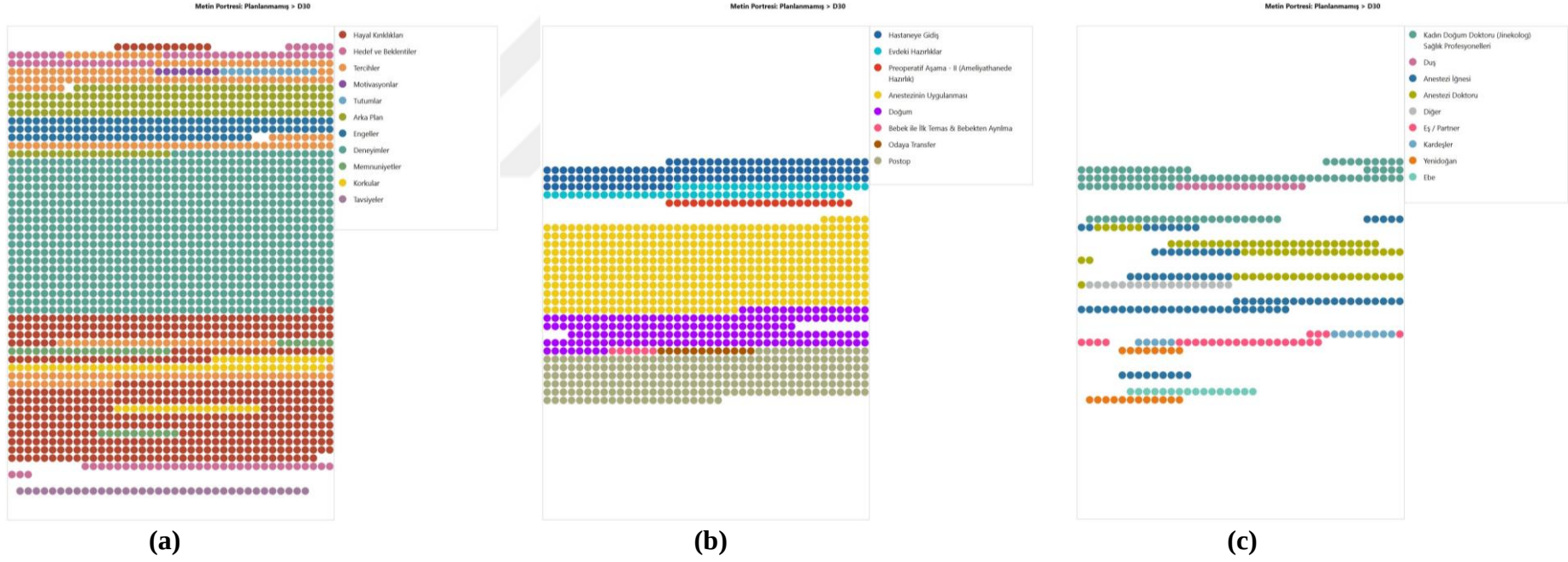
Şekil C.27 : D27 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



Şekil C.28: D28 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



Şekil C.29 : D29 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.



Şekil C.30 : D30 kodlu çevrim içi anlatının belge portreleri: (a) Temalar, (b) Aşamalar, (c) Aktörler.

EK D: Yarı yapılandırılmış görüşme sorularının genişletilmiş versiyonu.

MÜLAKAT SORULARI
GİRİŞ Hanım merhaba, hoşgeldiniz, nasılsınız? Öncelikle çalışmamıza katılmayı kabul ettiğiniz için çok teşekkür ederim. İlk önce, bugün yapacağımız çalışmanın içeriğinden kısaca bahsetmek istiyorum. Hem telefon konuşmamızda hem de e-postamda bahsettiğim gibi, doktora tezim kapsamındaki bu çalışmada, temel olarak doğum deneyimine odaklanıyoruz. Hedefimiz, bu deneyimi yaşayan kadınların perspektifinden, bölgesel anestezi ile sezaryen doğum deneyiminin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi. Bu çalışma kapsamında yaptığımız bu görüşmemizde, doğum deneyiminizi, bir başka ifadeyle 'doğum hikayenizi' öğrenebilmek için size çeşitli sorular yönelteceğim. 12 sorudan oluşan üç ayrı bölümümüz var. Bu sorular içerisinde, doğum sürecinizde yaşadıklarınızla ilgili soruların yanı sıra, doğum öncesi ve doğum sonrası süreçler ile ilgili bazı sorular da yer almaktadır. Her bölüm öncesi, size o bölümde yer alan sorularla ilgili bir ön bilgilendirme yapacağım. Görüşmemiz yaklaşık olarak 1-1,5 saat kadar sürecektir. Görüşme süresince konuştuklarımızı ben bir yandan not alacağım. Anlatıklarınızı tam olarak aktarabilmek için görüşmemizi aynı zamanda görüntülü kayıt altına da alacağım. Görüşmemizde tüm gizlilik ilkelerine uyulacak ve anlatıklarınız sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Son olarak, görüşme sırasında sorulara vereceğiniz her yanıt çalışmam için çok değerli ama size hassas gelen veya kendinizi rahat hissetmediğiniz herhangi bir sorum olursa, cevaplamamayı ya da çalışmadan çekilmeyi tercih edebileceğinizi tekrar hatırlatmak isterim. • Sorulara geçmeden önce, sizin sormak istediğiniz herhangi bir şey var mı? • Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Eğer kendinizi iyi hissediyorsanız sorulara geçebiliriz. • Görüşme sorularından önce, kendinizden kısaca bahsetmek ister misiniz?
1. SERVİS ÖNCESİ DÖNEME AİT SORULAR
İlk olarak doğum öncesi döneminizle ilgili 2 sorum olacak. S.1.1.1. Hamileliğiniz süresince nasıl bir doğum deneyimi yaşamayı hayal ediyordunuz? S.1.1.2. Hayal ettiğiniz gibi bir doğum deneyimi yaşayabilmek için neler yaptınız? Yaptığınız hazırlıklardan ve bu süreçte sizi motive eden şeylerden bahsedebilir misiniz?
2. SERVİS SÜRECİNE AİT SORULAR
Şimdi görüşmemizin 8 sorudan oluşan ikinci kısmına geldik. Bu bölümde doğum için hastaneye gidişinizden başlayarak, doğum sonrası hastaneden çıkışınıza kadar geçen süreçte yaşadıklarınızı öğrenmek istiyorum. Bu süreçte yaşadıklarınızı hatırlamanıza yardımcı olmak için süreci aşama aşama soracağım. Ayrıca doğum sürecinize yönelik soruların yanı sıra ameliyathane ortamı ile ilgili de bir sorum olacak. - İlk olarak doğum yaptığınız gün, hastaneye gidene kadar neler yaşadığınızı öğrenmek istiyorum. S.2.1. Doğum yaptığınız gün, hastaneye gidene kadarki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız? Bu süreçte neler yaptınız? - Sıradaki sorumda hastaneye geldikten sonra, doğum öncesi süreçte yaşadıklarınızı öğrenmek istiyorum. S.2.2. Hastaneye geldikten sonra, ameliyathaneye girişinize kadarki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?

Şekil D.1 : Yarı yapılandırılmış görüşme sorularının genişletilmiş versiyonu.

- Doğum sürecinize geçmeden önce, doğum yaptığınız ameliyathane ortamını merak ediyorum. Onunla ilgili bir sorum olacaktı. Cevaplamak ister misiniz? S.2.3. Doğum yaptığınız ameliyathane ortamını hatırladığınız kadarıyla anlatabilir misiniz? Nasıl bir ortam vardı?
- Sıradaki sorumda ameliyathanedeki doğuma yönelik hazırlık sürecinize ait deneyimlerinizi öğrenmek istiyorum. S.2.4. Doğum başlamadan önce, ameliyathanede sizi doğuma nasıl hazırladılar?
- Sıradaki sorumda doğum için yapılan hazırlıktan sonra, bebeğinizin doğumuna kadar neler yaşadığınızı öğrenmek istiyorum. S.2.5. Doğum başladıktan sonra, bebeğiniz doğana kadarki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
- Sıradaki sorumda bebeğinizin doğumundan sonraki sürecin nasıl ilerlediğini öğrenmek istiyorum. S.2.6 Bebeğiniz doğduktan sonra, ameliyathanedeki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
- Sıradaki sorumda ameliyathanedeki süreç tamamlandıktan sonra neler yaşadığınızı öğrenmek istiyorum. S.2.7. Ameliyathaneden çıktıktan sonra, kendi hastane odanıza gidene kadarki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
- Bu bölümle ilgili son sorum ise, doğum sonrası kendi hastane odanızdaki deneyimlerinizi öğrenmeye yönelik. S.2.8. Hastane odanıza geldikten sonra, hastaneden çıkana kadarki süreçle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
3. SERVİS SONRASI DENEYİMİ DEĞERLENDİRMeye YÖNELİK SORULAR
İkinci bölüme ait sorularımızı tamamladık. Şimdi son bölüme geçeceğiz. Bu bölümde, doğum deneyiminizi değerlendirmenize yönelik 2 sorum olacak. Soruları cevaplarken, bugün üzerinde konuştuğumuz tüm doğum sürecinizi düşünmenizi rica ediyorum.
S.3.1a. Tüm aşamalarıyla değerlendirecek olursanız, hayal ettiğiniz gibi bir doğum deneyimini yaşadığınızı düşünüyor musunuz? Nedenlerini paylaşır mısınız?
S.3.1b Sizce bu süreç nasıl daha iyi olabilirdi?
S.3.2. Bu deneyimi yaşayacak kadınlara hangi tavsiyelerde bulunursunuz?
KAPANIŞ Hanım, benim soracaklarım bu kadardı. Cevaplarınız çok yardımcı oldu. Eklemek istediğiniz bir şey var mı? Şu an hatırlayamadığınız ama paylaşmak istediğiniz herhangi bir şey olursa ya da araştırmanın sonuçları hakkında bilgi almak isterseniz, her zaman e-posta ve telefon ile bana ulaşabilirsiniz. Vakit ayırdığınız ve değerli katkılarınız için tekrar çok teşekkür ediyorum.

Şekil D.1 (devam) : Yarı yapılandırılmış görüşme sorularının genişletilmiş versiyonu.

EK E: Mülakat protokolü.

MÜLAKAT PROTOKOLÜ
ÇALIŞMANIN ADI: Doğum Deneyimine Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Kapsayıcı Tasarım Açısından Değerlendirilmesi Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Gülname TURAN Yardımcı Araştırmacı: Arş. Gör. Hatice Kübra YILDIZ Katılımcılar: Son on yıl içerisinde bölgesel anestezi ile sezaryen doğum yapan kadınlar Katılımcı Sayısı: 10-15 kişi
Çalışmanın Prosedürleri
<i>Zoom Platformu üzerinden çevrimiçi olarak yürütülmesi planlanan çalışma prosedürleri:</i> • Çalışmaya katılma konusunda istekli kişiler (gönüllüler) ile <i>telefon</i> aracılığıyla <i>ön görüşme</i> yapılarak, çalışma hakkında <i>sözlü bilgilendirme</i> yapılması (<i>çalışmanın içeriği ve prosedürler</i> hk.) • Ön görüşme sonrası, çalışmaya katılmak için istekli kişiler (gönüllüler) ile <i>e-posta</i> aracılığıyla EK 1’de yer alan davet metni (E-posta 1) paylaşarak, çalışma hakkında <i>yazılı bilgilendirme</i> yapılması ve <i>bilgilendirilmiş onam formunun</i> (EK 2) paylaşılması • Görüşme yapmayı kabul edilen katılımcılar ile EK 1’de yer alan e-posta (E-posta 2) paylaşarak, mülakat tarihinin netleştirilmesi • Mülakat tarihi netleştirildikten sonra, katılımcılarla EK 1’de yer alan e-posta (E-posta 3) paylaşarak, Zoom bağlantı bilgilerinin iletilmesi • Katılımcılar ile <i>açık uçlu sorular</i> aracılığıyla <i>yarı yapılandırılmış çevrimiçi görüşmelerin</i> yapılması ve görüşmelerin kayıt altına alınması • Kayıt altına alınan görüşmelerin transkripsiyonun yapılması • Talep edildiği takdirde, katılımcıların çalışma sonucu hakkında bilgilendirilmesi
Mülakat Süreci
• Çalışmaya katılım için teşekkür • Araştırmanın içeriği ve mülakat süreci hakkında bilgilendirme yapılması • Mülakat için hazırlanan açık uçlu soruların katılımcıya sorulması • Kapanış ve teşekkür <i>Toplam Soru Sayısı: 12 soru</i> <i>Tahmini Süre: 60-90 dk.</i>
Mülakat Sorularının Yapısı
1. HİZMET ÖNCESİ DÖNEME AİT SORULAR: Katılımcının ilgili hizmet öncesi yaşadığı deneyimleri öğrenmeye yönelik sorular 2. HİZMET SÜRECİNE AİT SORULAR: Katılımcının ilgili hizmet sürecinde yaşadığı deneyimleri öğrenmeye yönelik sorular 3. HİZMET SONRASI DENEYİMİ DEĞERLENDİRMEYE YÖNELİK SORULAR: Katılımcının ilgili hizmet sonrası yaşadığı deneyimi değerlendirmesine yönelik sorular <i>* Bu araştırmada ‘Hizmet’ kavramı, doktora tezi kapsamındaki ilgili sağlık hizmetine (doğum hizmeti) karşılık gelmektedir.</i>

Şekil E.1 : Mülakat protokolü.

EK F: Etik kurul onay belgesi.

İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU DEĞERLENDİRME SONUCU	
PROJE NUMARASI: 264 TARİH:16.06.2022	
1.	Projenin Adı ve Yürütücüsü: Projenin Adı: Doğum Deneyimine Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Kapsayıcı Tasarım Açısından Değerlendirilmesi Proje Yürütücüsü: Prof. Dr. Gülname TURAN Araştırmacı: Hatice Kübra YILDIZ
2.	Projenin Amacı (azami 100 kelime) : Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan önemli dönüşümlerle birlikte, 'tıbbi bakım' terimi, yerini 'sağlık bakımı' olarak bilinen yeni bir paradigmaya bırakmıştır. Tıbbi bakım, psiko-sosyal boyutu da içerecek şekilde değişmiş; deneyimsel faktörleri ve toplumsal hedefleri içeren tasarım yaklaşımlarını bir sağlık odağı haline dönüştürmüştür. Günümüz sağlık sektöründe giderek daha çok önem kazanan bu eğilim ise, sektörü kullanıcı odaklı tıbbi cihaz tasarımlarından, tıbbi hizmetin sunumuna kadar çok geniş bir alanda etkilemiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerine yönelik ürün-hizmet sistemlerinin insan odaklı bütüncül bir tasarım yaklaşımıyla ele alınması amaçlanmakta; <i>'bölgesel anestezi' ile sezaryen doğum yapan kadınların perspektifinden, doğum deneyiminin derin bir anlayışla ele alınarak iyileştirilmesi ve geliştirilmesi'</i> üzerine bir araştırma yürütülmesi planlanmaktadır.
3.	Projenin Yöntemi (azami 100 kelime) : Bu çalışmada, bölgesel anestezi ile sezaryen doğum yapan katılımcıların doğum deneyimlerine yönelik verilerin elde edilmesi amacıyla, Zoom Platformu üzerinden çevrim içi yüz yüze görüşmelerin yapılması planlanmaktadır. Bu görüşmelerde, önceden hazırlanmış bir soru protokolüne bağlı olarak yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılacaktır.

Şekil F.1 : Etik kurul onay belgesi.

- ☒ Proje değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun BULUNMUŞTUR.
- ☐ Proje değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun BULUNMAMIŞTIR.
- ☐ Proje değerlendirilmiş ve etik kurul belgesine GEREK DUYULMAMIŞTIR.

Projenin Adı ve Yürütücüsü:

TARİH: 16.06.2022

Projenin Adı: Doğum Deneyimine Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Kapsayıcı Tasarım Açısından Değerlendirilmesi

Proje Yürütücüsü: Prof. Dr. Gülname TURAN

Araştırmacı: Hatice Kübra YILDIZ

[The following section contains several lines of text, each followed by a signature and a date, which are mostly illegible due to blurring. The text appears to be a list of approvals or comments.]

Şekil F.1 (devam) : Etik kurul onay belgesi.

EK G: Mülakat süreciyle ilgili katılımcı bilgilendirme e-postaları

E-POSTA 1:

..... Hanım merhaba,

İstanbul Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Endüstriyel Tasarım Doktora Programı'nda Prof. Dr. Gülname Turan danışmanlığında yürütmekte olduğum 'Doğum Deneyimine Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Kapsayıcı Tasarım Açısından Değerlendirilmesi' konusundaki araştırmamda desteğinizi talep etmek için sizinle telefonda görüşmüştük. Bu talebimi size yazılı olarak da beyan etmek amacıyla yazıyorum.

Telefonla yaptığımız ön görüşmede de belirttiğim gibi, tezimde temel olarak doğum deneyimine odaklanıyorum. Bu çalışmada, doğum deneyiminin, bölgesel anestezi (*epidural anestezi, spinal anestezi, kombine spinal epidural anestezi*) ile sezaryen doğum yapan kadınların perspektifinden ele alınarak iyileştirilmesi ve geliştirilmesini amaçlıyorum.

Eğer katılmayı uygun görürseniz Zoom platformu üzerinden çevrimiçi olacak şekilde yüz yüze bir görüşme planlayarak ilerleyeceğiz. Yapacağımız görüşmenin 60 – 90 dakikada tamamlanması hedeflemekteyim. Görüşme esnasında konuştuklarımızı daha sonra hatırlayabilmek adına, görüntülü kayıt alacağım.

Temelde sizin doğum hikayenizi öğrenmek istediğim bu görüşme, '*doğum öncesi döneme ait sorular, doğum sürecine ait sorular ve doğum sonrası süreci değerlendirmeye yönelik sorular*' olmak üzere üç bölümden oluşuyor. Sorulardan, size hassas gelen, kendinizi rahat hissetmediğiniz ya da uygun bulmadıklarınız olursa bunları cevaplamamayı tercih edebilirsiniz.

Gönüllülük esasına dayanarak yapacağımız görüşmemizden elde edilen veriler tüm gizlilik ilkelerine uyularak sadece bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır.

Ek'te araştırmanın içeriği ve görüşme süreciyle ilgili '**Bilgilendirilmiş Onam Formu**' yer alıyor. Katılmaya karar vererseniz, bu forma dijital imzanızı ekleyerek, pdf formatında benimle paylaşabilir misiniz?

Herhangi bir sorunuz olursa veya daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız çekinmeden benimle iletişim kurabilirsiniz.

Görüşmek dileğiyle,

Araş. Gör. Hatice Kübra YILDIZ

İstanbul Teknik Üniversitesi

Endüstriyel Tasarım Bölümü

Şekil G.1 : Katılımcı bilgilendirme e-postası 1.

E-POSTA 2:

.... Hanım tekrar merhaba,

Doktora tezim kapsamında yürütmekte olduğum çalışmama katılımınız ve katkınız için şimdiden çok teşekkür ediyorum.

Görüşme gününü netleştirebilmek için, ' .../.../... - .../.../...' tarihleri arasında uygun olduğunuz gün ve saatleri paylaşabilir misiniz?

Görüşme gününü netleştirdince Zoom platformu üzerinden gerçekleştireceğimiz çevrim içi görüşme linkini sizinle paylaşacağım.

Görüşmek üzere,

Araş. Gör. Hatice Kübra YILDIZ
İstanbul Teknik Üniversitesi
Endüstriyel Tasarım Bölümü

Şekil G.2 : Katılımcı bilgilendirme e-postası 2.

E-POSTA 3:

.... Hanım tekrar merhaba,

Geri dönüşünüz için teşekkür ediyorum.

.../.../... tarihinde, ... - ... saatleri arasında, Zoom platformu üzerinden gerçekleştirmeyi planladığımız çevrim içi görüşme linkini aşağıda paylaşıyorum:

Zoom Linki:
Toplantı Kimliği:
Parola:

Herhangi bir sorunuz olursa bana istediğiniz zaman e-posta ya da telefonla ulaşabilirsiniz.

Görüşmek üzere,

Araş. Gör. Hatice Kübra YILDIZ
İstanbul Teknik Üniversitesi
Endüstriyel Tasarım Bölümü

Şekil G.3 : Katılımcı bilgilendirme e-postası 3.

EK H: Bilgilendirilmiş onam formu.

Bilgilendirilmiş Onam Formu
İstanbul Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Endüstriyel Tasarım Bölümü öğretim elemanı Araş. Gör. Hatice Kübra YILDIZ tarafından, <i>'Doğum Deneyimine Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Kapsayıcı Tasarım Açısından Değerlendirilmesi'</i> konusunda yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmada katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız her hangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.
ÇALIŞMANIN ADI: Doğum Deneyimine Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Kapsayıcı Tasarım Açısından Değerlendirilmesi
ÇALIŞMANIN AMACI: Bu çalışmada, sağlık hizmetlerine yönelik ürün-hizmet sistemlerinin insan odaklı bütüncül bir tasarım yaklaşımıyla ele alınarak, 'bölgesel anestezi* ile sezaryen doğum yapan kadınların perspektifinden, doğum deneyiminin derin bir anlayışla ele alınarak iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amaçlanmaktadır. <i>*İlgili çalışmada kullanılan 'bölgesel anestezi' terimi, sezaryen doğumlarda kullanılan 'epidural anestezi, spinal anestezi veya kombine spinal epidural anestezi' şeklinde ifade edilen anestezi türlerini kapsamaktadır.</i>
PROSEDÜRLER: Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar: Bölgesel anestezi ile sezaryen doğum yapan katılımcıların doğum deneyimlerine yönelik verilerin elde edilmesi amacıyla, • Zoom Platformu üzerinden çevrim içi olarak yüz yüze görüşmelerin yapılması**, • Görüşme sırasında görüntülü kayıt alınması şeklindedir. Yapılacak görüşmelerin 60-90 dakika arasında tamamlanması hedeflenmektedir. Görüşme soruları, <i>'doğum öncesi döneme ait sorular, doğum sürecine ait sorular ve doğum sonrası süreci değerlendirmeye yönelik sorular'</i> olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. <i>** Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeniz halinde, görüşme öncesi e-posta ile görüşme günü netleştirilecek ve görüşme linki sizinle paylaşılacaktır.</i>
OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR: Görüşme soruları 'doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası' süreçleri kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Bu nedenle sizin için hassas olabilecek konulara değinen sorular olabilir. Böyle

Şekil H.1 : Bilgilendirilmiş onam formu.

bir durumda kendinizi rahat hissetmediğiniz ya da uygun bulmadığınız hiçbir soruyu cevaplamama hakkınız bulunmaktadır.

TOPLUMA VE/VEYA DENEKLERE OLASI FAYDALARI:

Bölgesel anestezi ile sezaryen doğum yapacak kadınlara, daha iyi bir doğum deneyimi yaşatacak çevre, ürün ve hizmetler tasarlanmasına yönelik:

- *Beklenti ve ihtiyaçların tanımlanması*
- *Fırsatların keşfedilmesi*
- *İç görülerin oluşturulması*
- *Çözüm önerilerinin geliştirilmesi*

ONAM FORMU TALEP YÖNTEMİ:

☒ yazılı belge ☐ sözlü ☐ sesli kayıt ☐ görüntülü kayıt

GİZLİLİK:

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, üçüncü kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir. Gizlilik, tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacıyla sınırlı kalacaktır. Araştırma sonuçları tüm gizlilik ilkelerine uyularak sadece bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır. Tüm veriler sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veritabanında tutulacaktır.

KATILIM VE AYRILMA:

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen bağımsız ve etki altında kalmadan karar veriniz. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmaya karar vermeniz halinde dahi, sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir cezaya maruz kalmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ:

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Prof. Dr. Gülname TURAN
İstanbul Teknik Üniversitesi
Endüstriyel Tasarım Bölümü

Araş. Gör. Hatice Kübra YILDIZ
İstanbul Teknik Üniversitesi
Endüstriyel Tasarım Bölümü

Şekil H.1 (devam) : Bilgilendirilmiş onam formu.

EK I: MAXQDA genişletilmiş kod listesi

1. Kendini Tanıtma	
2. Arkaplan.....	
3. Ana Aktörü Tanıma.....	
3.1. Hedefler ve Beklentiler	
3.2. Tercihler	
3.2.1. Doğum Sekline Yönelik Tercihler	
3.2.2. Doğum Tarihi Tercihleri.....	
3.2.3. Doktor Tercihleri	
3.2.4. Hastane Tercihleri	
3.3. Motivasyonlar	
3.3.1. Profesyonel destek	
3.3.2. Fiziksel ve spiritüel aktiviteler	
3.3.3. Kişisel bakım ve sağlıklı yaşam.....	
3.3.4. Mental hazırlıklar.....	
3.3.5. Doğum / Bebek / Hastane için yapılan hazırlıklar	
3.4. Tutumlar	
3.5. Korkular.....	
3.6. Engeller	
4. Aşamalar	
4.1. Hastaneye Gidiş	
4.1.1. Evdeki Hazırlıklar.....	
4.1.2. Hastaneye Ulaşım	
4.1.3. Yatış İşlemleri	
4.1.4. Duygular (Hastaneye Gidiş)	
4.1.5. Düşünceler (Hastaneye Gidiş)	
4.1.6. Davranışlar (Hastaneye Gidiş).....	
4.1.7. Fiziksel Deneyimler (Hastaneye Gidiş)	
4.2. Vajinal Doğuma Yönelik Müdahaleler	
4.2.1. Duygular (Vajinal Doğuma Yönelik)	
4.2.2. Düşünceler (Vajinal Doğuma Yönelik)	
4.2.3. Davranışlar (Vajinal Doğuma Yönelik)	
4.2.4. Fiziksel Deneyimler.....	
4.3. Preoperatif Aşama - I (Operasyon Öncesi Hazırlık)	
4.3.1. Odadaki Hazırlıklar	
4.3.2. Tıbbi Hazırlıklar I	
4.3.3. Ameliyathaneye Transfer.....	
4.3.4. Duygular (Pre Opr. I)	
4.3.5. Düşünceler (Pre Opr. I).....	
4.3.6. Davranışlar (Pre Opr. I)	
4.3.7. Fiziksel Deneyimler (Pre. Opr. I)	
4.4. Preoperatif Aşama - II (Ameliyathanede Hazırlık)	
4.4.1. Ameliyathane Odasına Giriş.....	
4.4.2. Anestezinin Uygulanması.....	
4.4.3. Tıbbi Hazırlıklar II	
4.4.4. Duygular (Pre. Opr. II)	
4.4.5. Düşünceler (Pre. Opr. II)	
4.4.6. Davranışlar (Pre. Opr. II)	
4.4.7. Fiziksel Deneyimler (Pre. Opr. II)	

Şekil I.1 : MAXQDA genişletilmiş kod listesi.

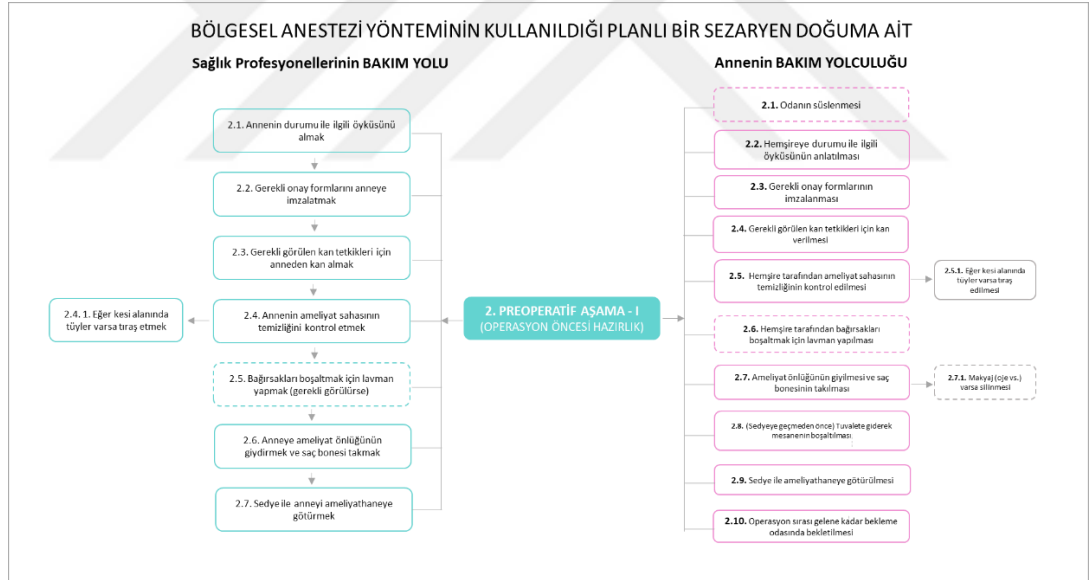
<u>4.5. İntraoperatif Aşama (Sezaryen Doğum).....</u>	
<u>4.5.1. Doğum</u>	
<u>4.5.2. Bebekle İlk Karşılaşma</u>	
<u>4.5.3. Bebeğin İlk Kontrolleri.....</u>	
<u>4.5.4. Bebek ile İlk Temas.....</u>	
<u>4.5.5. Bebekten Ayrılma.....</u>	
<u>4.5.6. Cerrahi Kapatma.....</u>	
<u>5.5.7. Duygular (İntra Opr.).....</u>	
<u>5.5.8. Düşünceler (İntra Opr.)</u>	
<u>5.5.9. Davranışlar (İntra Opr.).....</u>	
<u>5.5.10. Fiziksel Deneyimler (İntra Opr.).....</u>	
<u>4.6. Postoperatif Aşama (Operasyon Sonrası)</u>	
<u>4.6.1. Derlenme Ünitesi</u>	
<u>4.6.2. Odaya Transfer</u>	
<u>4.6.4. Postop (operasyon günü).....</u>	
<u>4.6.5. Postop 1. gün.....</u>	
<u>4.6.6. Postop 2. gün.....</u>	
<u>4.6.7. Postop 3. gün.....</u>	
<u>4.6.8. Duygular (Post Opr.)</u>	
<u>4.6.9. Davranışlar (Post Opr.).....</u>	
<u>4.6.10. Düşünceler (Post Opr.).....</u>	
<u>4.6.11. Fiziksel Deneyimler (Post Opr.).....</u>	
<u>5. Aktörler</u>	
<u>5.1. İnsan Aktörler</u>	
<u>5.1.1. Yenidoğan</u>	
<u>5.1.2. Aile ve Yakın Çevre.....</u>	
<u>5.1.3. Sağlık Profesyonelleri.....</u>	
<u>5.1.4. Diğer Profesyoneller</u>	
<u>5.2. İnsan Olmayan Aktörler</u>	
<u>5.2.1. Hastane</u>	
<u>5.2.2. Ev</u>	
<u>5.2.3. Ulaşım</u>	
<u>5.2.4. Muayenehane.....</u>	
<u>8. Hayal Kırıklıkları</u>	
<u>9. Memnuniyet.....</u>	
<u>10. Tavsiyeler</u>	

Şekil I.1(devam) : MAXQDA genişletilmiş kod listesi.

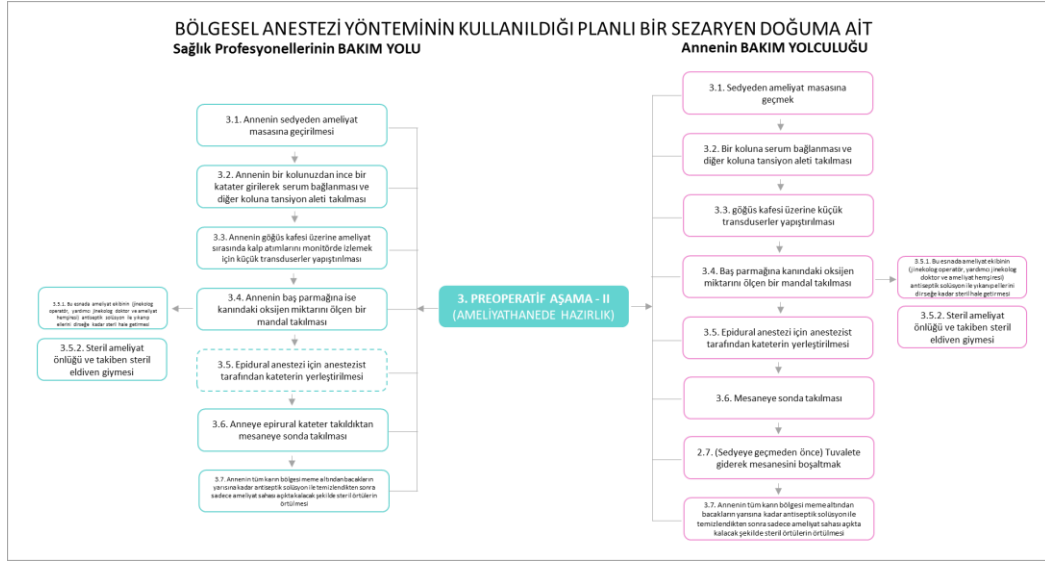
EK İ: Bölgesel anestezi ile sezaryen doğuma ait bakım yolu aşamalarının bakım yolculuğu aşamalarına dönüştürülmesi.



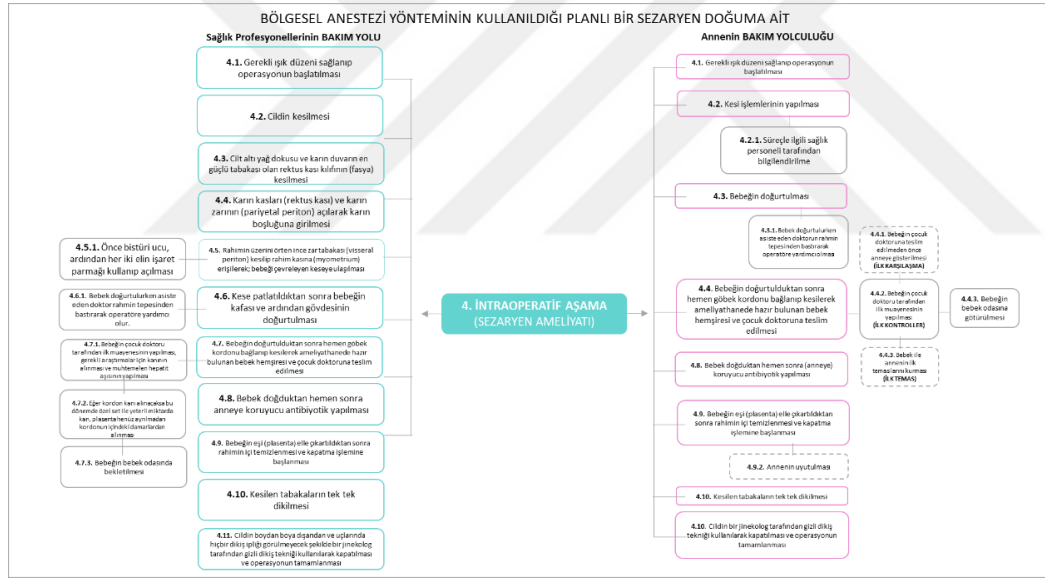
Şekil İ.1 : Bakım yolunun bakım yolculuğuna dönüştürülmesi: Hastaneye gidiş.



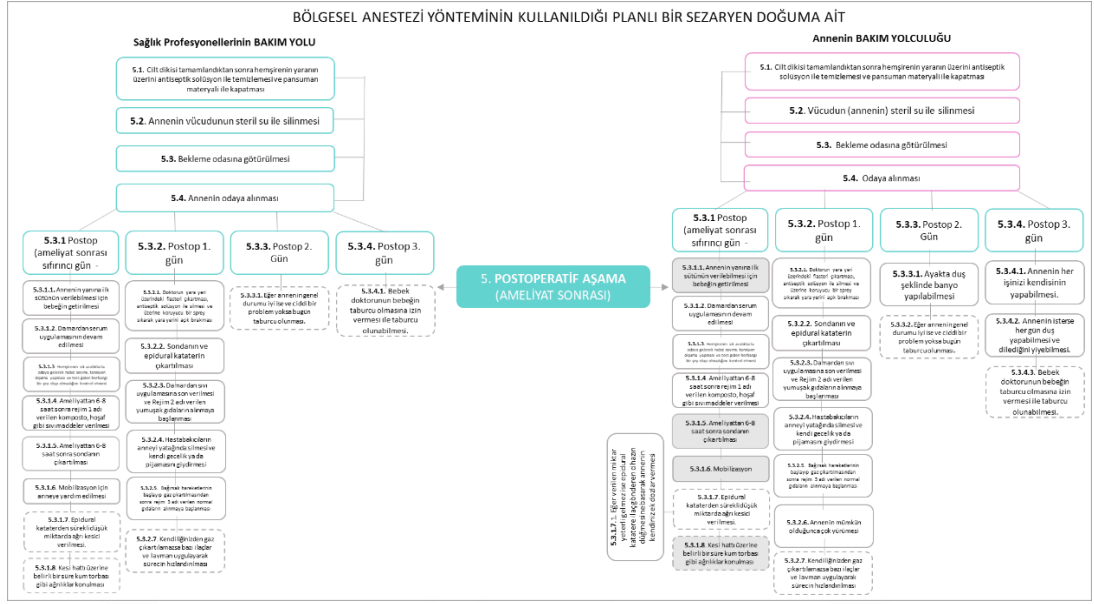
Şekil İ.2 : Bakım yolunun bakım yolculuğuna dönüştürülmesi: (b) Preoperatif aşama



Şekil İ.3 : Bakım yolunun bakım yolculuğuna dönüştürülmesi: Preoperatif aşama – 2.



Şekil İ.4 : Bakım yolunun bakım yolculuğuna dönüştürülmesi: İntraoperatif aşama.



Şekil İ.5 : Bakım yolunun bakım yolculuğuna dönüştürülmesi: Postoperatif aşama.

EK J: Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Çizelge J.1 : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular

Katılımcı	Tavsiyeler
	Süreçe ve Aktörlere Yönelik
	- Hastaneyle ilk temas anında "hastanede karşılanma, sıra bekleme" vb. hizmetlerin iyileştirilmesi <i>"hep doğum sırasında ve o günden itibaren başlayarak ve o gün eşime söylediğim şey bu hastanenin doğum bölümünde başka şeyler olmalı. İnsan başka şekilde karşılanmalı"</i> - Doğum servisinin işleyiş sürecinin hastane genelinden farklılaştırılması ve kişiye özel hissettirecek uygulamalar içermesi <i>"Yani özel dokunuşlar, yani bence doğum servisi çok farklı işlemeli hastanede zaten." "Eğer (sezaryen) olması gerekiyorsa da doğru yollardan, yani bir doğum ritüeli esasında olmalı bu. Adı bile sezaryen olmamalı ya yani bence, başka bir şey olmalı " "...(hastaneye) giderken ya iyi duyguları kaybetmemeye çalışmak lazım. Orada keşke bununla ilgili daha fazla done olsa yani. "</i> - Hastane paketi içerisinde yer alan kutlama yemeği gibi jestlerin tüm süreç içerisinde yer alabileceği <i>"Ya bir tane böyle bir şişe, iki bardak koyuyorlar yanına işte doğum şerbeti falan. Yetersiz yani böyle bir bilmiyorum ne olabilir... Daha iyi olabilir, daha özel özel olabilir, herkese aynı uygulanan ama özel bir şeyler içerebilir. Tabii ki bizim odamızı süsleme filan yoktu ama süsleme değildi kastettiğim zaten. Yani ondan başka davranışlarla alakalı, birtakım uygulamalarla alakalı şeylerden bahsediyorum galiba. Karşılama ile alakalı, gönderme ile alakalı, her şeyin içerisine entegre olabilecek detaylar olabilir gerçekten."</i> - Doğum öncesi süreçte verilen anestezi eğitiminin iyileştirilmesi (uygulamalı anlatımlar vb.) – Anestezi eğitiminin anlatımına yönelik iyileştirmeler yapılması <i>"Hani anlatıyor ama yani anlatarak, anlatılacak bir şey değil. 'Şöyle bir şey olacak, böyle' şimdi o sırada şu, yani odasına aldı, minicik bir odada bana işte 'size şöyle bir şey yaparken, nefesinizi tutacaksınız' falan böyle anlatıyor. Yani daha farklı bir şekilde olmalıydı." "Yani daha farklı bir şekilde olmalıydı. Belki buna bir şema mı hazırlanır bir şey mi olur hani ve ciddiyeti mi bakın bu böyle bir şey hani olmazsa işte tekrarı daha zor olabilir. Yani böyle bunun mesela bir elden geçirilmesi kesin gerekiyor yani doğumdan bağımsız olarak."</i> - Tüm doğum sürecinin bir kutlama şeklinde gerçekleştirilmesine yönelik uygulamalar geliştirilmesi (Tüm sürecin ameliyat olmaya gidiyor gibi değil de doğum yapmaya gidiyor güzelliğinde tasarlanması, tüm sürecin bir kutlama havasında geçmesi) <i>"Aslında başta da söylediğim gibi insan hani kendini öyle bir tünele girip böyle bütün dünyaya kapatıp özel bir şeyin içine girdiğini düşünüyor. O özellikte de devam edilmesini bekliyor. Yani eğer bir hastanede bile olacaksa bu, o zaman böyle başka bir ortam sunmalılar. Yani çünkü ben doğumun bir ameliyat olduğunu düşünmek istemiyorum, öyle düşündürülmek de istemiyorum. Sezaryen evet yani ciddi bir iş ve kabul ediyorum ama yine de farklı olabilir bazı şeyler yani bunu kesinlikle ve kesinlikle ayrı bir şekilde tutulması, farklı muamele görmek istiyor insan yani hani. Çünkü ben doğum yapıyorum ya, ben hani düşünmedim, kolum alçıya alınmayacak, işte benim böbrek ameliyatı olmayacağım, doğum..güzel bir şey için gidiyorum. Hastaneye güzel bir şey için gidilmez ya, ben hastaneye iyi bir şey için gidiyorum, güzel bir şey. İnsanlık adına, kendim adına, ülkem adına iyi bir şey için gidip aynı muameleyi görmemeliyim diyorsunuz, öyle bir his ve öyle olması gerektiğine yürekten inanıyordum; ya başka şeyler olmalı ya, böyle bu bir kutlama şeklinde olmalı, bu bir böyle bir şey olmalı. Çünkü orada en ufak bir çiçek, en ufak bir şey, en ufak bir hareket, bir renk, bir doku sizi etkiliyor."</i>

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K1	<i>"Allah'tan mı diyeyim ne diyeyim gökkuşağı çıktı yani tam odaya girdiğimizde (doğum sonrası). Yani bu herkesin başına gelmiyordur ama biz böyle hani bunun bizim için tasarlanmış gibi geldi o an düşünsenize. Yani böyle şeylere ihtiyaç duyuyor insan. Çünkü öyle bir şeyin içinden çıkıyorsunuz ki 9 aylık bir süreç, gerçekten kutlama ama bu kutlama da normalde hani o ailelerin, herkesin böyle bir görev icabı gelip hastane de sizi kutlaması değil yani gerçekten başka, başka şeyler olmalı yani. Çok özel bir durum ve kesinlikle hayır yani şey değil"</i>
	<i>"Hastane de çok değişiyor dediğim gibi ben yine şanslı bir şeydeydim. E bunun yanında bende bir sorun yaşanmadı, bir sorun yaşansa oo yani, hani moral çok önemli. Moral, bu..şu ki siz hasta değilsiniz ya. Hastanedesiniz ama ben hasta değilim ki, ben doğum yapacağım yani bunu daha çok hissetmek istiyorsunuz. Yani bir kutlama havasında olmalı, bir şey havasında, yani bu bir..güzel bir şey gerçekleşiyor. Ben başıma kötü bir şey gelmeyecek, böyle bu hisle..bu his olması gerekiyor. Tabi ki bu hissi destekleyecek bir takım öğeler, bir takım şeyler, birtakım ritüeller yaratılabilir. Hastane ile öncesinde - sonrasında daha iyi iletişim kurmak olabilir bu"</i>
	• Otel odası hizmeti, kutlama yemeği gibi deneyimlerin çoğaltılması <i>"Gelirken direkt otel odasına dediğim gibi alınmak iyi bir şey. Otel odası hissi iyi bir şeydi. O yaşadıkları o kutlama yemeği güzel bir deneyimdi. Bunun..bu çoğaltılabilir bu deneyimler belki"</i>
	• Ameliyathanenin kişiselleştirilmesi vb. özelliklerle biçimsel dilinin tıbbi bir ortamdan ayrıştırılması <i>"doğum odasında kişiselleştirilebilecek, özelleştirilecek bazı şeyler. Ya beni biraz daha az ameliyat odasında hissettiren bir takım detaylar olabilir diye düşünüyorum."</i>
	• Doğum öncesinde, süreç ile ilgili yeterli düzeyde doğru bir şekilde bilgilendirilmek <i>"Bilgilendirilmek mesela o ameliyat sırasında size yarı baygın bir şey yapacaklar diyelim ki hani lokal anestezi yaparken karşılaşacağınız şeyle ilgili, onun zorluğu ile ilgili uyarılmak veya hani doğru düzgün anlatılması gerekiyor. Çünkü o ne kadar önemli bir şey aslında, orada büyük bir eksiklik var. Süreçteki en büyük eksikliklerden biri olduğunu düşünüyorum."</i>
	• Bebek yatağının çok daha iyi tasarlanarak yatakla entegre olacak şekilde konumlandırılabilmesi <i>"mesela o bir tasarım detayı olarak ne kadar önemli, transparan bir kuvöz olması. Çünkü kalkamıyor anne. Eşim ilgileniyor. Altını bile değiştirmeye kalkamıyorum yani. Bir an önce keşke kalsam, çocuğumla ilgilensem diyorsunuz ama sizin yanınıza gelebiliyor en azından, yatağa girebiliyor. Belki daha da iyi olabilir."</i>
Ana Aktöre Yönelik	• Ameliyat önlüğünün rengi, dokusu vb. şeylerinin değişmesinin süreci pozitif etkileyebileceği <i>"Kumaş olabilir..yani oradan başlayarak, yani orada hazırlayan başka şeyler de var.. Böyle onların..madem hani otel odası, madem böyle bir şeyler, bu süreci etkileyen şeyler bence bunlar yani. Faydası olurdu..."</i>
	• Doğum süreci ile ilgili tercihler yaparken (hastane seçimi vb.), çevresindeki kişilerin deneyimlerinden faydalanmak ancak seçici geçirgen davranmak (başkalarını dinlemek ama bir süzgeçten geçirerek hareket etmek) <i>"bu konuda herkesin bir deneyimi olduğu için, herkesin anlatacak çok şeyi var. Yani çok fazla dinlerseniz hiçbir şey seçemiyorsunuz. Böyle o noktada bir seçici geçirgen olmak gerekiyor gerçekten, hani bir böyle dinlemek ve yani kendi aklınızla hareket etmek. Hiç dinlememek de değil ama bir süzgeçten geçirerek hareket etmek mantıklı oluyor."</i>
	• Doğum öncesi süreçte, kafa karışıklığı yaratmaması için iyi bulduğu bir iki yayın bulup onu takip etmek <i>"bu Mayo Kliniği'n rehberinden ben çok memnun kaldım mesela. Hani çok fazla şey var ama hani iyi bir yayın bulup, bir tane yayın bence en fazla iki takip etmek gerekiyor."</i>

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K1	İçgüdülerine güvenmek <i>"Çok fazla eğitime kapılmaması, birazcık içgüdüsel bir olay bu, onu da dinlemek..zaten bu bilgi bizde mevcut. Birçok bilgi bizde mevcut yani bunu biraz böyle kendimizi de dinleyerek ilerlemek, her şeye kapılmamak gerektiğini düşünüyorum."</i>
	• Sezaryeni normalleştirmemek ve vajinal doğumu denemek <i>"Normal doğum esas olmalı, yapabiliyorsa..ben beceremedim ama olabilir..yapabilseydim şimdi böyle..şey olurdu. Yani düşünsenize hani çıkıp iki hafta boyunca çocuğumun altını değiştirmedim, o bir bağ kurmak yani ve onu hani dolayısıyla bunlar iki hafta boyunca eksik kaldığım bazı şeyler oldu, kucağıma alabildim ama... ondan sonra bu kadar normalleştirilmemeli"</i>
	• Hastane çantası hazırlarken kişiye kendi iyi hissedebilecek her şeyi yanına alabilmesi ve kısıtlamaması <i>"Yani ben şey diyorum hep mesela doğum..yanımda ne götüreyim diyor mesela. Al kocaman bir bavul, canın ne istiyorsa içine onu at diyorum, yani önemli olan hissetmek çünkü, ne olacak ki. Zaten ya kocaman derken yani oraya gidiyorsun ya hani, zaten bir taksiye atlayıp bir şeyle gideceksin hani. Zaten herhalde biri olacak yanında, o taşıyacak, sen taşımayacaksın. Abartmadan, istiyorsan kitap (güliyor)..ben kitap bile koymuştum sanki vaktim olacaktı gibi de hani bir şey koy yanına, ne bileyim canın ne istiyorsa kısıtlama kendini yani, pijama da koy, mesela ben koymuştum aslında, pijamada koydum kışındı çünkü, gecelik de koydum. Canın ne istiyorsa onu giy yani. Ondan sonra..çorap, iki tane koy, bir kalın, biri ince. Mesela biri bana şeyi önermişti, mutlaka çorap al donuyorsun şey sonrası, bende olmadı mesela ama o onun yanında olması bile iyi bir duygu, kalın bir çorap aldım yanıma filan. "</i>
	• Hastaneye giderken, refakatçi ihtiyaçlarına yönelik de bir çanta hazırlanması <i>"refakatçinin de rahatını düşünmek lazım. Bence o da mutlu olacağı şeyleri, onun da şeyleri, eşyaları olmalı. Çünkü o da sana büyük bir, çok büyük yardımcı onun da mutlu olmasını düşünmek iyi olabilir."</i>
	• Gebelik sürecinde kullandığı uygulamayı tavsiye etmek <i>"...o şeyde güzeldi ama doğumla ilgili tabi çok fazla tavsiyede bulunmuyor da hamilelik süreci için iyi bir aplikasyondur, onu da önerebilirim yani."</i>
	• Doğum sürecine yönelik iyi tasarım çözümlerini kullanmak <i>"eve geldiğimde böyle detay bu ama emzirirken böyle bir aparat kullandım ki bana kendi doktorumuz kullanmayın demişti. Böyle o aslında memeyi korumak için üretilen bir şey hani bebek hani orayı yara yapmasın diye. Ben onu alıp, bir yerden duymuştum onu da nereden duyduğumu hatırlamıyorum, sonrasında ben onu koydum oraya ve o aslında uı meme ucu küçük olabiliyor bazı annelerde, onu toparlayarak bebeğin daha iyi süt yani bir iki hafta çok güzel süt almasını sağladı oradan ve hani yani sezaryen olmuşum ben, orada böyle doğal olsun falan diyorlar. Yani bırakın ya dedim. Çat diye bir tane..bebek oh oh oh ne güzel emdi falan yani. Evet içgüdüler ve yani tasarımı kullanmak lazım. Çünkü herkesin vücudu aynı değil, herkesin memesi, her bebeğin emme gücü, emme şekli, refleksi aynı değil. Tasarım çok çok çok önemli. O küçük silikon parça bizim hayatımızı kurtardı yani o noktada. Bir bebek rahatladı, mışıl mışıl uyudu ya niye kullanmayayım. O yüzden tasarım çok önemli her alanda her noktada çok önemli yani bunu söyleyebilirim, faydalanmak lazım."</i>
Sürece ve Aktörlere Yönelik	
K2	• Pre-operatif süreçte anestezinin nasıl uygulanacağına dair bilgilendirme yapılması (mahremiyet?) <i>"Üstümün tamamıyla açılması beni rahatsız etmişti. Onunla alakalı belki bir bilgilendirme olabilirdi nasıl gerçekleşeceğiyle alakalı. Onunla alakalı bir şey yapabilirlerdi. Yani epiduralı belki şey yapabilirlerdi, nasıl olacağı ile alakalı. Onu yani anlattılar mı anlatmadılar mı hatırlamıyorum ama büyük ihtimalle anlatmadılar ki benim de aklımda kalmamış. Onunla alakalı bilgilendirme olabilirdi, hani orada değil de belki ameliyathaneye gitmeden önce bilgilendirebilirlerdi."</i>

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
	Ana Aktöre Yönelik
	Doğum şekline yönelik ısrarcı olmamak, endişe duymamak ve süreci akışına bırakmak <i>"Yani bir kere hani normal mi sezaryen mi diye hiç endişelenmelerine gerek olmadığını düşünüyorum. yani illa normal, illa sezaryen olsun diye uğraşmasın, yani bence hiç düşünmesinler. Gerçekten bebek ne istiyorsa o oluyor çünkü. Onun isteğiyle devam ediyor. "</i> <i>"Aslında biraz olurlarına bırakmak lazım. Çok stres yapmaya gerek yok. Yani biraz sakin olmak gerekiyor."</i>
K2	- Bilgilendiren, rahatlatan ve güven veren bir kadın doğum doktoru tercih etmek <i>"Doktorlarını iyi seçmeleri gerekiyor bana kalırsa. Doktor çok önemli çünkü. Yani sizi hem rahatlatacak hem bilgilendirecek, yani güven sağlayacak açıkçası. Hani ben doktoruma güvendiğim için de birazcık rahattım. Hem kendi yapım gereği hem de doktoruma güvendiğim için de biraz rahattım. "</i> - Hastane seçimi yapmadan önce, hastaneyi gidip görmek <i>"Yani hani herkesin elinde değil hastane seçimi, eğer seçebiliyorlarsa onu daha önceden gidip görebilirler."</i> - Hastane çantası hazırlarken, iklimsel değişkenleri göz önünde bulundurmak <i>"Ekstradan belki hava koşullarına göre değişebilir. Yani yaz, kış, ilkbahar gibi ona göre belki liste değişebilir. "</i>
	Sürece ve Aktörlere Yönelik
	Ameliyathane personelinin kıyafetlerinin farklı renklerde olması (<i>Preoperatif Aşama – II</i>) <i>"Herkes rengarenk giyinse olurdu. Rengarenk, herkesi orada rengarenk görmek hani göze hitap ettiği için rahatlatılabildi. Her şeyi yeşil, her şeyi aynı görmek belki biraz tedirgin edebilir başka insanları hani ben tedirgin olmadım ama..."</i>
	Ana Aktöre Yönelik
K3	- Doğum için hastaneye giderken gereksiz eşya götürmemek <i>"Yani ben çok gereksiz eşya almadım yanıma, bu beni çok rahatlatmış taşınma sürecinde de, hastaneden eve geçme sürecinde de."</i> - Bebek için doğumhaneye götürülmesi gereken ayrı bir çanta hazırlanması <i>"Bebek için ayrı bir çanta yapsınlar, doğumhaneye de gitmesi gereken ayrı bir çanta yapsınlar ben onu bilmiyordum mesela, orada sabah öğrendim ve sabah bunu yaptık."</i> - Doğum sürecindeki bazı prosedürlere yönelik taleplerini, doğumdan önce sağlık profesyonelleriyle konuşmak (sondanın ameliyathanede takılmasını istemek gibi) <i>"Sondayı hani görebilirler anestezi doktoruyla ameliyathane takılması konusunda mesela."</i>

Cizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K3	İçgüdülerine güvenmek ve rahat olmak <i>"Kendilerini rahat hissetmeleri, yani çünkü o doğum anı her gün yaşanan bir şey değil. Dokuz ay bebeğini karnında taşıyorsun, 9 ay sonra bebeğine kavuşacaksın; dışarıya kulaklarını kapatıp kendin ne hissediyorsan bebeğinle onu yaşayacaksınız o an."</i>
	Sürece ve Aktörlere Yönelik - Doğum öncesi profesyonel destek almakla ilgili ebeveyn katılımının desteklenmesi <i>"İhtiyaç duymadım ama ben her türlü eğitimin illa dokunacağı bir yerler olduğuna inanıyorum. O yüzden faydalı buluyorum tabii ki. Özellikle çift olarak katılımın bence onda önemli bir payı var."</i> - Doğum psikoloğu gibi profesyonel desteklerin gebelik öncesinde başlaması ve katılımın zorunlu olması <i>"...doğum psikoloğu ama yani bunun kökü öncesine bile gider yani. Hani hamilelere diyorum ama hamile kalmadan önce de aslında yani sağlam bir şeyde olmak, en azından bir seviyede olabilmek lazım. O kararı hatta o seviyede verebilmek lazım gibi. Onun gerisi gelir ama doğum süreci özelinde konuşursak yani çok faydalı olur. Ben de tecrübe etmek isterdim. Bir de anca şöyle olur bu inisiyatifte bırakılınca hani tercih olur ama bu bir prosedürün içinde olsaydı, hani bir sürü test yaptırıyoruz ya, ikili üçlü falan filan hani bu da bir gereklilik olsa insanlar bunu düşünerek gitmez, 'he bu da lazım' deyip gider. O da süreklilik anlamında daha sağlıklı olur, daha uygulanabilir olur, hani daha herkesin yapacağı bir şey olur. Çünkü öteki türlü biraz keyfi gibi algılanabilir."</i> - Hastane odası için ziyaretçi yönlendirmesinin doğru yapılması <i>"bunu organize biraz ben ettim tabi. Yani ben bu tasa, dertle ile gittiğim için yani bu dert bende vardı zaten diğer işte gözlemlerimden; kimse girmesin, dalmasın yani odaya, işte onu siz ayarlayın, artık o görevi dağıtın. Yani oradan sokun, buranın kapısını kapatalım, işte süsü mesela oraya asmak gibi, hani yönlendirme amaçlı. Yani onu planladım açıkçası. Hani bizzat, hani olan bir şey değildi sanırım o. Yani onu biz özellikle istedik yoksa iki kapının da açılma şeyi var, hani hastanede öyle bir şey yok. İsteyen oradan da girer, buradan da girebilirdi. Çünkü yani bir kısmı süit değil odaların ve bütün kapılar aynı, standart. Yani hangi kapının nereye gideceği belli değil, belki başka bir şey giriyor. Yönlendirerek yaptık yani onu."</i>
K4	Ana Aktöre Yönelik - Doğum öncesi ve sonrası profesyonel destek almak (gebe okulu, hamile terapisi, gebelik sürecini düzenlenme vb.) – süreç öncesi ve sonrası psikolojik destek almakla ilgili <i>"Ben bu tarz yani ya terapi olsun, işte bu tarz düzenli iç bakımların herkes için şart olduğunu düşünüyorum ama insan kendini niyeysel..ya ben kendi özelimde hep ya işte bir şekil gerek yok, ihtiyacım yok, ben iyiyim ya da işte o artık bir böyle dış hekimi gibi yani insan benim bir ayağa gitmiyor yani niyeysel, hep bir içerde şey var."</i> <i>"Aslında doğum öncesine tabi, çünkü oraya hazırlayan süreç o... Belki de düzenli hani işte hamile pilatesi diyorum ya belki de hamile terapisi falan gibi bir şey olabilir."</i> <i>"Ya benim için ben kendi deneyimimi düşünce benim için doğum öncesi daha elzem ama hep doğum sonrası, aslında genel sıkıntı yaşayanlar doğum sonrası yaşıyor... Yorgunluk oluyor, inanılmaz fiziksel bir yorgunluk ve uykusuzluk oluyor. Sırf onların bile desteklenebilmesi, onların bile mesela daha sistemli nasıl hayatını idare ettirebilirsin işte kendine de zaman ayırarak falan gibi bunun programı bile olsa elimizde belki... Yani her türlü destek faydalıdır yani illaki faydalı olurdu."</i> <i>"... yeterli desteği sağlamasını, yani doğum sonrası eğer ihtiyaç duyuyorsa onu önceden hazırlamasını tavsiye edebilirim."</i> - Anestezi uzmanını araştırmak <i>"...anestezi uzmanınızı araştırın, kadın doğumcunuzu zaten seçmiş oluyorsunuz."</i>

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K4	- Hastanenin sunduğu imkanları araştırmak <i>“ Hastane imkânlarını araştırın... bebek bakım yani hani bebekle ilgili imkânları yine hastanenin.”</i> <i>“...hastane, doğum sonrası süreçte en önemli aşama gibi geliyor bana hala.”</i> - İçine sinen bir doktor ve hastane seçtikten sonra teslimiyet <i>“Doktorunu, işte hastanesini, koşullarını içine sinerek seçmesini, seçtikten sonra kendini teslim etmesini... tavsiye edebilirim.”</i> - Süreci (ziyaretçi kabulü vb.) planlamak <i>“...özel bir derdiniz varsa benim gibi işte -kalabalık istemiyorum- onun yapabiliyorsanız koşullarını hazırlamak...”</i> - Doğum sonrası sürece yönelik hazırlıklar yapmak <i>“Ben işte yine emzirme ve meme yaralarını çok dert ediyordum. Çünkü çok sıkıntı çektiklerini görüyordum. Onlarla ilgili hazırlıklarımı yaptım. Bence onlara bakabilirler. Yani o hastane, doğum sonrası süreçte en önemli aşama gibi geliyor bana hala.”</i> - Doğum öncesinde, süreçle ilgili bilgi sahibi olabilmek amacıyla araştırma yapmak <i>“Araştırmak..yani kimini tabi daha endişelendirebilir ama bir şeylerle ilgili bilgi sahibi olmak önden hani olabilecek riskler ve genel nasıl ilerliyor işleyiş hani bilip en azından ‘hı tamam normal devam ediyorum’ diyebilmek beni rahatlatmış için, hani biraz bilgi sahibi, ne kadar kendine yetiyorsa, olmalarını tavsiye ederim. Bu kadar ama yani işte fazlası da şey değil.”</i>
K5	Sürece ve Aktörlere Yönelik - Ameliyathanede daha sıcak (aydınlatma, kullanılan renkler vb) ve deneyimi arttıran bir ortam yaratılması (ameliyathane ortamı ile ilgili) <i>“Aydınlatması daha sempatik olabilir, belki işte mekan daha canlı olabilir, oraya göre düzenlenebilir bence. En azından hani deneyimi arttırabilir. Işık bence çok önemli yani o soğuk..o..oradan alıyorsun zaten. O beyaz ışık..yani en azından hani ameliyatın olduğu yer değil de etrafta kalan ne bileyim çocuğun durduğu yer vs... dolapları hatırlıyorum mesela bayağı fûme... Onlar böyle fûme koyu renk dolaplardı, onu hatırlıyorum. Onlara yaptıkları şeyler onlar da böyle koyu renk bir şeylerdi falan ne bileyim daha aydınlık, daha sempatik olabilir, daha pozitif olabilir diye düşünüyorum.”</i> - Doğum anını izleyebilme imkanı sunulması (doğum anını görmek / izlemekle ilgili) <i>“Şu aynaları talep edebildim ya ben görsem çocuğu falan diye belki olabilir.”</i> <i>“Yani muhtemelen kendi yattığım yerden de onu görmezdim. Çünkü göbek de var ya, onu çok aşağıdan, bayağı kesisi çok aşağıda. Yani böyle bir ayna sistemi falan kurmaları, yani keşke olsaydı. En azından isteyen annelere bunu gösterebilirler yani...”</i> <i>“Dolapları hatırlıyorum mesela bayağı fûme, işte o cam dedim ya cam dolaptan böyle kestim hani yansır mı görür müyüm falan diye.”</i> - Ameliyathane önlüğü için sıcak ya da nötr renklerin kullanılması <i>“Daha sıcak şeyler olabilirdi tabii ki. Beyaz belki olabilirdi hatta maviden daha belki nötr bir şey...”</i>

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K5	• Ziyaretçilere gerek olmaması ve süreci kendi içlerinde yaşamanın daha iyi olacağı "gelenler, gidenler, ziyaret edenler, akrabalar bilmem ne falan filan oldu. Bence hiç gerek ama tabi onlar da merak ediyor. Ben öyle çok insan seven...daha böyle kendi içinde yaşasak daha iyiydi bence yani." • Hastane odasında, ziyaretçi alanı ile annenin bulunduğu alanın annenin konforu açısından ayrıştırılması (süit oda vb.) " ...kendi odamda dediğim gibi süit olmasını tercih ederdim ama imkan dahilinde değildi. Çünkü o İnsanları hani o bir şekilde ağırlanmaları lazım onu da anlıyorum ama ortada olmasınlar istiyorum falan. O birazcık şey, o kapı iyi bir şey yani." • Doğum yapan kadın üzerinde psikolojik baskı yaratacak söylemlerden kaçınılması (hastanede pompa verilmemesi ile ilgili) "Yok çocuk hazıra alırmış, yok biberona alırmış. Ya yalan Allah aşkına yani ben bunların da çok..bir kereden bir şey olmaz, iki kereden de olmaz hatta yani o an, o anneyi ve o çocuğu rahatlatman gerekiyor. Bence o amaca hizmet edecek ne varsa makbuldür bence, o kafadayım. Yok emziğe alıştırma, memeni emmez, hayır ya. Hepsini yaptım ve tedirginlikle yaptım bu arada. Yani bunları yaptım diyorum ama emzik de verdim ama hep şey paniğiyle, ya alıştırsa, ya meme emmezse, ya öyle olursa... Gerek yok yani, anaları da bir salın."
	Ana Aktöre Yönelik
	• Profesyonel destek almakla ilgili kararın kadınlara bırakılması "(doğuma hazırlık kursu vb.) gerekli olmadığını düşünmüyorum yani her kadın nasıl hissediyorsa bence öyle, bir alternatif varsa öyle yapsın." • Kafalarına takılan her konuyu çekinmeden doktorlara danışmak "Ya kişiye çok bağlı bir şey ama kafalarına bir şey takıyorsa her şeyi sorsunlar. Yani şimdi zaten doktorlar da çok daha açık, bu yaklaşımdalar." "Yani sürekli doktoru öyle mi oldu böyle mi oldu..yani bana öğrencinin gelip sormasıyla her şeyi, çok farklı bir şey değil. O yüzden çok doğru bulmuyorum ama eğer üzerine düşünüyorlarsa ve bunları kaygıya dönüşüyorsa onlarda sorsunlar, sürece dair bilgi istesinler. Benimki hiç aklıma gelmeyen yerden çıktığı için onu sormayı tercih ederdim tabi kendi adıma." • Sağlık profesyonellerine sürecin nasıl işleyeceğine dair sorular sormak "Daha çok soru sorardım muhtemelen..." "nasıl işleyeceğine dair daha çok soru sorardım herhalde." • Doğum öncesi süreçte kaslarını güçlendirmek "Kaslarını bir kadının güçlü tutması gerekiyor her zaman. Özellikle benim gibi bir durumu olan, kemiğe yük binmemesi için sürekli kaslarının sağlam olması lazım. Şu anda da iki yıldır pandemiden beri spor yapmıyorum ve bunlar bana yol, su, elektrik olarak yine geri dönmeye başladı. Keşke yapsaydım, yani keşke pilatese gitseydim..." • Hastaneye süt pompası getirmek "Pompa bence şart. Çünkü hastanede öyle bir şey yapmıyorlar."

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K6	Sürece ve Aktörlere Yönelik - Ameliyat önlüğünün hareketi kolaylaştıracak esnek bir yapıda olması ve farklı renk seçeneklerinin bulunması <i>"Mesela esnek bir kumaş olabilir aslında. Esnek kumaşlar daha konforlu olur her zaman." "...türlü türlü insanız, hepimize aynı mavi ameliyathane önlüğünü giydireyorlar, ne var şöyle beni açan bir pembe falan giyseydim daha güzel olmaz mıydı, şunun birkaç opsiyonu olsa keşke diye düşünmüştüm."</i> - Mahremiyete duyarlı ve tek kullanımlık ameliyat önlüğü kullanılması <i>"Şimdi dokuma bir kumaşla tamam ameliyathaneye gidiyorsunuz. Belki de evet o anda çıplak olman da gerekiyor olabilir, okey ama mesela tekstilde dokusuz yüzeyler dediğimiz nonwoven ürünler var, tek kullanımlık. Yani bunlar istediğin gibi yırtabiliyorsun, istediğin yerini açabiliyorsun. Zaten tek kullanımlık olan bir şey. Yani ben tek kullanımlık bir şeyle belki yattıktan sonra onun üzerimden yırtılarak çıkarılmasını tercih edebilirdim. Yani ben yatayım, benim arkamdan önce.. Arkamdan işte.. Arkamı yırtabilir mesela, açabilir. O çünkü yırtulabilen bir kumaş, kağıt gibi zaten. Önce onu yırttın, epiduralı uyguladın vesaire. Ondan sonra beni yatırdınız, öüme örtüyü kapattınız, sonra onu komple yırttın, çıkarttın, atın."</i> - Ameliyathaneye transfer sürecinin kısaltılması <i>"...her kadın ameliyathaneye direkt inebileceği bir yolu olmalı, yani öyle bir yerde konuşlanmalı bu ameliyathane."</i> - Mahremiyet açısından ameliyathanedeki personel sayısının optimum olması ve doğrudan operasyonla ilgili olmayan personel için farklı bir alan oluşturulması <i>"Yani orada başka bölmeler olup bilgisayarlarda oturarak iş yapanlar başka odalarda da olabilirler miydi, hemen bir yanda yani bölmeli bir alan olsa, bu kadar insan kalabalığını orada görmesem daha iyi mi olurdu? Evet daha iyi olurdu."</i> - Doğumdan önce, süreçle ilgili gebelerin bilgilendirilmesi (örn: anestezinin nasıl uygulanacağı, annenin ameliyathanede doğuma nasıl hazırlanacağı vb.) <i>"...belki de bu ameliyathane süreciyle de alakalı. Belki gebeler bilgilendirilmeli mi? Çünkü bunu sormak benim hiç aklıma gelmemişti 'beni nasıl hazırlayacaksınız' falan gibi bir şey kimsenin bence aklına gelmez." "...epidural anestezinin ne olduğunu belki öğrenmiş olmak iyi olabilirdi."</i> - Anestezi uygulanırken annenin doğru pozisyonu alabilmesi için ekipmanlar geliştirilmesi (Örn: Anestezi uygulanırken bir kişiye sarılmak yerine bir objeye sarılmak gibi) <i>"...gerçekten şimdi de düşününce bunu bir daha yaşamak beni önceden strese sokar mesela, yaşayacağımı bilmek. Mesela ben bir kez daha doğum yapsam yine mecburen artık sezaryen doğum yapmak durumundayım ve diyeceğim ki üfff şimdi gene beni orada soyacaklar, gene ben elalemin bir adamınla sarılıyor gibi bir hareket yapmak zorunda kalacağım falan diye öyle belki doğumdan önce bunun stresini de bir tur, yani bir tık yaşıyor olabilirim. Oradaki koşulun bence değişmesi gerekiyor. Yani orada bir kişiye değil de belki bir obje.. Yani bir şey ya.. Yani oraya bir tahta gibi bir şey koysan zaten tutunursun, sıkı tut dersin tutarım. Yani öyle bir şey olabilir belki, çok rahatsız olmuştum."</i>

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K6	- Anestezi uygulanırken eş desteğinin olması "...elimi melimi tutsaydı bari, yalnız başıma.. Gerçi bu sefer onun da psikolojisi bozulurdu belki, bunca şeye şahit olmak belki hoşuna gitmeyebilirdi ama yani" - Doğum anının belirli bir anına şahit olabilecek şekilde ameliyathane ortamın organize edilmesi (Örn:anestezi çerçevesinin daha alçak olması vb.) (İntraopertif / Doğum) "Şeffaf değil de biraz alçak olsaydı, belki bir yerden sonrasını görebiliyor olsaydım çok mutlu olurum. Tamam, ben yine kendi vücudumu görmeyeyim ama bir yükselişini bir yerden sonra göreyim. Yani o anda, bana ordayken gösterebilirlerdi... Çünkü giydirip getirdiler bana." - Bebeğin kontrollerinin annenin görebileceği bir yerde yapılması "Onları (bebeğin kontrolleri) da görmek isterdim. Mesela benim kafamı çevirebileceğim bir noktada onları yapabilirlerdi." - Derlenme ünitesinde yakınlar ile iletişim kurulabilmesi "Ne oluyor, ne bitiyor, annemler geldi mi, bebek nerede, sen neredesin... Yani isterdim ya. Çünkü evet insan neredeyim ve şu an neler oluyor merak ediyor çünkü. İletişim kurmak isterdim." - Hastane odasının bulunduğu katta, doğum servisinin yanı sıra kadın hastalıkları servisi de bulunduğu için kalabalık oluşturulmaması "Çok kalabalık ve geceydi bir de şimdi koridorlarda kalabalık insan sesi. Orası kadın doğum bölümü,kadın hastalıkları ve doğum. Herkes doğum yapmıyor orada nihayetinde, hasta insanlar da var." - Hastane yatağı ve bebek yatağı arasındaki ilişkinin daha konforlu bir şekilde kurgulanması (örn: bebeği alıp koyarken kolaylık sağlayabilecek şekilde) "Ya belki ona da takıp monte edilebilen bir şey olsa, o engelden birini yatırıp. Ondan sonra oraya bir bebeğin beşiğini monte edip... yani şöyle yanındayken ittirmek daha kolay yani." "...bebek yatağının anneye, yani hasta yatağıyla bir uyum halinde takılıp çıkarılabilecek bir şeyinin olmasını, yani çocuğumu rahatça koyup alabilmeyi isterdim." - Bebeğin, anne kokusuyla ilişki kurabilmesine imkan tanıyan çözümler geliştirilmesi "3 saat uyur dedi ama o da o kaptı uyumuyor. Muhtemelen bebek koku istiyor yani, o yüzden tahminimce. Mesela bir daha öyle bir şey olsa, belki oraya bir tişörtümü falan sererim kokusunu alsın diye." - Hastane yemeklerinin daha lezzetli olması "Yemeklerin değişmesini isterdim. Ben sonuçta doğum yaptım, emziriyorum, gerçekten insan lezzetli şeyler yemek istiyor, canı çekiyor, emzirmenin vücuttaki şeyi çok farklı, etkisi, canın...aklından hep yemekler geçiyor gerçekten, onu isterdim." - Doğum sonrası süreçte annenin açık havada dolaşabilmesi için imkan sunulması "... dolaşabileceğim, dışarı çıkabileceğim bir ferahlama alanı isterdim yani, cam bile açamadık ya yani..."

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K6	- Doğum sonrası süreçte annenin dinlenebilmesine imkan verecek şekilde hastane personelinin bebekle ilgilenmesi (örn: bir süre bebek bakımı ile hemşirelerin ilgilenmesi gibi) "...'de (özel hastane adı) şey yapıyorlarmış, biraz bebeği alalım mı diye soruyorlarmış galiba." "biraz (bebeği) almamızı ister misiniz diye soruyorlarmış. Ben bu teklifi de açıkçası evet diyebilirdim bazı noktalarda." "Hani mesela ben biraz emzirdim diyelim, getirdiler. Yani ben en azından bir beni ayağa kaldırana kadar biraz uyusaydım, biraz dinlenseydim. Yani hiçbir şey yapmayıp biraz dinlenseydim gerçekten bana iyi gelebilirdi. Yani o teklife evet derdim" - Refakatçi koltuğunun daha konforlu olması (örn: daha geniş olması) "Biraz dardı. Bir tık daha geniş olabilirdi yani böyle sığışma mantığında yatıyorsun." - Hastane odasında, eşyalar için pratik depolama çözümleri geliştirilmesi "Eşyalarımızı asacak bir yer yoktu mesela. Askı gibi bir şey..yani şey dolap askısı var da yani hani şöyle bir taktırtıverirsin ya hani öyle bir şey yoktu. Belki öyle bir şey olabilirdi." - Hastane odasındaki aydınlatma ve iklimlendirme için uzaktan kontrol yöntemlerinin kullanılabilmesi "Kaldığım odada klimayı ve ışığı yattığım yerden yönetebileceğim bir kumandanın olmasını çok isterdim. Çünkü o duvardan yönetiliyordu ve ben kalkamıyordum. Yani bunun bir kumandasının olmasını, klimayı aç-kapa, ışığı aç-kapa, bunu basitçe yönetebilmeyi isterdim. " - Doğum sonrası süreçte yakınların, annenin bakımıyla özel olarak ilgilenmesi "kendilerine doğumdan sonra yardım edebilecek bir yakınları olsun. Bebeğe insan kendisi bir şekilde bakıyor ama senin kahvaltın da önemli, anne olarak öğlen yemeğin önemli, evindeki bir düzenin devam etmesi önemli. Yani sadece odağının bebek olması için birinin sana bakması gerekiyor. Yeni doğan bir bebekle her şeye yetişemiyorsun. Yani aslında her şey bebek doğduktan sonra." Ana Aktöre Yönelik - Ebeveynliğe zihinsel olarak hazırlanmak "... süreçte her ne olursa olsun en önemli olan şey bence zihin olarak hazır olmak, bir çocuğun bakımına zihin olarak hazır olmak. Çünkü doğum bir şekilde oluyor, yaşananlar bir şekilde yaşanıyor Ama asıl mevzu o işte artık o küçük bebekle bakmaya çalışmakla başlıyor. Yani asıl oraya psikolojik olarak hazırlanmak önemli." "...bütün dananın kuyruğu doğumdan sonra kopuyor aslında. Eve geldikten sonra artık hayatının çok büyük bir gerçeği var. Kafanı oraya hazırladıktan sonra çocuk bir şekilde çıkar, rahat olmak lazım yani, bir şeyler yaşanır." - Seçim yapabilme durumu olursa, sabah saatlerinde doğuma girmek "Lohusalığım neredeyse 3 ay sürdü. Karanlık korkum vardı. Çok uzun bir süre odada yalnız kalamadım. Ben akşamları hava karardıktan sonra ağlıyordum ve bunu gece doğum yapmama bağladık. Eğer seçme şansları varsa gündüz gözüyle yapsınlar doğumlarını."

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K6	• Bebeğin kontrolleri için, doğum sonrası süreçte de devam edebilecekleri kapsamlı bir hastane tercih etmek <i>‘hastanenin kapsamlı olması güzel oldu. Biz bebeğin kontrollerini hala o hastanede devam ediyoruz. Çünkü şey var, rutin bebek kontrol eden doktorlar dışında, bebek gastroenteroloğu, yani çocuk ve bebek, işte çocuk ve bebek kardiyojisi, çocuk ve bebek şusu, yani uzman dallar var çocuk ve bebek için. Yani bir çocuğum işte bir rahatsızlığında onu götürebileceğin Uzmanlar hep orada var, kapsamlı bir şey. Doktor manasında kapsamlı bir hastaneydi. En başında başlamak iyi oldu yani. Bir şey olduğunda biz hep oraya gidiyoruz artık. Bütün sorularımıza cevap bulabiliyoruz çünkü. Bu önemli.’</i> • Hastaneye süt sağma makinası götürmek <i>‘Eğer alabiliyorlarsa süt sağma makineleri olsun. Manuel pompalar hiçbir işe yaramıyor. O sadece insanı yoruyor hem fiziksel hem psikolojik olarak yoruyor ama bir makinaları olursa belki emziremem, süütün yetersiz kalması noktasında makinayla sağım yapıp destek olabilirler.’</i>
K7	Süreçe ve Aktörlere Yönelik • Hastane odasında ‘lüks’ ve ‘yeni’ mobilyaların kullanılması <i>‘Biraz daha hani lüks bir oda olabilirdi ama o da zaten biraz da maliyetle ilgili bir şey, hani senin kendi bütçenle ilgili bir şey. O yüzden hastaneye bir şey söyleyemeyeceğim. Biraz daha yeni mobilyaları olsa mesela daha iyi hissettirebilirdi.’</i> • Hastane odasının ferah ve aydınlık olması <i>‘Mekânsal şey de çok önemli gerçi, hani mekânın bu yeniliği, ferahlığı. Hani kötü olsaydı belki hani daha kötü hissederdim, bu kadar kötü hissetmedim. Aydınlık olması önemli bir şey...’</i> • Hastane personelinin ilgili ve güler yüzlü olması <i>‘Gerçekten personelin ilgisi güler yüzü çok önemli bir şey o süreçte. Kaldı ki devlet hastanesinde nasıldır bilmiyorum yani, hani daha kötüdür diye düşünüyorum ama...’</i> <i>‘Bence personelin ilgisi falan her şeyin önünde giden bir şey gibi düşünüyorum şuan.’</i> Ana Aktöre Yönelik • Vajinal doğum konusunda ısrarcı olmamak <i>‘Bence normal doğum diye çok zorlamasınlar diye düşünüyorum.’</i> • Bölgesel anestezi tercih etmek <i>‘...ben genel anestezi tercih etmezdim açıkçası.’</i>

Cizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K7	Kapsamlı (ekstra bebek kıyafetlerinden hijyen ürünlerine kadar) bir hastane çantası hazırlamak “...hastaneye hani gerçekten lazım olan her şeyi düşünülüp gidilmesi lazım. Hani zaten internet üzerinden falan bulunur; Hani bebek alt açma bezinden tutun da bebeğin işte ekstradan badilerine ya da senin yedek çamaşır falan gerekiyor, kan olabiliyor. Kendin için hani o tarz şeyler tavsiye ederim. İyi bir hazırlık gerekiyor yani.”
K8	Süreçe ve Aktörlere Yönelik - Ameliyat önlüğünün mahremiyet kaygılarını azaltacak şekilde iyileştirilmesi (<i>preoperatif aşama I – hastane odasına taşınma</i>) “Mesela şu arkalarına bir tane iple bağlanıyor ya, belki ne bileyim böyle bir kaç tane çıt çıt bir şey olsa hani kendini insan daha güvende hissedebilir yani hani. Genel olarak daha önce başka bir ameliyat da geçirmiştin ben. Orada şey oluyor böyle bir hani savunmasız hissediyorsunuz kendinizi. O yüzden belki biraz daha derli toplu bir şey olabilir o anlamda.” - Doğum sonrası, anne ve bebeğin ameliyathanede daha çok vakit geçirebilmesi “...sonuçta çocukla belki ilk anda biraz daha vakit geçirilebilirdi ameliyat anında ama eminim orada dikim vesaire ilgili de bir zaman yarışı söz konusu vardır, tıbbi olarak bir şey vardır hani o yaranın kapatılması gerekiyordur yani. O yüzden belki de o süreç çok fazla uzatılmıyor olabilir.” - Hastane odasının planının annenin mahremiyetini sağlayacak şekilde düzenlenmesi “...odadaki en büyük handikaplardan bir tanesi önce anne yatağına giriyordun, daha sonrasında oturma alanı vardı. hani oradan bir ziyaretçi vesaire olduğunda anne daha savunmasızdı ama hani önce bir alana girip, sonra anne müsaitliğinde içeri girilmiş olsa bence oda yapısı anlamında daha faydalı olabilir o. hani şey, çünkü emziriyorsunuz, bir şey yapıyorsunuz, kontrolleriniz oluyor, bir mahrem alana biraz da ihtiyacınız olabiliyor o noktada bir ziyaretçi olması ihtimaline karşı. Önce bir hani bir yerden geçip, sonrasında aileye, anneye ulaşmak daha faydalı olabilirdi.” “...perde yapmışlardı. Açılıp kapanıyordu perde... Refakatçi yatmak istediğinde ya da oturmak istediğinizde anne ile teması kesiyordu ama belki yerleri değişik olabilirdi yani.” - Hastane yatağının annenin hareketlerini kolaylaştıracak şekilde olması (sırt desteği, yükseklik ayarı vb.) “sanki böyle sedye aşağı inmiyordu ama biraz böyle hani sizin ayaklanmanız için sedyenin yüksekliğinin biraz daha aşağı indirilmesi o nokta da belki biraz daha rahatlatıcı olabilir. Ayaklarınız daha kolay yere basıyor olmak daha güven verebilirdi yani o noktada.” “ilk ayağa kalkma esnasında biraz böyle şeylerin daha ayarlanabilir olması hani belki sırtından bir destekle işte kalkabiliyor olma, ayakların daha çabuk yere basabilmesi, daha alçak olması gibi şeyler kendini daha güvende hissettirebilirdi.” - Süreçte anneyi rahatlatacak ve destekleyecek kişilerin bulunması “...gerçekten sizi rahatlatan ve destek olacak birisini yanınızda olması gerekiyor. Yani sürekli işte “olmuyor olmuyor, bilmem ne olmuyor” gibi diyen birisi değil de size destek veren ‘hadi hallederiz, dur kızım, bir şey yaparız’ falan gibi şeylerin olması daha rahatlatıcı bir şey.” - Hastanelerin değişen koşullara (acil sezaryene gibi) hızla uyum sağlayabilecek yapıda olması “bence seçilen hastanede işte bu normaldi biz bir anda aniden sezaryene geçtik bilmem ne, bu tip ani koşullara uyum sağlayabilecek bir yapının içerisinde doğum yapmaları gerekiyor.”

Cizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
	<i>“Doktor, hastanenin bu yapıya hızlı bir şekilde adapte olabilmesi, yanınızdaki kişi, bunların hepsini sizde bir güven sağlıyor aslında.”</i>
	- Hastane koşullarının hem anneyi hem de babayı destekleyecek bir yapıda olması (kişisel alan, refakatçi alanı, doktorla iletişime imkan tanıyan ortamlar) <i>“böyle bir işte kişisel alana, refakatçi alanına, işte doktorla iletişime ortam sağlayan bir yapının sunulması gerekiyor bence kadınlara...”</i> - Bir ebeveyn olarak baba figürünün doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerde yer almasının desteklenmesi <i>“bazı hastaneler var mesela devlet hastaneleri, burada üniversite hastaneleri falan daha ultrasona bakarken babayı almıyor, birden fazla hastayı bir arada aldığı için yani hani. Bence orada anne, anne değil. O zaman şey oluyor, ee o zaman her şeyi anneye yıkılmaya başlıyor, siz babayı hiçbir sürece dahil etmezseniz o zaman tek bir ebeveynin üzerine yıkılan bir şey haline gelmeye başlıyor çocuk. Orada ultrasona da, doğuma da, doğum sonrasında da babanın dahil olabileceği bir yapının olması gerekiyor. Bu ameliyathane, doğumhane neyse, hastane odası adam hiç bir sandalye ve koltuğu vermezseniz, yanında bulunamazsa, bu sürece dahil olamazsa olmaz zaten yani öyle bir ebeveynlik olamaz yani. Dolayısıyla tabii ki baba faktörünün kesinlikle göz ardı edilmemesi gerekiyor bütün süreç içerisinde.”</i>
K8	Ana Aktöre Yönelik - Kişisel alana sahip olabileceği bir hastane tercih etmek <i>“Kişisel alanı olan bir hastane ortamında hani birden fazla kadının bir arada kalmadığı bir ortamda kalmaları çok daha sağlıklı. Çünkü herkesin öyküsü farklı ve o anda o psikolojiyle her şeyden çok rahat etkilenebilir hale gelmeye başlıyorsunuz. O yüzden hani biraz sizin kişisel alana ihtiyacınız var. Kişisel alana sahip olabileceğiniz bir yerde doğum yapılması daha sağlıklı olacaktır bu anlamda.”</i> - Doğum ve doğum sonrası sürecin dinamik yapısına psikolojik olarak hazırlıklı olmak <i>“... psikolojik tarafı. Annelik yetersizlikle başlıyor hani hep kendini insan yetersiz hissetmeye başlıyor. Bir ben doğum yaptıktan bir hafta sonra da bir sütüm kesilmesi durumu oldu. Doğa küçük bir operasyon geçirdi, o an böyle psikolojik olarak sütüm kesildi bir anda. Sonra şeye döndüm ‘normal doğuramadım, al işte bir de emziremeyecek miyim, nasıl anneyim’” gibi. Hani annelik süreci hep böyle yetersizliklerle gerçekleşen bir şey ama asıl önemli olan hani sağlıklı bir şekilde oradan çıkabilmek bence hani şuan ki aklım olsaydı bu kadar kendimi yemezdim diye düşünüyorum. Bazı olaylar akışında gerçekleşiyor çünkü çok müdahale edemediğimiz ya da kontrol edemediğimiz şeyler olmaya başlıyor. O yüzden herkesin öyküsünün farklı olduğu ve nereye gideceğinin belli olmadığını kabullenerek başlamak gerekiyormuş...”</i> <i>“En başta kafa rahatlığı, en başında o lazım.”</i> - Bakış açılarının paralel olduğu ve güvenebilecekleri birer doktor tercih etmek (kadın doğum ve çocuk doktoru) <i>“Doktor kesinlikle kafa denginizin olması gerekiyor. Kimi insanlar için benim doktorum çok patavatsız ve çok umursamaz geliyordu ama benim için çok rahatlatıcı, bu kadar incik cıncık detaya girmeyen ‘amaan yaa’” diyen birisi olması benim için benim karakterime daha uygundu mesela. Kendi karakterlerini ve düşünce yapılarına uygun birisini bulmaları gerekiyor ki internete değil tek bir kişiye güvensinler. İnternet’e girerseniz oradan kanser de olursunuz, her şey olursunuz, her kafadan bir ses çıkmaya başlıyor. Biz hem hamilelik süreci hem doğum sonrası işte çocuk süreciyle ilgili olarak birer güvendiğimiz doktor belirledik. Çocuk da biraz arayış oldu hatta, 3.- 4. doktor da oldu. O doktora güvenip ne diyorsa ona sadık kalmak en sağlıklı süreç oldu bence. Yoksa her kafadan bir ses çıkıyor. Onun dediği koşulları kabul etmek gerekiyor doğum süreci ile ilgili olarak da, hani o insana güvindikten sonra o size deneyiminizi ortaya çıkarıyor bence o anlamda.”</i>

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K8	- Çocuk yoğun bakım ünitesi olan bir hastane tercih etmek <i>"Bu dönemde maalesef bizim neslin çocuklarında çok fazla problematik şeyler çıktı. Benim arkadaşlarımın doğumunda da, doğum anında yada doğum öncesinde ortaya çıkan organ rahatsızlıkları vesaire oldu. O anda çok sürpriz olduğu için bu işte çocuk yoğun bakım ünitelerinin var olduğu hastanelerin tercih edilmesi kendinizi birazdan güvende hissetmenizi sağlıyor."</i> - Hastane çantası hazırlarken doğum sonrası süreç için vajinal muayene, kanama, emzirme vb. durumları göz önünde bulundurarak tercihler yapmak (gecelik, hijyenik ped, emzirmeye yönelik iç çamaşırı vb.) <i>"Kesinlikle şey alınması gerekir, çok fazla alttan muayene ve kontrol olduğu için ister sezaryen olsun ister şey olsun kesinlikle gecelik bulundurulması gerekiyor. Çok da pijama takımlarına gerek olmuyor yani ilk doğum anında. Belki sonrasında evinizde kullanabilirsiniz ama ilk doğum anında kesinlikle gecelik tercih edilmesi gerekiyor ki bu kontroller de daha kolay olabilsin. Emzirme odaklı zaten hani üst bölgenin açılabilir ya da işte şey olması ile ilgili hem iç çamaşırların hem de şeyin öyle olması gerekiyor. Doğum sonrasında çok fazla kanama olduğu için depend olması lazım, depend diye bir şey vardı doğum sonrası pedi, onun kesinlikle bulundurulması gerekiyor."</i> - Hastane çantası hazırlarken, doğum sonrası süreçte hareket etmeyi kolaylaştıracak tercihler yapmak <i>"Yani rahat bir terlik, yürüyüşü kolaylaştıracak bir şeyler."</i> - Yeterli miktarda yenidoğan kıyafeti almak <i>"...tulumları yeni doğan çok fazla almasınlar. Bizimki iri bir bebek olduğu için iki takıma giremedi mesela, yeni doğan takımına. 0-3 almak zorunda kaldık sonrasında. Çok da abartmasınlar yani."</i>
	Süreçe ve Aktörlere Yönelik
K9	- Doğum sürecinde karşılaşılan bazı durumlarda riskleri açıklayıp sezaryen kararının ebeveyne bırakılması <i>"Şimdi Avrupa'da o şekilde olduğunu okuyunca, bizde niye böyle diye bir sorguladım; olabilir mi acaba, yani bizde de sorulabilir mi... Avrupa'da bu riskleri açıklayıp, aileyi bilgilendirip, soruyorlarmış. Bizde böyle bir şey yok. Direkt kakasını yaptı, bekleyemeyiz normal doğum için, açılmanız da yok, riskli bir durum, sezaryene alıyoruz, genel de yapamayız, vaktimiz yok, epidural yapıyoruz. Hani bu şekilde bilgilendirildim."</i> - Hastane yatağı ile bebek yatağı arasındaki konforu artıracak çözümler geliştirilmesi (örn: 'next to me' konforunda bebek puseti) <i>"Bu şimdi 'next to me', direkt evde yatakların yanına o kısmı açılıp kapanabilir yer yaptılar bebek yatakları ama o hastanede tabi o olur mu bilmiyorum o konforda bir şey."</i> - Emzirme sürecini destekleyecek ürünler geliştirilmesi (örn: emzirmeye özel yastıklar) <i>"Belki emzirmedi kullanılan normal yastık değil de onun için başka bir yastık da kullanabilirler mi ya da ben yanımda götürse miydim hani onu bilmiyorum."</i>

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K9	Ana Aktöre Yönelik
	• Doğum öncesi süreçte eğitimlere katılmak “...eğitimleri kesinlikle tavsiye ederim.”
	• Yeterli araştırma yaptıktan sonra süreçte bir doula ile çalışmak “Eğitimlere katılmak, yani yine istemiyorsa birebir bir doula da bence hani güzel bir şey, imkan varsa yine tercih edilebilir ama gerçekten araştırıp, gerçek anlamda. Çünkü bu işe kalkışan çok değişik insanlar da varmış. Onu da sonradan duydum. Yani araştırıp, mümkünse önce doktor seçip, sonra da doktorlarıyla doktorun uygun gördüğü belki bir doula tercihinde bulunabilirler.”
	• Doğumla ilgili negatif paylaşımlardan uzak durmak “Ya ben çok okudum. Ya herkesin de farklı. Mesela kimisi benim gibi yani izledim de doğumu, kimisi bunu şey yapmak istemeyebilir yani daha korkacağımı düşünebilir. Hatta izleyip korkanlar da var ya da kendi doğum deneyimlerini anlatıp başkalarını korkutanlar da var, kötü doğum deneyimlerini (güliyor). Mesela bunlardan bence uzak durmak lazım, bu kötü deneyim aktaran insanlardan, negatif insanlardan biraz şey, uzak durmak lazım...”
	• Doğru kaynaklardan okuyup, araştırmak, dinlemek ve doğuma bilinçli girmek “...merak da edilen bir nokta varsa onu da açık bırakmamak lazım. Yani okuyarak, hani izlemek belki zor olabilir ama okuyarak sürece anlamak da fayda var. Yoksa öteki türlü bayağı kör balık gibi böyle bir ne yapacağını bilemeden girmek de ya da ne olacağını hiç bilmeden girmek de bence artık günümüz şartlarında gerek yok. Hani çok eskilerden bilgiye ulaşmak zordu belki, kulaktan duyma şeylerle ilerlenebilirdi. Artık özellikle hani gerek doğum olsun, gerek hamilelik sürecinde olsun yakınlarımızın tavsiyesinden bir şeyleri okuyarak bilgilenmek daha iyi diye düşünüyorum. Okuyup, dinleyip, kendi doğrularını bulmalarını tavsiye ediyorum.”
	• Doğum sürecinin ekonomik boyutu için de bir hazırlık yapmak “Maddi olarak da hani gerçekten bir hazırlık gerektiriyor; hastane olsun, tabii herkesin kendi şartlarına göre. Yine bizim ülkemizde devlet hastanesinde de doğursanız iyi kadın doğum hastaneleri var, çok sıkıntı değil hani herkes maddi gücünün elverdiğince, bence kendi ekonomisini de çok zorlamadan bunun için..ama çok da bir istek varsa o zaman bunun için birikim, hazırlık yapıp ona göre bu işlere kalkışmak gerekiyor, biraz yani böyle masraflı olabilir..ama normal durumlarda da hani kendi maddi imkanlarınız dahilinde...”
K10	Sürece ve Aktörlere Yönelik
	• Annenin, baba ile bebeğin ilk karşılaşma anına şahit olabilmesi “... 'nın (eşinin) onunla karşılaşma anında orada olmayı isterdim mesela öyle bir şey olabilirdi. Tabi ama Türkiye’de böyle bir şey olmuyor, bebek önden çıkıyor. Onlar orada tanışıyorlar, birbirlerini görüyorlar vesaire falan. Allah’tan birileri onların videosunu çekmiş öyle ilk onların birbirini görme şeylerini. Sonradan izledim, o da ağlıyor, dayanamıyor falan.”

Çizelge J.1 (devam) : Tavsiyeler teması altında yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen bulgular.

Katılımcı	Tavsiyeler
K10	Ana Aktöre Yönelik
	Doğum sürecini çekirdek aileyle yaşamak ve doğum öncesi süreçte ziyaretçi kabul etmemek "...keşke 3-4 kişi hastaneye gitseydik, doğum gerçekleşseydi, sonrasında evde ya da doğumdan sonra ziyaretçi kabul etseydik." "Ben insanların kendilerini ilk önce çok iyi tanımalarını, ben ne yazık ki kendimi o zaman tanıımıyordum. Belki gençliğin ya da işte böyle kalabalık olmanın daha güzel, işte sevgi paylaştıkça çoğalır mantığıyla hareket etmenin her zaman akıllıca olmadığını anlamış oldum. Bence bu tarz olayların ilk önce işte şey küçük çekirdek aile şeklinde olup, daha sonrasında misafir ya da işte yakın arkadaşların gelmesi gerektiğini düşünüyorum."
	Doğum sürecine yardımcı olabilecek profesyonel destek almak (doula desteği) "Ben şey yapabilirmişim yani doula mı diyorlar hani bu doğum yardımcısı gibi. Ya o zamanlar ...'da (yaşadığı şehir) yoktu. Keşke yaygın olsaydı. Şimdi mesela yeni doğum yapan arkadaşlarımız, son 3-4 yılda doğum yapan, normal doğum yapan arkadaşlarımızın %90'ı böyle bir yardımcıyla doğum yaptılar, normal doğum ve gerçekten çok faydasını gördüler. En azından o profesyonel olduğu için yani gerçekten bu işi yapan birisi, yani o odanın içindeki süreci, ameliyathaneyi, doğumhaneyi, her şeyi yönetiyor. Ben de çok arkadaşımın normal doğum sürecinde hani beni istedikleri için, yoksa ben gitmem yani kendim yaşadığım için kalabalık yapmam ama hani yakın arkadaşımın tabi ki de gidiyorum, en azından dışarıda duruyorum, biliyor ki bir şey olursa ...(katılımcının adı) gider gelir falan ama yani böyle bir profesyonel yardım almak çok akıllıca olurmuş" "...normal doğum yapacaklarsa bence bir profesyonel yardımcı olabilir."
	Abartılı süslemelerden kaçınmak, fotoğraf çekimi vb. şeyleri bebek biraz daha büyüdüktan sonra yapmak "Ben şimdi ...'la (ilk çocuğu) ...'ı (ikinci çocuğu) kıyaslıyorum. Mesela ...'ın (ikinci çocuğu) da odasında kimse olmamasına rağmen ufak tefek süslemeye çalıştım. Ha bana göre bunlar saçma gelmeye başladı yani biz mesela ...'da (ilk çocuğu) doğum öncesi fotoğraflar da çekilmiştik. İşte böyle hamileyken yok işte burada ormana gittik, bilmem ne, yok kıyafetler, şöyle uyumlar, böyle uyumlar, ha bunlar çok gereksizmiş. Ben şuanda onu anlıyorum ya da işte bu yaş almakla alakalı. Bazılarını yaptım ...'a (ikinci çocuğu) bazılarını yapmadım, hani bazılarını yapmamın sebebi neden bana yapılmadı demesindi ama yani gerek yok diye düşünüyorum. Daha sonrasında bebek birazcık daha kendini bulduktan sonra fotoğraf çekimi daha keyifli oluyormuş. Mesela ben ...'a (ikinci çocuğu) onu yaptım. Çok daha tatlı şeyler oluyor."

EK K: Olumlu ve olumsuz duyguların açıklamaları.

Çizelge K.1 : Olumlu duyguların açıklaması.

Olumlu Duygular	Açıklama
Eğlence (Amusement)	Aptalca, ironik, esprili veya saçma bir şeyle karşılaştığınızda sizi güldüren duygu. (Şakacı olma ve şakayı başkalarıyla paylaşma dürtüsüne sahip olmak)
Zevk (Schadenfreude)	Başka birinin başına kötü bir şey geldiğinde duyulan duygu. (Bu kişiden hoşlanmadığınız için, o kişinin bunu hak ettiğini düşündüğünüz için ya da bir şekilde sizin için iyi olduğu için bundan keyif almak)
Duyusal Zevk (Sensory Pleasure)	Duyularınızı memnun eden bir şeyin meydana geldiği hissi.
Sakinlik (Serenity)	Tüm beklentilerinizin karşılandığı ve yapılacak acil bir şeyin olmadığı hissi. (Şimdiki anın tadını çıkarmak istemek)
Rahatlama (Relief)	Hoş olmayan bir deneyimin nihayet sona erdiği veya korktuğunuz bir şeyin gerçekleşmediğini (veya olmayacağını) anladığınız hissi.
Memnuniyet (Satisfaction)	Bir şeyin beklentilerinizi karşıladığı veya aştığı hissi.
Coşku (Euphoria)	Başınıza çok güzel bir şey geldiği hissi. (Kutlama ve bunu başkalarıyla paylaşma dürtüsüne sahip olmak)
Mutluluk (Happy-For)	Başka birinin başına iyi bir şey geldiğinde duyulan duygu. (Onun bunu hak ettiğini düşünmek)
Şehvet (Lust)	Çekici bulduğunuz birini düşündüğünüzde veya onunla etkileşime geçtiğinizde hissettiğiniz duygu.
Sevgi (Affection)	Gerçekten hoşlandığınız bir kişiyi düşündüğünüzde veya onunla etkileşime geçtiğinizde hissettiğiniz duygu. (O kişiye yakın olma ve onunla vakit geçirme dürtüsüne sahip olmak)
Hassasiyet (Tenderness)	Görünüşü veya davranışı sevimli, savunmasız veya çocuksu görünen biriyle veya bir şeyle karşılaştığınızda hissettiğiniz duygu. (Bu kişiyi veya şeyi besleme ve onunla ilgilenme dürtüsüne sahip olmak)
Yükseklik (Elevation)	Birinin asil veya iyi bir davranışına şahit olduğunuzda hissettiğiniz duygu. (Bu kişiyi övmek ve kendinize iyilik yapma dürtüsüne sahip olmak)
Minnettarlık (Gratitude)	Birisinin sizin için iyi ya da hoş bir şey yapmak için kendi yolundan çıktığını düşündüğünüz duygu. (Karşılık olarak bir şeyler yapma ve bu kişiye yaklaşma dürtüsüne sahip olmak)
Tapma (Worship)	Harika şeyler yapmış olağanüstü bir kişiyi veya varlığı düşündüğünüzde hissettiğiniz duygu. (Onlara yaklaşma ve onları kimliğinizin bir parçası haline getirme dürtüsüne sahip olmak)
Hayranlık (Admiration)	Mükemmel yeteneklere sahip veya etkileyici şeyler başarmış birine hayranlık duyduğunuzda hissettiğiniz duygu. (Bu tür şeyleri başarma ve bu kişiye daha çok benzeme dürtüsüne sahip olmak)
Etkilenme (Moved)	Çok güzel, anlamlı ya da acı tatlı bir şeyle karşılaştığınızda hissettiğiniz duygu.
Gurur (Pride)	Başkalarının övgüye değer bulduğu bir şeye sahip olduğunuz veya bunu başardığınız duygusu. (Kendinizi güçlü hissetmek ve başkalarına gösteriş yapma dürtüsüne sahip olmak)

Çizelge K.1 (devam): Olumlu duyguların açıklaması.

Olumlu Duygular	Açıklama
Kararlılık (<i>Determination</i>)	Üstesinden gelebileceğinize inandığınız zorlu bir problem veya görev üzerinde çalışırken hissettiğiniz duygu. (Bunu başarmak için teşvik edildiğini hissetmek)
Büyülenme (<i>Fascination</i>)	Yeni ve alakalı bir şeyle karşılaştığınızda hemen anlamadığınız duygu. (Bu konuda daha fazla bilgi edinme dürtüsüne sahip olmak)
Olumlu Süpriz (<i>Positive Surprise</i>)	Beklemediğiniz, iyi ya da hoş bir şeyin gerçekleştiğini fark ettiğiniz duygu.
İlham (<i>Inspiration</i>)	Aniden yeni bir fikir veya içgörü edindiğiniz veya dünyayı farklı bir ışıktaki gördüğünüz hissi. (Bu yeni içgörüyü ifade etme veya gerçekleştirme dürtüsüne sahip olmak)
Şaşkınlık (<i>Awe</i>)	Kendinden daha büyük veya daha güçlü bir şeyle karşılaştığında hissettiğin duygu.
Heyecan (<i>Excitement</i>)	İyi ya da güzel bir şey beklediğiniz zaman başınıza gelecek hissi. (Bunun olmasını bekleyememek)
Umut (<i>Hope</i>)	İstenilen bir olayın gerçekleşme ihtimalinin olduğuna inandığınız duygu. (Olayın gerçekten gerçekleşmesi durumunda ne kadar iyi olacağını düşünmek)

Çizelge K.1 (devam): Olumsuz duyguların açıklaması.

Olumsuz Duygular	Açıklama
Kızgınlık (Anger)	Birisinin size zarar veren veya sizi rahatsız eden kötü bir şey yaptığı hissi. (Bu kişiyi durdurmak ya da bir daha yapmasını engellemek için ona karşı çıkmaya isteği duymak)
Öfke (Indignation)	Birinin eyleminin ahlaki değerlerinize aykırı olduğu hissi. (Bir insanın böyle bir şey yapabileceğine inanmamak ve bu kişinin yaptığı şey hakkında konuşma dürtüsüne sahip olmak)
Kırgınlık (Resentment)	Haksız muamele gördüğünüzde hissettiğiniz duygu. (Hak ettiğinizden daha azını almanız ya da başkasının hak ettiğinden daha fazlasını alması)
Rahatsızlık (Annoyance)	Sizi rahatsız eden bir şeyin olduğu hissi. (Bunu değiştirmek ya da durdurmak için bir şeyler söyleme ya da yapma dürtüsüne sahip olmak)
Memnuniyetsizlik (Dissatisfaction)	Beklediğinizden farklı bir şey gerçekleştiğinde, yerine getirilmeme hissi. (Beklentilerinizi karşılamak için değiştirilmesi gerektiğini hissetmek)
Hüsran (Frustration)	Bir şeyi başarmak istediğiniz ancak eyleminizin engellendiğini hissettiğiniz duygu. (Yine de denemeye devam etmek)
Küçümseme (Contempt)	Birine yukarıdan baktığınızda hissettiğiniz duygu. (Böyle bir insanla hiçbir ilişkinin olmasını istememek)
Nefret (Hate)	Çok kötü şeyler yapan kötü bir insanı düşündüğünüzde hissettiğiniz yoğun duygu. (Bu kişinin başına kötü bir şey gelmesini istemek)
İğrenme (Disgust)	Hiçbir şekilde temasa geçmek istemediğiniz (görmek, duymak, hissetmek, koklamak veya tatmak) istemediğiniz bir şeyle karşılaştığınızda, onun sizin için kötü olacağını düşündüğünüz duygu. (Onu kendinden uzaklaştırmak istemek)
Can Sıkıntısı (Boredom)	Yapacak ilginç veya ilgi çekici hiçbir şeyin olmadığı hissi.
İsteksizlik (Reluctance)	Yapmak istemediğiniz bir şeyi yapmanız gerektiğini bildiğinizde hissettiğiniz duygu.
Üzüntü (Sadness)	Sizin için önemli olan bir şeyi kaybettiğinizde hissettiğiniz duygu. (Geri çekilme ve rahatlık arama dürtüsüne sahip olmak)
Hayal Kırıklığı (Disappointment)	Umdüğunuz bir şeyin gerçekleşmediğini öğrendiğinizde hissettiğiniz duygu.
Acıma (Pity)	Sizden daha kötü durumda olan birinin talihsizliğine veya acı çekmesine tanık olduğunuzda hissettiğiniz duygu.
Yalnızlık (Loneliness)	Seni önemseyen kimsenin olmadığını düşündüğün duygu.
Reddedilme (Rejection)	Senden hoşlanmasını istediğin birinin, senden hiç hoşlanmadığını düşünmene neden olacak bir şey yaptığında hissettiğin duygu.
Aşağılanma (Humiliation)	Birisinin kasıtlı olarak sizi küçük düşürmek veya başkalarının gözünde kötü görünmenize neden olacak bir şey yaptığı hissi. (Durum üzerinde hiçbir gücünüzün olmadığını hissetmek)
Özlem (Longing)	(Şimdi) sahip olamayacağınız bir şeyi istediğinizde oluşan duygu. (Eğer ona sahip olsaydınız ne kadar iyi olacağını düşünüp durmak)

Çizelge K.2 : Olumsuz duyguların açıklaması.

Olumsuz Duygular	Açıklama
Haset (Envy)	Başka birinin başına iyi bir şey geldiği ama sizin başınıza gelmediği hissi. (Onun yerine başına iyi bir şeyin gelmesini dilemek)
Kıskançlık (Jealousy)	Biriyle kurduğunuz özel ilişkinin, üçüncü bir kişinin benzer bir ilişki kurmaya çalışması nedeniyle tehdit altında olduğunu düşündüğünüz duygu.
Suçluluk (Guilt)	Birine zarar verdiğinizi düşündüğünüzde hissettiğiniz duygu. (Kendinizi suçlamak ve bunu düşünmeden duramamak)
Pişmanlık (Regret)	Olmasını istemediğiniz bir şeyin, eğer farklı davranırsaydınız önlenebileceğini düşündüğünüz duygu.
Utanç (Shame)	Başkalarının sizin hakkınızda kötü bir şeyler bildiğini düşündüğünüz duygu. (Onların bildiğinin doğru olması ve dolayısıyla kişinin kendinizi kötü hissetmesi)
Mahcubiyet (Embarrassment)	Kontrolünüzde olmayan bir durumda, insanların aniden istenmeyen ilgiyi üzerinize odaklama hissi. (Dikkatten uzaklaşma isteğine sahip olmak)
Korku (Fear)	Size zarar verebilecek bir şey veya kişiyle karşılaştığınızda veya bunları düşündüğünüzde hissettiğiniz duygu. (Tehditten kaçınma veya uzaklaşma dürtüsüne sahip olmak)
Şaşkınlık (Startle)	Aniden beklenmedik bir şeyin meydana geldiği hissi. (Neler olup bittiğini hemen öğrenme dürtüsüne sahip olmak)
Endişe (Worry)	Sizin veya bir başkasının başına kötü bir şey geleceği anlamına gelebilecek bir şey olduğunda duyulan duygu. (Bunu düşünmeden duramamak)
Kaygı (Anxiety)	Başınıza gelebilecek kötü şeyleri düşündüğünüzde hissettiğiniz duygu. (Tehdidin ne olduğu bilmediği için tetikte olmak)
Kuşku (Distrust)	Birinin dürüst olmadığını ve iyi niyetli olmadığını düşündüğünüzde hissettiğiniz duygu. (Bu kişiye ne yaptığınıza veya söylediğinize çok dikkat etmeniz gerektiğini hissetmek)
Şüphe (Doubt)	Bir şey yapmak zorunda olduğunuz ancak seçebileceğiniz birden fazla eylem planının olduğu hissi. (Hangi seçeneği seçmeniz gerektiğini bilmemek)
Gerginlik (Nervousness)	Bir şey yapmanız gerektiği hissi, ancak bir şeyin ters gidebileceğini düşünmeniz, bunu başarmanızı engellemesi. (Durumun kontrolünüz altında olduğunu hissetmemek)
Güvensizlik (Insecurity)	Bir şeyi yapma veya belirli bir standarda ulaşma yeteneğinizden emin olmadığınız hissi. (Bu belirsizliğin özgüveninizi olumsuz etkilemesi)
Sıkıntı (Distress)	Şu anda başınıza kötü bir şey geldiğine dair yoğun duygu. (Baş edemediğiniz için yardıma ihtiyacınız olduğunuzu hissetmek)
Çaresizlik (Desperation)	Bir hedefe ulaşma konusundaki neredeyse tüm umudunuzu veya yeteneğinizi kaybettiğiniz hissi. (Yine de bunu başarmak için her şeyi yapmak)
Karışıklık (Confusion)	Size anlamlı gelmeyen bir bilgi aldığınızda, bu bilgiyle ne yapacağınızı bilemez halde kalma hissi.
Şok (Shock)	Çok kötü bir şeyin gerçekleştiğini anladığınız duygu. (Böyle bir şeyin mümkün olduğunu düşünmemek, ne düşüneceğini ya da ne yapacağını bilmemek)

EK L: Yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilerle oluşturulmuş bir yolculuk haritası örneği.

[illegible]

Şekil L.1 : K1 kodlu katılımcının yolculuk haritası (genişletilmiş versiyon)

EK M: Sağlık hizmeti tasarımı için bütüncül yolculuk haritalama yöntemine ait araçlar.

HİZMET ÖNCESİ	
	ARKA PLAN : Engeller : Hedef ve Beklentiler: Tercihler: Motivasyonlar: Korkular: Tutumlar :
HİZMET SÜRECİ	Ana Aktör Aşamalar Alt - aşamalar Eylemler Duygular Düşünceler Diğer Deneyimler
	İnsan Aktörler Aktör 1 Aktör 2 Aktör 3
	İnsan Olmayan Aktörler Aktör 1 Aktör 2 Aktör 3
	HİZMET SONRASI Ana Aktör Hayal Kırıklıkları Memnuniyetler
	İÇGÖRÜLER
	FIRSATLAR

Şekil M.1 : Sağlık hizmeti tasarımı için yolculuk haritası kanvası.

HİZMET ÖNCESİ		Arkaplan: Engeller:					☐ Hedef ve Beklentiler						☐ Motivasyonlar					
							☐ Tercihler						☐ Korkular					
HİZMET SÜRECİ	AŞAMALAR ALT AŞAMALAR EYLEMLER DUYGULAR DÜŞÜNCELER DİĞER DENEYİMLER	AŞAMA 1			AŞAMA 2			AŞAMA 3			AŞAMA 4			AŞAMA 5				
		Alt Aşama 1	Alt Aşama 2	Alt Aşama 3	Alt Aşama 4	Alt Aşama 5	Alt Aşama 6	Alt Aşama 7	Alt Aşama 8	Alt Aşama 9	Alt Aşama 10	Alt Aşama 11	Alt Aşama 12	Alt Aşama 13	Alt Aşama 14	Alt Aşama 15		
HİZMET SONRASI	Ana Aktör İnsan Aktörler İnsan Olmayan Aktörler Aktör 1 Aktör 2 Aktör 3 Aktör 1 Aktör 2 Aktör 3 Hayal Kırıklıkları Memnuniyetler																	
İÇGÖRÜLER	HİZMET ÖNCESİ HİZMET SÜRECİ HİZMET SONRASI																	
FIRSATLAR																		

Şekil M.2 : Sağlık hizmeti tasarımı için yolculuk haritası kanvasının bileşenlerinden oluşan Excel şablonu.

			AŞAMA 1	AŞAMA 2	AŞAMA 3	AŞAMA 4	AŞAMA 5
İNSANİ AKTÖRLER	Aktör 1	Alt aktörlerin sıralanması: * * * * * Aktörün hizmet sürecindeki rolünün açıklanması	Alt aktörlerin ilgili aşamadaki etkinliklerinin tanımlanması: * * * * *	* * *	* * *	* * *	* * *
	Aktör 2	* * *	* * *	* * *	* * *	* * *	* * *
	Aktör 3	* * *	* * *	* * *	* * *	* * *	* * *

(a)

			AŞAMA 1	AŞAMA 2	AŞAMA 3	AŞAMA 4	AŞAMA 5
İNSANİ OLMAYAN AKTÖRLER	Aktör 1	Alt aktörlerin sıralanması: * * * * * Aktörün hizmet sürecindeki rolünün açıklanması	Alt aktörlerin ilgili aşamadaki etkinliklerinin tanımlanması: * * * * *	* * *	* * *	* * *	* * *
	Aktör 2	* * *	* * *	* * *	* * *	* * *	* * *
	Aktör 3	* * *	* * *	* * *	* * *	* * *	* * *

(b)

Şekil M.3 : Temas noktası haritalama şablonu: (a) İnsan Aktörler, (b) İnsan Olmayan Aktörler.

K1	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K2	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K3	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K4	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K5	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K6	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K7	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K8	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K9	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI
K10	İÇGÖRÜLER FIRSATLAR	HİZMET ÖNCESİ	HİZMET SÜRECİ	HİZMET SONRASI

Şekil M.4 : İçgörü ve fırsatları hizalama şablonu.

FIRSATLAR		TEMALAR		ÖRNEKLER		
				 Hizmetler	 İnsan Aktörler	 İnsan Olmayan Aktörler
HİZMET ÖNCESİ	*	ÜST TEMA 1	Tema 1	*	*	*
	*		Tema 2	*	*	*
	*	ÜST TEMA 2	Tema 3	*	*	*
	*			*	*	*
	*	ÜST TEMA 3		*	*	*
	*			*	*	*
HİZMET SÜRECİ	*	ÜST TEMA 4				
	*					
	*					
	*			*	*	*
	*			*	*	*
	*					
	*					
	*					
HİZMET SONRASI	*	ÜST TEMA 5		*	*	*
	*			*	*	*
	*	ÜST TEMA 6		*	*	*
	*			*	*	*
	*	ÜST TEMA 7		*	*	*
	*			*	*	*

Şekil M.5 : Fırsatlar şablonu.

AŞAMALAR	HİZMET ÖNCESİ PRE-SERVICE			HİZMET SÜRECİ DURING SERVICE					HİZMET SONRASI POST-SERVICE		
	YENİ AŞAMA 1	YENİ AŞAMA 2	YENİ AŞAMA 3	YENİ AŞAMA 4	YENİ AŞAMA 5		YENİ AŞAMA 6		YENİ AŞAMA 7	YENİ AŞAMA 8	YENİ AŞAMA 9
				ESKİ AŞAMA 1	ESKİ AŞAMA 2	ESKİ AŞAMA 3	ESKİ AŞAMA 4	ESKİ AŞAMA 5			
	Aşama 1'in açıklaması	Aşama 2'nin açıklaması	Aşama 3'ün açıklaması	Aşama 4'ün açıklaması	Aşama 5'in açıklaması		Aşama 6'nın açıklaması		Aşama 7'nin açıklaması	Aşama 8'in açıklaması	Aşama 9'un açıklaması
Hizmetler	 Öneri 1  Öneri 2  Öneri 3										
İnsan Aktörler	 Öneri 1  Öneri 2  Öneri 3										
İnsan Olmayan Aktörler	 Öneri 1  Öneri 2  Öneri 3										

Şekil M.6 : Hizmet prototipleme şablonu.

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Hatice Kübra YILDIZ

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2013, Anadolu Üniversitesi, Mimarlık ve Tasarım Fakültesi, Endüstriyel Tasarım Bölümü
: 2014, Anadolu Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü (*ikinci üniversite*)
- **Yüksek Lisans** : 2016, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Endüstriyel Tasarım Anabilim Dalı, Endüstriyel Tasarım Programı

MESLEKİ DENEYİM:

- 2015 yılından beri İstanbul Teknik Üniversitesi Endüstriyel Tasarım Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

DOKTORA TEZİNDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER:

- **Yıldız, H. K., & Turan, G.** (2024). Creating a journey map canvas for healthcare service design: Cesarean section as an example. *A|Z ITU JOURNAL OF THE FACULTY OF ARCHITECTURE*, 21(2), 431–451. <https://doi.org/10.58278/0.2024.49>