

T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANE BİNALARINDA SOSYAL
ALANLARIN TASARIM KRİTERLERİNİN BELİRLENMESİ:
İSTANBUL ÖRNEĞİ**

Araz TAHERİ

DOKTORA TEZİ
Mimarlık Anabilim Dalı
Mimari Tasarım Programı

Danışman
Prof. Dr. Tülin Ş. GÖRGÜLÜ

Şubat, 2020

T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANE BİNALARINDA SOSYAL
ALANLARIN TASARIM KRİTERLERİNİN BELİRLENMESİ:
İSTANBUL ÖRNEĞİ**

Araz TAHERİ tarafından hazırlanan tez çalışması 28.02.2020 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Mimarlık Anabilim Dalı, Mimari Tasarım Programı **DOKTORA TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Tülin Ş. GÖRGÜLÜ
Yıldız Teknik Üniversitesi
Danışman

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Tülin Ş. GÖRGÜLÜ

Yıldız Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. Seda TÖNÜK

Yıldız Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. Neşe AKDAĞ

Yıldız Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. Demet İRKLİ ERYILDIZ

Okan Üniversitesi

Prof. Dr. Kutlu Sevinç KAYIHAN

Gebze Teknik Üniversitesi

Danışmanım Prof. Dr. Tülin Ő. GRGL sorumluluğunda tarafımca hazırlanan “c Basamak Hastane Binalarında Sosyal Alanların Tasarım Kriterlerinin Belirlenmesi: İstanbul rneği” başlıklı çalışmada veri toplama ve veri kullanımında gerekli yasal izinleri aldığımı, diğer kaynaklardan aldığım bilgileri ana metin ve referanslarda eksiksiz gösterdiğimi, araştırma verilerine ve sonuçlarına ilişkin çarpıtma ve/veya sahtecilik yapmadığımı, çalışmam süresince bilimsel araştırma ve etik ilkelerine uygun davrandığımı beyan ederim. Beyanımın aksinin ispatı halinde her türlü yasal sonucu kabul ederim

Araz TAHERI

İmza

Bana öğrenlere...

TEŞEKKÜR

Hayatım boyunca bana eğitim veren her kese sonsuza kadar minnettarım. Bu tezin sonuca ermesi için bana yol gösteren değerli tez izleme üyeleri ve değerli jüri üyelerine teşekkür ediyorum.

Araz TAHERİ

İÇİNDEKİLER

KISALTMA LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	x
TABLO LİSTESİ	xiii
Özet	xiv
Abstract	xvi
1 Giriş	1
1.1. Literatür Özeti.....	1
1.2. Tezin Amacı, Kapsamı ve Yöntemi.....	3
1.3. Hipotez.....	5
1.4. Tezin Yararları.....	6
2 Sağlık, Sağlık Hizmeti Ve Sağlık Tesisleri Kavramları Ve Sağlık Tesisleri Kullanıcıları Ve Türlerinin Tanımı	7
2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramlarının Tanımlanması.....	7
2.1.1. Sağlık Kavramı.....	7
2.1.2. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Türleri.....	8
2.2. Sağlık Tesislerinin Tarihsel Süreçte Gelişimi, Türleri ve Kullanıcıları.....	11
2.2.1. Sağlık Tesislerinin Tarihsel Süreçte Gelişimi.....	11
2.2.2. Sağlık Tesisleri Türleri.....	20
2.2.3. Sağlık Tesislerinin Kullanıcıları.....	23
2.3. Hastane Binalarının Anatomisi, Mimari Tasarımı ve Tasarım Standartları.....	26
2.3.1. Hastane Binalarının Anatomisi.....	26
2.3.2. Hastane Binalarının Mimari Tasarımı.....	28
2.3.3. Hastane Binalarının Mimari Tasarım Standartları	30
2.4. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Kullanıcı Hasta Grubu, İşlevi ve Türlerinin Tanımı.....	32
2.4.1. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Kullanıcı Hasta Grubu.....	32
2.4.2. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin İşlevi ve Türleri.....	35
2.5. Bölüm Sonucu.....	39
3 Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Anatomisinde Bulunan Sosyal Alanların Mimari Tasarım Standartları	42
3.1. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Anatomisi ve Sosyal Alanlarının Tanımı.....	43
3.1.1. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Anatomisi.....	43
3.1.2. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Anatomisinde Bulunan Sosyal Alanların Tanımı.....	46
3.2. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Bulunan Sosyal Alanların Mimari Tasarım Esasları.....	49
3.2.1. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Bulunan Sosyal Alanlarının Mimari Tasarımına İlişkin Genel Hususlar.....	51
3.2.1.1. İşlevsellik.....	51
3.2.1.2. Ulaşılabilirlik ve Hasta Sirkülasyonu.....	55
3.2.1.3. Engellilere Özel Tasarım İlkeleri (Evrensel Tasarım).....	57

3.2.1.4. Konfor.....	60
3.2.1.5. Güvenlik Kriterleri.....	64
3.2.2. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Bulunan Sosyal Alanların Mimari Tasarımına İlişkin Özel Konular.....	66
3.2.2.1. Medikal Kriterler.....	66
3.2.2.2. Psikolojik Faktörler.....	70
3.2.2.3. Sosyokültürel Faktörler.....	72
3.3. Bölüm Sonucu.....	75
4 Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Bulunan Sosyal Alanların Mimarisine Yönelik Tasarım Yaklaşımları Ve Örneklerin İncelenmesi	79
4.1. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Bulunan Sosyal Alanların Mimarisinde Çağdaş Tasarım Yaklaşımları.....	80
4.1.1. Kanıta Dayalı Tasarım (Evidence Based Design).....	81
4.1.2. Kullanıcı Odaklı Tasarım.....	88
4.1.2.1. Hasta Odaklı Sağlık Tesisi (Patient Friendly).....	90
4.1.2.2. Yaşlı Odaklı Sağlık Tesisi (Elderly Friendly).....	91
4.1.2.3. Hasta Yakını Odaklı Sağlık Tesisi (Family Friendly).....	93
4.1.3. Sanat Eserleri ve Doğa Unsurları İçeren Tasarım Yaklaşımları.....	95
4.1.3.1. Mekânsal Sanat-Tasarım İlişkisi.....	95
4.1.3.2. Doğa Unsurlarını İçeren Mekân Tasarımı.....	98
4.2. Çağdaş Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Sosyal Alan Tasarımı Örnekleri.....	103
4.2.1. Guys and St Thomas Hastanesi – Londra.....	103
4.2.2. Great Ormond Street Çocuk Hastanesi – Londra.....	104
4.2.3. Stanford Çocuk Hastanesi – Stanford.....	106
4.2.4. Northwell LIJ Katz Kadın Hastanesi – New York.....	108
4.2.5. Hackensack Üniversitesi Tıp Merkezi – New Jersey.....	110
4.2.6. Ronald Reagan UCLA Tıp Merkezi – Los Angeles, California.....	110
4.2.7. Henry Ford West Bloomfield Hastanesi – Michigan.....	111
4.2.8. Md Anderson Kanseri Merkezi – Texas.....	114
4.3. Bölüm Sonucu.....	116
5 İstanbul’da Yer alan Üç Örnek Üçüncü Basamak Hastane Polikliniğindeki Alan Çalışması	119
5.1. Alan Çalışmasının Amacı, Kapsamı, Yöntemi ve Kısıtlılıkları.....	120
5.2. Anket Tasarımı.....	124
5.3. İstanbul Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Anket Çalışmasının Sonuçları.....	125
5.3.1. Hastaların Profili.....	125
5.3.2. Hastaların Müracaat Türü ve Medikal İşlemleri.....	126
5.3.3. Hasta Refakatçilerinin Durumu.....	130
5.3.4. Hastalar ve Refakatçilerdeki Engellilik Durumu.....	132
5.3.5. Yabancı Hastalar ve İstanbul Dışından Müracaat Eden Hastalar.....	133
5.3.6. Hastalar ve Refakatçiler Tarafından Bölümlerin Arasındaki Yolların Değerlendirilmesi.....	135

5.3.7. Hastalar ve Refakatçiler Tarafından Bekleme Alanlarının Niteliği ve Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	135
5.3.8. Hastalar ve Refakatçiler Açısından Hastane Ortam ve Alanlarında Bulunan Rahatsız Edici Unsurlar.....	136
5.3.9. Polikliniklerdeki Kayıt İşlerinin Yapıldığı Alanlarda Mahremiyetin Önemi	137
5.3.10. Hastalar ve Refakatçiler Açısından Ortak Dinleşme ve Dinlenme Sosyal Alanlarının Bulunması.....	138
5.3.11. Hastalar ve Refakatçiler Açısından Tercih Edilen Ortak Dinleşme ve Dinlenme Sosyal Alanları.....	142
5.4. Anket sonuçları, kullanıcıların deneyimi ve araştırmacının gözleminin literatürle uyum kontrolü.....	145
5.5. Bölüm Sonucu.....	159
6 Sonuç Ve Öneriler	161
6.1. Değerlendirmeler.....	162
6.2. Sonuç ve Öneriler.....	170
KAYNAKÇA	177
A Anket Çalışmasının İstatistiksel Verileri	188
Tezden Üretilmiş Yayınlar	200

KISALTMA LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BMSKH	Baltalimanı Metin Sabancı Kemik Hastalıklar Hastanesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBD	Evidence Based Design
H1	Hastane 1
H2	Hastane 2
H3	Hastane 3
HOT	Hasta Odaklı Tasarım
İÜOE	İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü
KOT	Kullanıcı Odaklı Tasarım
KDT	Kanıtı Dayalı Tasarım
SEKDGH	Siyami Ersek Kalp, Damar ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi
WHO	World Health Organization

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1	Kanada-Ontario Sağlık Sistemindeki dört basamaklı sağlık hizmetleri	10
Şekil 2.2	Pensilvanya Hastanesi – 1752 (Philadelphia, 2020).....	13
Şekil 2.3	Divriği Camii (Fruneau, 2005)	14
Şekil 2.4	Geniş Koğuş Sistemi Hastane - Kink's Colleg - Londra 1840.....	15
Şekil 2.5	Geniş Koğuş Sistemi Hastanesinin Koğuş Katı Planı Örneği	16
Şekil 2.6	Hastane Kullanıcı Grupları.....	25
Şekil 2.7	Hastanelerin anatomisindeki medikal alanlar	27
Şekil 2.8	Hastanelerin anatomisindeki medikal olmayan alanlar	27
Şekil 2.9	Uzmanlık Dallarına Göre Üçüncü Basamak Hastane Poliklinikleri.....	36
Şekil 2.10	Otuz dakikaya kadar süren radyasyon terapisi esnasında hastanın özel aparatla sabit tutuluyor (Natinal Cancer Institute, 2019)	38
Şekil 3.1	Sağlık Tesislerinde Gerçekleşen Eylemler ve Aktiviteler	43
Şekil 3.2	Polikliniklerin Anatomisini Oluşturan Alanlar.....	44
Şekil 3.3	Genel Olarak Polikliniklerde Bulunan Sosyal Alanlar (Sprow, 2015).....	47
Şekil 3.4	Poliklinik Sosyal Alanların Mimari Kalitesini Artıran Mekânsal Özellikler...50	
Şekil 4.1	İki farklı kat asansörü koridorunda kullanılan farklı tablo ve renk kombinasyonu - Bloomberg Children's Center	97
Şekil 4.2	Koridor duvarında yol bulma ve yönlendirme amaçlı sanat eseri - South Galasgow üniversitesi çocuk hastanesi	98
Şekil 4.3	Koridor duvarlarında yol bulma ve yönlendirme amaçlı sanat eseri ve tabela – Seatel Çocuk Hastanesi (Headley, 2018)	98
Şekil 4.4	Balgrist Üniversitesi Kemik Hastalıkları Hastanesi iç avlu ve süs bahçesi – Zürih	102
Şekil 4.5	MD Anderson Kanser Hastanesinin ikinci katında kapalı tropik parkı	102
Şekil 4.6	Hastane içindeki kapalı yeşil alan - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi (Celebrating 10 Years in Oakland County, 2020).....	103
Şekil 4.7	Tasarımında çeşitli çözüm bulunan poliklinik ana bekleme alanı. İki farklı bekleme koltuk dizimi, hasta bilgilendirme standı, zemin kaplama tasarımı ve lobideki en büyük duvarın çocuklara uygun grafik tasarımı - Great Ormond Street Çocuk Hastanesi.....	105
Şekil 4.8	Giriş lobisi ve ana bekleme alanının duvarındaki 100 genç çocuğun çizdiği sanat eseri - Great Ormond Street Çocuk Hastanesi	105
Şekil 4.9	Hastanedeki ibadet alanı - Great Ormond Street Çocuk Hastanesi	105
Şekil 4.10	Koridor duvarlarındaki interaktif dijital duvar kaplaması – Great Ormond Street Çocuk Hastanesi (Nature Trail, 2020).....	106
Şekil 4.11	Yol bulma ve yönlendirme amaçlı koridorlarda yer alan deniz altı ve orman akvaryümü - Great Ormond Street Çocuk Hastanesi	106
Şekil 4.12	Dini destek alanı - Stanford Çocuk Hastanesi	107
Şekil 4.13	İçinde kitap rafları ve interaktif ekran bulunan Hikâye Köşesi – Stanford Çocuk Hastanesi (Child and Family, 2020)	108
Şekil 4.14	Hikâye Köşes - Stanford Çocuk Hastanesi (Schechter, 2017)	108

Şekil 4.15	Botanik bahçesi - Northwell LIJ Katz Kadın Hastanesi.....	109
Şekil 4.16	Doğal aydınlatma imkânına sahip ve iç yeşil alanları olan loung alanındaki koltuklar farklı gruplarda çeşitli dizimle yerleştirilmiştir – Northwell LIJ Katz Kadın Hastanesi (Nortwell Health, 2020).....	109
Şekil 4.17	Loung alanında görünebilirlik ve doğal aydınlatma imkânı sağlamak için kullanılan cam duvar - Northwell LIJ Katz Kadın Hastanesi	109
Şekil 4.18	Organik sera - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi	112
Şekil 4.19	Kapalı yeşil alandaki ibadethane - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi (Celebrating 10 Years in Oakland County, 2020).....	112
Şekil 4.20	Meditasyon odası - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi	113
Şekil 4.21	Terapy köpekleri - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi	113
Şekil 4.22	Sağlıklı yemek eğitimi salonu – Henry Ford West Bloomfield Hastanesi (Celebrating 10 Years in Oakland County, 2020).....	113
Şekil 4.23	Çok amaçlı salon: iş ve dinlenme amaçlı - Md Anderson Kanseri Merkezi (MD Anderson Cancer Center, 2020)	115
Şekil 4.24	Kim'in yeri - Md Anderson Kanseri Merkezi	115
Şekil 4.25	Hasta eğitim ve bilgilendirme merkezi - Md Anderson Kanseri Merkezi (MD Anderson Cancer Center, 2020).....	115
Şekil 5.1	Anket örnekleri.....	124
Şekil 5.2	Hasatların cinsiyete göre dağılımı.....	125
Şekil 5.3	Hastaneler Göre Hastaların Yaş Grubu.....	126
Şekil 5.4	Hastaneye Göre Katılımcıların Müracaatta Medikal İşlem Türü.....	127
Şekil 5.5	Hastaneye Göre Katılımcıların Son 12 Ayda Polikliniğe Müracaat Sayısı	129
Şekil 5.6	Hastaneye Göre Katılımcıların Müracaatta Bekleme Süreleri.....	129
Şekil 5.7	Hastaneye Göre Refakatçisi Olan Hastaların Dağılımı.....	131
Şekil 5.8	Hastaneye Göre Refakatçilerin Cinsiyet Dağılımı.....	132
Şekil 5.9	Hastaneye Göre Refakatçilerin Yaş Grupları.....	132
Şekil 5.10	Hastanelerde Katılımcı Engelli Hastaların Dağılımı.....	133
Şekil 5.11	Hastanelerde Yabancı Hastalar.....	134
Şekil 5.12	Hastaneye Göre İstanbul Dışından Müracaat Eden Hastalar.....	134
Şekil 5.13	Hastalar açısından kayıt ve idari işlemlerin yapıldığı alanlarda mahremiyetin önemi.....	138
Şekil 5.14	Hastaların Sosyal Alanlarda Dinlenme ve Dinleşme Alanların Bulunmasına Karşı İstekleri.....	139
Şekil 5.15	Hastaların cinsiyetine göre sosyal alanlarda dinlenme ve dinleşme alanların bulunmasına karşı istekleri.....	140
Şekil 5.16	Hastaların yaş gruplarına göre sosyal alanlarda dinlenme ve dinleşme alanların bulunmasına karşı istekleri.....	140
Şekil 5.17	Hastaların refakatçinin bulunmasına göre sosyal alanlarda dinlenme ve dinleşme alanların bulunmasına karşı istekleri.....	141
Şekil 5.18	Hastaların son 12 ayda polikliniğe müracaat sayısına göre sosyal alanlarda dinlenme ve dinleşme alanların bulunmasına karşı istekleri	141
Şekil 5.19	Hastaların polikliniklerdeki bekleme sürelerine göre sosyal alanlarda dinlenme ve dinleşme alanların bulunmasına karşı istekleri.....	142
Şekil 5.20	Hastaların dinleşme alanları türü tercihleri.....	143

Şekil 5.21	Refakatçilerin Dinleşme Alanları Türü Tercihleri.....	143
Şekil 5.22	Hastaneye Göre Hastaların Dinleşme Alanları Türü Tercihleri.....	145
Şekil 5.23	Kanserlerin yaş gruplarına göre kadın ve erkek hastalarda dağılımı.....	146
Şekil 5.24	Poliklinik muayene bekleme alanı - İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (H1).....	152
Şekil 5.25	Çocuk onkoloji bölümündeki bekleme salonda uyuyan bir hasta - İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (H1).....	152
Şekil 5.26	Poliklinik muayene bekleme alanında uyuyan bir kanser hastası - İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (H1).....	153
Şekil 5.27	Poliklinik girişindeki yeşil alan ve açık bekleme alanı - İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (H1).....	153
Şekil 5.28	Neşeli ortam yaratmak ve hastalara moral vermek için polikliniğin sosyal alanlarındaki performans İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü.....	154
Şekil 5.29	Polikliniğin ana bekleme alanı - Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi (H2)	154
Şekil 5.30	Poliklinik bekleme alanında sedye ile getirilen fiziksel ve zihinsel engeli olan hasta- Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi.....	155
Şekil 5.31	Poliklinik bekleme alanında sedye ile getirilen fiziksel engeli olan hasta- Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi.....	155
Şekil 5.32	Poliklinik bekleme alanında sedye ile getirilen yaşlı hasta- Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi (H2).....	156
Şekil 5.33	Polikliniğe dört refakatçiyle müracaat eden 15 yaş altına olan hasta- Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi (H2).....	156
Şekil 5.34	Poliklinik ana bekleme alanında oyun için toplanan çocuklar - Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi (H2)	157
Şekil 5.35	Poliklinik ana bekleme alanı - Siyami Ersek Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi (H3)	157
Şekil 5.36	Çocuk kardiyoloji kliniği bekleme alanı - Siyami Ersek Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi (H3).....	157
Şekil 5.37	Çocuk kardiyoloji kliniğine getirilen 3 aylık çocuk - Siyami Ersek Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi (H3).....	158
Şekil 5.38	Nükleer tıp bölümünde tedavi işlemlerinde katkıda bulunması gereken Refakatçilerin bekleme alanı - Siyami Ersek Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi (H3)	158
Şekil 6.1	Hastalar ve refakatçilerin bekleme zamanlarının geçirdikleri alanlar.....	163
Şekil 6.2	Poliklinik alanlarındaki hasta ve refakatçiyi etkileyen etkenler	164
Şekil 6.3	Üçüncü basamak hastane polikliniklerinde gerçekleşen medikal bakımında hastalar ve refakatçilerin ihtiyaçlarını etkileyen üç faktör.....	168
Şekil 6.4	Sağlık tesislerinde ve hastalık süresinde tesisi kullanan hastaların psikolojisini etkileyen faktörler.....	169

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1 Tıp sektörü ve hasta bakımını etkileyen yirminci yüzyıldaki buluşlar	17
Tablo 2.2 Türkiye’de ve diğer ülkelerdeki farklı sağlık hizmetlerini sunan sağlık tesisleri	22
Tablo 2.3 Çağdaş hastanelerdeki fiziki alan grupları (Sprow, 2015).....	28
Tablo 2.4 Ülkelerin sağlık sisteminde tanımlanan kronik hastalıklar.....	33
Tablo 2.5 İnvazif ve İnvazif Olmayan Tıbbi Teşhis Tahlil ve Testlerin Örnekleri	37
Tablo 2.6 İnvazif ve İnvazif Olmayan Tedavilerin Örnekleri	37
Tablo 3.1 Polikliniklerin Anatomisinde Yer Alan Ana Alanlar Ve Alt Alanlar	45
Tablo 3.2 Uzmanlık polikliniklerinde bulunan çeşitli sosyal alan örnekleri.....	48
Tablo 3.3 Poliklinik Bekleme Alanlarının İşlevi, Karakteri ve Temel Özelliklerinin ve Gereksinimlerinin Tanımı (Giuseppe Pellitter, Flavia Belvedere, 2010)....	53
Tablo 4.1 Varış mekânları (iç mekân) (UK Department of Health, 2014)	83
Tablo 4.1 Varış mekânları (iç mekân) (devamı)	84
Tablo 4.2 Dolaşım mekânları ve yollar (UK Department of Health, 2014).....	85
Tablo 4.3 Bekleme alanları (UK Department of Health, 2014)	86
Tablo 4.4 Alışveriş mekânları (UK Department of Health, 2014)	87
Tablo 4.5 Dini ve manevi alanlar (UK Department of Health, 2014)	88
Tablo 4.6 Yaşlılardaki oluşan zafiyetlere göre alan tasarımı kriterleri	92
Tablo 5.1 İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Polikliniği (H1).....	121
Tablo 5.2 İstanbul Metin Sabancı Baltalamanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniği (H2).	121
Tablo 5.3 İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniği (H3).....	122
Tablo 5.4 Hastanelerde Müracaatta Medikal İşlem Türüne Göre Bekleme Süresi	130
Tablo 6.1 Polikliniklerdeki kullanıcıları etkileyen zorunlu durumlar.....	165
Tablo 6.2 Üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımı kriterlerinden üretilen mimari tasarım çözüm örnekleri.....	172
Tablo 6.3 Yeşil alan ve doğa unsurlarının kullanımında üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarım kriterlerine uygunluk sağlanma şekli.....	174
Tablo 6.4 Sanat ve sanat eserlerinin kullanımında üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarım kriterlerine uygunluk sağlanma şekli.....	175

Üçüncü Basamak Hastane Binalarında Sosyal Alanların Tasarım Kriterlerinin Belirlenmesi: İstanbul Örneği

Araz TAHERİ

Mimarlık Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Danışman: Prof. Dr. Ş. Tülin GÖRGÜLÜ

Son yıllarda, tüm bilim dalları gibi, tıp bilimi ve sağlık hizmeti de hızla gelişmektedir. Bu hızlı gelişmeler, ülkelerin sağlık sistemindeki hizmetlerin türünü ve sunum şeklini her geçen gün değiştirmektedir. Buna ek olarak, ülkelerin nüfus demografisi ve nüfusun yaşam tarzındaki değişiklik ağır ve kronik hastalıkların sayısında artışa sebep olmuştur. Ülkelerin sağlık sistemlerinde çok önemli sayılan bu ciddi hastalıkların medikal ve tedavi işlemleri üçüncü basamak hastanelerde gerçekleşmektedir. Yatılı ve akut tedaviden ayakta tedavi sistemine geçiş, sağlık hizmetindeki önemli gelişmelerden birisi sayılır. Bu gelişme, hastane yöneticilerini, hastanelerin kurumsal ve fiziki altyapısını yeni bakım sistemi için uygun hale getirmek doğrultusunda yönlendirmektedir.

Bu değişiklikler sonucunda, üçüncü basamak hastaneleri özellikle kronik hastalıkların muayene, teşhis ve tedavisi gerçekleşen üçüncü basamak hastane polikliniklerini en yoğun çalışan ve kalabalık sağlık tesislerine dönüştürmüştür. Sonuç olarak, modern medikal teknoloji içeren bu sağlık tesislerini yeni şartlara uygun şekle getirmek sağlık sektöründeki önemli bir konu sayılmaktadır. Diğer sağlık tesisleri gibi, üçüncü

basamak hastane polikliniklerinin hizmet kalitesine bakıldığında, bu yapıların mimarisi sunulan sağlık hizmetinin kalitesinde çok önemli role sahiptir. O nedenle bu tesislerin mimari tasarımı sadece fiziki alan organizasyonu ve sanat-tasarım ilişkisi boyutunda kalmayıp, kullanıcı memnuniyeti, kullanıcı psikolojisi ve medikal teknolojisi gibi önemli konuları da içeren daha kapsamlı bir konu haline gelmiştir. Bu tezin amacı, hastalar ve hasta refakatçilerinin üçüncü basamak hastane polikliniklerinde en çok zaman geçirdikleri sosyal alanların daha uygun şekilde yapılmaları için mimari tasarım kriterlerini belirlemektir.

Tezin birinci bölümünde, çalışmaya giriş yapıp; tezin amacı, kapsamı ve yöntemi ortaya konmuştur. Tezin ikinci bölümünde; tezin konusu ile ilgili sağlık, sağlık hizmeti ve sağlık tesisleri türleri gibi temel konular ele alınmıştır. Ayrıca, sağlık tesisleri mimarisinin genel hususları ortaya konmuştur. Bu bölümde, üçüncü basamak hastane polikliniklerinin kullanıcı hasta grupları, işlevi ve türleri tanımlanmıştır. Tezin üçüncü bölümünde, üçüncü basamak hastane polikliniklerinin sosyal alanları tanımlanıp, bu alanların mimari tasarımıyla ilgili standartlar, genel hususlar ve özel konular özellikle ABD, İngiltere ve Türkiye Cumhuriyeti standartlarında incelenmiştir. Dördüncü bölümde, üçüncü basamak hastane polikliniklerinin mimari tasarımına yönelik tasarım yaklaşımları ve dünya çapında birçok konuda ileri seviyede olan üçüncü basamak hastane polikliniğinde bulunan sosyal alanların mimarisindeki tasarımlar ve çözümler incelenmiştir. Tezin beşinci bölümünde, önceki bölümlerde elde edilen bilgilerin ışığında, hastalar ve hasta refakatçilerinin görüşlerini almak üzere bir anket tasarlanıp değerlendirilmiştir. Anket sonuçlarının istatistiksel analizleri yapıp, veriler mimari tasarımda kullanılabilecek bir biçimde sunulmuştur. Tezin altıncı bölümünde, elde edilen tüm bilgiler tartışılmış, üçüncü basamak hastane polikliniklerinin mimari tasarım kriterleri için öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hastane mimari tasarımı, sağlık tesisleri mimari tasarımı, kanıta dayalı tasarım

YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Determining Design Criteria for Social Spaces in Tertiary Hospitals: A Study on Istanbul Hospitals

Araz TAHERI

Department of Architecture

Doctor of Philosophy Thesis

Advisor: Prof. Dr. Ş. Tülin GÖRGÜLÜ

During recent decades, medical science has been developing rapidly. This rapid development caused several changes in healthcare services including the type and range of these services. Moreover, several changes in countrys` population demography and people`s lifestyle caused an increase in serious and chronic illnesses. Treatment and medical procedures related to these illnesses, which are the most critical cases in nations` healthcare systems, are carried out in tertiary hospitals. One of the noticeable changes in healthcare systems is a rapid shift from long-term acute care to day-care procedures, which leads hospitals` managers to make proper changes to adapt their organization, and infrastructure to this extreme change.

Because of these changes, tertiary hospitals, especially their polyclinics, in which, medical practice, diagnosis, and treatments of serious and chronic illnesses take place, have become one of the crowded and busy facilities of health systems. As a result, providing proper infrastructure for day-care services in these facilities, which involve modern medical technologies, is a crucial issue. From the aspect of healthcare quality, it is highly believed that the quality of medical services in hospitals and other

healthcare facilities depends on the quality of their physical space. For this reason, currently, the architectural design of healthcare facilities, which is known as “Healthcare Design” has changed into a regulated and multidisciplinary issue and includes important subjects such as user satisfaction, user psychology, medical technology, etc. This thesis aims to determine architectural design criteria for social spaces in tertiary hospital polyclinics; in which, patients, visitors, and their families spend most of their time during their polyclinic visits.

The first section of this thesis is an introduction to the topic. In this section; the aim, scope, method, and limitations of the thesis are introduced. In the second section, basic terminations related to the subject such as health, healthcare, healthcare service are introduced. Additionally, in this section general issues related to healthcare facilities’ architecture, user groups, and functions and types of tertiary hospital polyclinics are introduced. In the third section of this thesis, the social spaces of tertiary hospitals are introduced. In this section, research is focused on polyclinics of these hospitals. Also in this section, general design regulations, standards, and specific issues which should be applied in the architectural design of these spaces are considered. Architectural design standards related to healthcare buildings from Turkey, U.S.A, and England and related researches are studied in this section. In section four, architectural design approaches related to hospitals are considered. In this section, architectural design solutions which can be applied in social spaces of tertiary hospital polyclinics are studied. At the end of this section sample, social spaces from tertiary hospitals from developed countries which are known as modern and advanced hospitals are considered. In the fifth section of this thesis, the results of previous sections are tested in three tertiary hospital polyclinics’ social spaces. This test took shape with a questionnaire and author’s follow up.

The questionnaire results are analyzed with the SPSS program to achieve real data to be used in the architectural design field. In section six, all of the results are argued and recommendations about architectural design criteria for social spaces in tertiary hospital polyclinics are presented.

Keywords: Hospital architecture, healthcare facility design, evidence-based design

YILDIZ TECHNICAL UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF NATURAL AND APPLIED SCIENCES

1.1. Literatür Özeti

Sağlık, insanların hayatı boyunca sahip olabileceği en kıymetli hazinedir. O nedenle sağlıkla ilgili tüm konular tarih boyunca bilim alanında ve ülkelerin politika ve ekonomi alanında en önemli konu olarak hep gündemde olmuştur. Sağlıkla ilgili konuların en önemli parçalarından birisi olarak tanınan sağlık tesisleri, sağlık hizmetinin sunulduğu mekânlar olup sağlıkla ilgili diğer konular gibi tarih boyunca sürekli değişmiş ve gelişmiştir. Sağlık tesislerinin değişim ve gelişimi; sağlık bilimi, teknoloji, ülkelerin nüfus sayısı ve demografisi gibi pek çok farklı faktörle bazen paralel ve bazen etkileşimli bir biçimde gerçekleşmiştir.

Geçmiş asırlardaki sağlık tesisleri, çok yaygın olmamakla birlikte, kimsesiz ve fakir hastalar ile yoksulların barındıkları tesisler olan şifahaneler şeklinde 18. yüzyıla kadar ciddi değişiklikler görmeden eski medeniyetlerdeki devletler tarafından aynı şekilde kurulmaya devam etmiştir. Ancak 18. yüzyılın sonlarından itibaren, tıp bilimindeki yaşanan gelişmeler nedeniyle sağlık hizmetinin uygulama ve halka sunum şekli değişmeye başlamış ve günümüzde hastane olarak tanınan sağlık tesislerinin ilk örnekleri inşa edilmiştir. Asrımızda, hastaneler sağlık tesislerinin en önemlisi sayılır. Bu tesisler 20. yüzyılın orta yıllarından sonlarına kadar ülkelerin sağlık sisteminde işlevsel olarak belirli sağlık hizmetlerinin sunum alanı olarak faaliyet göstermekteydi ve alan organizasyonu ve mimari açıdan belirgin ve sabit bir yapı şekline sahipti. Ancak, 20. yüzyılın sonlarından günümüze kadar sağlık bilimi, sağlık hizmeti sunum şekli ve toplumların demografisinde ortaya çıkan hızlı değişiklikler nedeniyle hastanelerin fiziksel yapısının değişmesi gerekmektedir. Bu dönemde hastanelerin organizasyonu ve fiziksel yapılarını iki değişiklik ciddi bir şekilde etkilemeye başlamıştır. Bu değişikliklerin birincisi hastanelerdeki tanı ve tedavi uygulamalarının

yatılı tedaviden ayakta tedavi uygulamalarına geçmesi ve diğeri ÷lkelerdeki kanser ve kalp damar hastalıkları gibi kronik hastalıkların hızlı bir biçimde artmasıdır.

Medikal açıdan bakınca, günümüzde artık tüm hastalıklar ve özellikle kronik hastalıkların tanı, tedavi ve bakım işlemlerinin büyük bir kısmı ileri teknolojilere sahip olan ve tek bir uzmanlık alanında faaliyet gösteren üçüncü basamak hastane polikliniklerinde ayakta tedavi yöntemiyle gerçekleşir. O nedenle üçüncü basamak hastane poliklinikleri yataksız hastaneler haline gelmiştir ve artık ameliyatların da büyük bir kısmı bu polikliniklerde yapıpı hastanın hastanede yatışına gerek kalmadan aynı günde çıkışları yapılmaktadır.

Bu yeni şartlar üçüncü basamak hastane polikliniklerine olan hasta müracaatlarının artmasına sebep olup onun sonucunda bu tesislerde kalabalık ve kaotik ortamların oluşması ve ciddi bir şekilde fiziki alan yetersizliği yaşanmasına neden olmaktadır. Kronik hastalıkların bakımı gereğı, hastaların dönemsel olarak bu polikliniklere müracaat etmeleri zorunlu bir durumdur. Ayrıca bu tesislerdeki hasta müracaat sayısının artması ve bu polikliniklerdeki medikal işlemlerin uzun süresi, hastalar ve refakatçilerin bu durumlardan olumsuz etkilenmeleri ve psikolojik olarak tehdit altında olmaları, hastalığın iyileşme sürecinin belirgin bir şekilde uzamasına neden olmaktadır.

Bu nedenlerle üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki fiziki alan yetersizliği bir taraftan tesislerin kapasitesi açısından ve diğeri taraftan belirli fiziki ve psikolojik özellikleri olan hastaların bakım sürecindeki ihtiyaçları açısından öneme sahiptir.

Günümüzde yapılan pek çok araştırma, hastane binalarının somut mimariye sahip olmaları ve bu tesislerde gerçekleşen dinamik aktivitelerin sürekli değışmesi, bu tesislerdeki fiziki alan yetersizliği ve kaotik ortamların oluşmasına neden olduğunu kanıtlamıştır. Ayrıca araştırmacılar tarafından bu tesislerin mimari tasarımına ilişkin standartlar ve yönetmeliklerin bu problemin çözümünde yetersiz kaldığını kanıtlanmıştır. Bu sebeplerden dolayı, üçüncü basamak hastane polikliniklerinin fiziki yapılarının yaşanan değışikliklere uygun hale getirilmesi, mimari tasarım açısından bir çelişki haline gelmiştir.

Dünya çapındaki önemli sağlık tesisleri mimari tasarım yönetmeliklerinde ve bu alandaki yapılan araştırmaların çoğunda bu tarz problemlerin çözülmesi için kapsamlı bilimsel araştırmaların yapılması önemle tavsiye edilmiştir. Bu doğrultuda özellikle 21. yüzyılın sonlarından itibaren sağlık tesisleri mimari tasarım alanında, mimarlar ve araştırmacılar tarafından kapsamlı araştırmalara dayanarak çeşitli tasarım yaklaşımları ortaya konulmuştur.

Bu tez çalışması, çağdaş üçüncü basamak hastane polikliniklerinde oluşan mekânsal sorunları tanımlamak ve onların giderilmesi için yeni mimari çözümler bulmak amacıyla yapılmıştır.

Bu amaçla; sağlık tesislerinin mimarisi üzerinde yapılan önemli araştırmalar örnek alınarak mimari ve tıp alanındaki çeşitli kaynaklar incelenmiştir. Bu kaynakların incelenmesinin nedeni, sağlık tesisleri mimari tasarım standartları ve kriterlerinin oluşma şekli, tıp biliminin bu kriterlerin oluşmasındaki yöntemini öğrenmek ve bu bilgilere dayanarak üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanların mimari tasarımı için kriterlerin belirlenmesidir. Mimari alanında, Designing Public Spaces In Hospitals, Design Guide - Ambulatory Care (Hospital Based), Health Building Note 00-01 General Design Guidance For Healthcare Buildings, Hospitals In Changing Europe, Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2011 Yılı Klavuzu ve Planning Design And Construction Of Healthcare Facilities gibi kaynaklar ve tıp ile sağlık alanında, Ambulatory And Community-Based Care: A Framework For Non-İnpatient Care, Understanding Pain, Chronic Illness Impact And Intervention, Health Psychology, Hospital Based Paliative Care ve Sensation And Perception gibi kaynaklar özellikle incelenmiştir. Ayrıca çok sayıda mimari, tıp, psikoloji, sosyoloji ve sağlık tesisi yönetimi ile ilgili kanun, yönetmelik, doktora tezi, makale ve bilimsel çalışmalar araştırılmıştır.

1.2. Tezin Amacı, Kapsamı ve Yöntemi

- Amaç

İnsanların sağlık problemlerinin en iyi şekilde çözülmesi onların vazgeçilmez hakları sayılır. İnsanların ağır sağlık problemleri; özellikle kronik hastalıklar, ülkelerin

yönetimine ciddi sosyoekonomik yük getirmekte ve sağlık kurumlarında en büyük problem olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenlerle bu hastalıkları taşıyan hastaların olabildiğince en kısa zamanda iyileşmeleri sağlık sektörünün en önemli hedeflerinden birisidir. Bu bağlamda; sağlık tesislerinin mimarisi ve fiziki alanlarının özellikleri, hem medikal ve hem psikolojik açıdan hastaların iyileşme sürecinde önem arz etmektedir. Diğer taraftan, bu alanların fiziki yapıları, hastalara eşlik eden ve hastaların tedavi işlemleriyle yakından ilgilenen hasta refakatçilerinin üzerindeki olumsuz psikolojik etkileri kanıtlanmıştır. Nitekim hastalar ve hasta refakatçilerinin üçüncü basamak hastane polikliniklerinde en çok zaman geçirdikleri sosyal alanlarının mimari kalitesi, sadece hastalar değil, bu bireylerin ailelerini de içeren büyük bir kitlenin sağlığı açısından dikkate alınmalıdır. Bu konu öncelikle hastalar ve refakatçilerin fiziki ve psikolojik sağlığı açısından ve onun takibinde sağlık tesisleri ve sağlık sistemlerinin üzerinde olan kronik hastalıkların yükü açısından önemli bir husus sayılır.

“Üçüncü Basamak Hastane Binalarında Sosyal Alanların Tasarım Kriterlerinin Belirlenmesi” konulu bu tez çalışmasının amacı; bu alanlarda tanımlanan problemlerin çözümüne yönelik mimari tasarım konsepti ve nitelikli mimari tasarım kriterleri oluşturmaktır.

- Kapsam

Bu tez çalışmasının odak noktası üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanlardaki kullanıcılar için olabildikçe ideal bir mekân oluşturmaktır. Bu nedenle, bu alanların genel kullanıcıları yani hastalar ve hasta refakatçileri ön planda tutulup çalışanlar kapsam dışı bırakılmıştır. Bu çalışmada, evrensel tasarım kriterleri, yapı fiziği öğeleri (havalandırma, aydınlatma ve gürültü kontrolü), mimari tasarım kriterlerinin personel üzerindeki etkisi ve bu tesislerdeki sosyal alanların haricindeki diğer alanların olabildikçe ideal tasarım şekli varsayılarak kapsam dışı bırakılmıştır. Bu konuların mutlak olarak yerine getirilmesi gerekli koşullar olarak kabul edilmiş ve araştırma bunlar üzerine geliştirilmiştir. Bu tezdeki alan çalışması, İstanbul’da yer alan üç adet üçüncü basamak hastane polikliniğindeki sosyal alanlarda yapılmıştır. Bu hastane poliklinikleri farklı uzmanlık alanında (Onkoloji, Kemik hastalıkları ve Kalp, damar ve göğüs hastalıkları) faaliyet göstermektedirler.

- Kısıtlılıklar

Bu tez çalışmasında olumlu durumlarla birlikte bazı kısıtlılıklar da vardır. Alan çalışması için İstanbul'da bulunan on adet üçüncü basamak hastaneden sadece üç hastane tarafından bu çalışma için izin verilmiştir. Ayrıca bu hastanelerdeki polikliniklerde ağır sağlık problemi olan hastaların bulundukları bölümlerde alan çalışmasının yapılmasına izin verilmemiştir. Bunlara ek olarak bu hastane polikliniklerindeki sağlık problemleri ileri seviyede olan hastaların çalışmaya katılmak istememeleri bu alan çalışmasının kısıtlılıklarından sayılır.

- Yöntem

Bu tez çalışması literatür araştırması ve alan çalışması yöntemiyle gerçekleşmiştir. Literatür araştırması olarak tezin konusuyla ilgili, öncelikle mimarlık literatürü ve onun yanı sıra tıp ve psikoloji literatürü taranarak yapılmıştır. Literatür araştırması sonucunda elde edilen bulgular iki farklı şekilde test edilmiştir. Birincisi, elde edilen bulguların uygulanma şekli, dünya çapında tıp bilimi açısından ileri seviyede olan üçüncü basamak hastane polikliniklerdeki sosyal alanlarda incelenmiştir. İkinci test olarak bu taramadan elde edilen bulgular, alan çalışması kapsamında, karşılıklı görüşme yöntemiyle hastalar ve refakatçiler tarafından yorumlanmış ve ayrıca gözlem yapılmıştır. Alan çalışması üç farklı uzmanlık dalında faaliyet gösteren üçüncü basamak hastane polikliniğinin sosyal alanlarında yüz yüze yapılan anket çalışması kapsamında gerçekleşmiştir. Bu anket çalışmasının istatistik sonuçları SPSS programında analiz edilerek tez konusu doğrultusunda yorumlanmıştır.

1.3. Hipotez

-Ana Hipotez

Üçüncü basamak hastane binalarında bulunan sosyal alanların mimari tasarımı bu tesislerde tedavi gören hastalar (genellikle kronik hastalığı olan bireyler) ve onlara eşlik eden refakatçilerini etkiler. Bu alanların mimari tasarımı kullanıcıların (hastalar ve refakatçıların) ihtiyaçları ve fiziki ve psikolojik durumlarının dikkate alınmasıyla olabildikçe ideal bir şekilde gerçekleştirilirse, bu kullanıcı grubu tesislerdeki fiziki alanlardan olumlu etkilenirler.

-Alt Hipotez

Üçüncü basamak hastanelerin polikliniklerinde bulunan sosyal alanlar kronik hastalığı olan bireyler ve onlara eşlik eden refakatçıların en çok müracaat ettikleri mekânlar olup, bu alanların mimari tasarımı hastalar ve refakatçıları etkilemektedir. Bu alanların mimari tasarımı kullanıcıların (hastalar ve refakatçıların) ihtiyaçları ve fiziki ve psikolojik durumlarının dikkate alınmasıyla olabildikçe ideal bir şekilde gerçekleştirilirse, bu kullanıcı grubu tesislerdeki fiziki alanlardan olumlu etkilenirler.

1.4. Tezin Yararları

Bu tez çalışmasının literatürde, sağlık tesislerinin mimarisiyle ilgili araştırmalarda ve üçüncü basamak hastane polikliniklerinin mimari tasarımında fayda sağlaması beklenmektedir.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar, literatürdeki sağlık tesislerinin mimari tasarımı konusuyla ilgili mevcut olan boşluğu doldurarak üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanların mimari tasarımına katkı sağlayacaktır. Bu katkı araştırmacıların bu konu üzerinde yeni bilimsel çalışmalar yapmalarının yolunu açacaktır. Ayrıca bu çalışmanın sonuçları, üçüncü basamak hastane poliklinikleri ile ilgili mimari tasarım standartları ve yönetmeliklerinin düzenlenmesine yardımcı olacaktır.

Bunlara ek olarak bu çalışmanın sonucunda önerilen mimari tasarım kriterleri, herhangi bir yeni veya yenilenecek üçüncü basamak hastane polikliniği projesinin mimari tasarımında kullanılarak, bu tesislerin işlevsel açıdan daha verimli olmalarını ve hastaların iyileşme sürecini hızlandırabilmesi beklenebilir.

Sağlık, Sağlık Hizmeti ve Sağlık Tesisleri Kavramları ve Sağlık Tesisleri Kullanıcıları ve Türlerinin Tanımı

Tez çalışmasının ilk adımı olarak, tezin konusunda yer alan terimlerin tanımlanması ve bu terimlerin mimari ve tıp alanındaki kapsamı belirlenmiştir. Bu tanımlama, araştırma konusundaki terimlerin farklı disiplinlerdeki ortak noktalarını ortaya çıkartarak çalışma sonuçlarının ayrıntılı bir biçimde elde edilmesini sağlayacaktır. Sağlık hizmeti, sağlık tesisleri ve sağlık tesisleri kullanıcılarının üzerinde yapılan ayrıntılı araştırma ile bu yapıların mimari tasarımında rol oynayan etkenlerin doğru tanımlanması ve üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanların çağdaş mimari tasarım kriterlerinin belirlenmesine yardımcı olması amaçlanmıştır.

2.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramlarının Tanımlanması

Çalışmanın bu bölümünde, sağlık tesislerinin ana kuruluş amacı olan sağlık ve sağlık hizmetleri incelenmiştir. Bu iki kavramın tanımlanması, sağlık tesisleri ve özellikle, tezin konusu olan üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanların mimarisinin tanımlanmasına destek olacaktır.

2.1.1. Sağlık Kavramı

Türk Dil Kurumu Sözlüğü 'nün tanımına göre sağlık; bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat ve afiyetten ibarettir (AKALIN, 2011). Hastalık ise organizmada, birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla, sağlığın bozulması durumu ve ruh sağlığının bozulması durumu olarak tanımlanıyor (AKALIN, 2011). *Dünya Sağlık Örgütü*, sağlık kavramını benzer bir beyanla, şu şekilde tanımlamaktadır:

“Sağlık, yalnızca hastalık veya zayıflığın mevcut olmaması hali değil, aynı zamanda bedensel, zihinsel ve sosyal esenliğin eksiksiz bir şekilde mevcut olması halidir” (Organization, 2006).

Sağlık kavramı, sağlık sektöründeki bilimsel kurumlar ve müesseseler tarafından, farklı şekilde tanımlanabilir ve bazen dönemselsel olarak toplumların yaşam ve hayat beklentileri durumuna göre, yeni tanımlar önerilebilir. Ancak, ne kadar genel ve belli bir tanım ifade edilirse de sağlık kavramı farklı kültürlerde değişik şekilde irdelenebilir. Örneğin Japonya’da sağlık ve hastalık kavramı bütünsel bir şekilde değerlendirilmektedir. Bu düşünceye göre, vücudun bütün parçaları birbirine bağlıdır ve karşılıklı olarak birbirlerinden sosyal ve fiziksel olarak etkilenmektedirler. Bu düşünce, aynı zamanda sağlıklı olma halinin sabit bir durum olmadığını, mükemmel bir sağlık olmadığını da varsaymaktadır. Her şey, orantılı olarak dengede olduğunda, kişinin sağlığı iyi durumda sayılır (Okamoto, 2001).

2.1.2. Sağlık Hizmeti Kavramı ve Türleri

Sağlık hizmeti, sağlık konularını içeren çalışma alanıdır (AKALIN, 2011). Tüm ülkelerde, sağlık hizmetleri resmi kurumlar tarafından sunulan geniş çaplı bir hizmettir ve belli bir tanım ve kapsam altında düzenlenerek halka sunulurlar. Türkiye’deki kanunlarda, sağlık hizmeti şu şekilde tanımlanır:

“ İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir” (Sağlık Bakanlığı, 1990).

Her ülkenin uluslararası standartlara dayalı olmak üzere tarih, maliyet, coğrafya, altyapı, işgücü piyasası ve işgücü sağlayıcı eğitimi gibi yerel şartlara göre değişen sağlık hizmeti sunum modelleri vardır. Bu nedenle, farklı tesisler (örneğin ayakta veya yatılı bakım) ve farklı sağlayıcılar (örneğin, uzmanlar, genel pratisyenler veya hemşireler) tarafından sunulan spesifik hizmetler, genellikle ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017). Sağlık sektöründe sunulan hizmetlerin türü ve gelişimi; bireylerin talepleri, kurumsallaşma, kültür ve ekonomik özellikler gibi pek çok etkene bağlı olarak oluşmakta ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir (Sevil ASLAN, Ramazan Erdem, 2017). Bu geniş çaplı hizmet, doğru mecraların kullanılmasıyla doğru hedeflere ulaştırılabilmesi için belli seviyeler

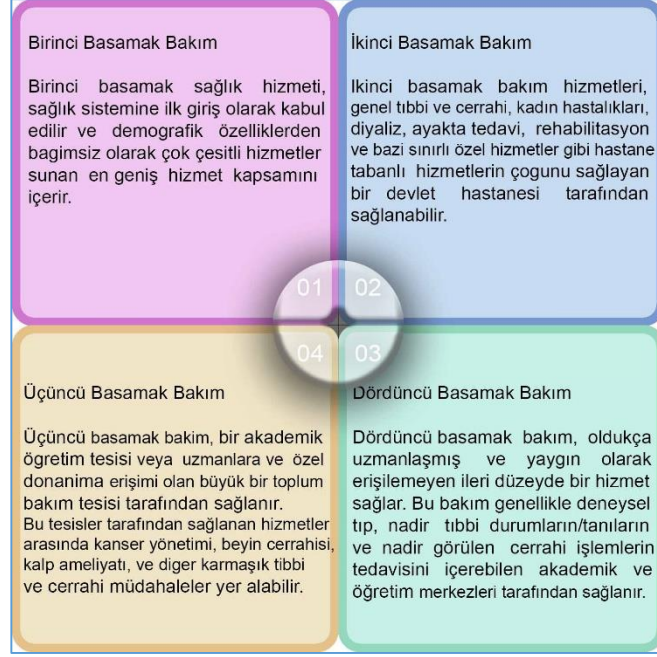
şeklinde sınıflandırılmıştır. Sene 1920'de, *Lord Bertrand Dawson*, bakım organizasyonunu her biri belirli benzersiz hasta bakım ihtiyaçlarına karşılık gelen birinci, ikinci ve üçüncü basamaklara ayırmayı önermiştir (Thomas Bodenheimer, Kevin Grumbach, 2002). Bu düzen, birçok ülkede uygulandığı gibi, Türkiye sağlık sisteminde de üç basamakta tanımlanmaktadır:

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların evde ve ayakta tedavileridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilir.

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda (hastanelerde) yatırılarak tedavileridir.

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belli bir hastalığa yakalanan kişilere, o konuda en geniş imkânlarla sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetidir. Bu hizmetler, genellikle özel dal ya da eğitim hastanelerinde verilir (TTB, 2019).

Son yıllarda yaygın olmasa da, birkaç ülkenin sağlık sisteminde yeni bir düzen olarak dört basamaklı sağlık hizmeti oluşturulmuştur. Dördüncü basamak sağlık hizmeti, ileri seviyede olan bir sağlık hizmetidir. Bu hizmet yaygın değildir ve ileri teknolojiye sahip olan medikal cihazlar aracılığı ile eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulanır (Health Crae 101 e-Book, 2016).



Şekil 2.1 Kanada-Ontario Sağlık Sistemindeki dört basamaklı sağlık hizmetleri (Health Crae 101 e-Book, 2016)

Bunlara ilave olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin yanında tamamlayıcı, destekleyici veya palyatif tıp olarak tanımlanan sağlık hizmetleri de yer almaktadır. Bu sağlık hizmetleri birçok ülkede resmi bir şekilde çeşitli sağlık tesislerinde ve özellikle üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastane polikliniklerinde uygulanmaktadır.

Bu hizmetin amacı, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek ağrılarını hafifletmek veya önlemek ve genel olarak bu grubun yaşam kalitesini geliştirmektir (Palyatif Bakım Esasları, 2018). Dünya Sağlık Örgütü tarafından, kronik ve terminal hastalıkların tedavisi esnasında uygulanması önerilen bu sağlık hizmeti, tıp alanında da bilimsel gelişmelere dayanarak yürütülmektedir. Kaygı azaltmayı hedef alan bu müdahaleler arasında müzik terapisi, hipnoterapi, akupunktur, farkındalık meditasyonu, aroma terapisi, masaj ve sanat terapisi sayılabilir (Saint, 2015). Destekleyici sağlık hizmeti örneklerinden birisi Japonya'daki "kampo medicine"dir. Japon geleneksel tıbbi tedavi yöntemi olan kampo tıbbi, Yin-Yan gibi oryantal geleneksel düşünme biçimlerini ve "Qi" kavramını temel alır. Bu yaklaşımda zihin-

beden birliği çok önemli kabul edilir. Kampo tıbbı Batı tıbbının yanı sıra bir seçenek olarak da seçilebilir. Japonya’da kampo terapilerine ek olarak bitkisel ilaçlar, akupunktur, moksibüsyon (Çin geleneksel tıbbındaki bir yöntem) gibi diğer yöntemler de tedavide kullanılır (Health Service Delivery Profile-Japan , 2012). Palyatif bakım, ayrıca çeşitli medikal işlemleri içermekte olup alttaki hastalıklara maruz kalan hastalar için uygulanabilir:

- Gelişmiş kalp yetmezliği (bir yılda ikinci kez tedavi gerektirdiği durumda)
- Meme kanseri
- Beyin metastazı
- Demans ve aspirasyon pnömonisi
- Siroz (değişmiş mental durum için ikinci başvuru gerektirdiği zaman)
- Katı organ nakli (Saint, 2015)

2.2. Sağlık Tesislerinin Tarihsel Süreçte Gelişimi, Türleri ve Kullanıcıları

Bu çalışmada sağlık tesislerinin tarihsel süreçte gelişimi, türleri ve kullanıcılarının tanımı, dünya ve Türkiye çapında araştırılarak incelenmiştir. Sağlık tesislerinin tarihsel süreçteki gelişiminin incelenmesi bu değişimlere neden olan etkenleri ve her dönemdeki değişen özelliklerin tanımlanması, günümüzdeki değişimlerin doğru analiz edilmesi amacıyla yapılmıştır. Bu tanımların analizi gelecekte olabilecek değişimlerin öngörülmesini ve konuya geniş bir bakış açısıyla yaklaşmayı sağlayacaktır (Giedion, 1968).

2.2.1. Sağlık Tesislerinin Tarihsel Süreçte Gelişimi

Hastanelerin işlev konsepti geçen yüzyıllar boyunca değişmiştir (The Joint Commission, 2008). Tüm her şeyde olduğu gibi, mimarlıkta da değişim, değişimin getirdiği yeni talepler ve bu taleplerin belirlediği yeni ihtiyaçları karşılama çabası hâkimdir (ERGENOĞLU, 2006). Aynı şekilde sağlık tesisleri binalarında geleceğin gereksinimlerini dikkate almak, bu tesislerin mevcut durumlarını anlamayı gerektirir. Hastaneler yüzyıllar boyunca birçok farklı rol ve işlevler yerine getirmiştir: orta çağlarda manastırlara bağlı yoksullar için barınaklar, on sekizinci yüzyılda ölmek

için son çare ve yirminci yüzyılda modern bir sağlık sisteminin parlayan sembolleri (Martin MacKee, 2002).

Çalışmanın bu bölümünde dünya geneli ve Türkiye’de hastanelerin tarihsel süreçteki gelişiminin 20. yüzyılın öncesi 20 ve 21. yüzyıldaki önemli değişim ve gelişim etkenleri dikkate alınarak araştırılmıştır.

- 20. Yüzyılın Öncesi

Tıp bilimi, eski çağlardan endüstri devrimine kadar, dini görüş ve inançlara bağlı olmuştur. Bu zaman diliminde, din ve tıp pratiği uzun süren bir birliktelik yaşamıştır. Bu nedenle, hastaneler, eski çağlarda, hem vücudun hem de ruhun iyileşmesi ve bakımı düşünülerek yapılmıştır. Karanlık çağlar sırasında, tıbbi bakım yerine hastalar ruhani yollardan tedavi edilmeye çalışılıyordu. Daha sonraları sadece sağlık bakımı değil, yoksul halkın barınması ve korunması gibi işlevler de paradigmlar arasında yer almaya başlamıştır (ERGENOĞLU, 2006). Bir hastanenin varlığına dair en eski mimari kanıt, Sri Lanka'daki Mihintale'de bulunmuş olup tarihi MS 9. yüzyıldır. Yunanlılar "rasyonel" tıbbın yaratıcıları olarak tanınırken hastaneleri bulunmuyordu. Doktorlar yüzlerce yıldır devam eden bir uygulama olarak hastaları evlerinde tedavi ediyorlardı. Romalılar, ağırlamak için kullanılan Latince bir sözcük olan "hospes"i hastane sözcüğünün kökü olarak kullanıp eğlenilecek yer anlamına gelen "hospitium" kelimesini toplumlara sunmuşlardır. Roma İmparatorluğu, Hristiyanlığa döndükçe kilisenin hastalara hizmet sağlama rolü sıkı bir şekilde pekişmiştir. MS 400. yıllarda gezginler, yoksullar ve hastalar için konaklama olanağı bulunan birçok manastır yapılmıştır (Luoma, 2010). On sekizinci yüzyılda, hasta bakımı için tıbbi ve cerrahi tedavi büyük önem kazanmış ve hastaneler dini alanlardan ziyade medikal alanlar haline gelmiştir. Ayrıca çapları da büyümüştür. Bin yatak veya daha fazlasından oluşan büyük hastaneler, on dokuzuncu yüzyılın başında Fransa'da ortaya çıkmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki büyük kentlerde 1700'li yıllarda, karantina hastaneleri kurulmaya başlanmıştır. Bununla birlikte, düşkün evleri, yoksullara ve düşkünlere bakım sağladıklarından kesinlikle tıbbi vakalara hizmet etmeyi amaçlamışlardır. Tüm sağlık problemlerinin bir arada ve yeni tıbbi koşullarda tedavi edilmesi için yapılan

kuruluş, Amerika'daki Benjamin Franklin'in yardımıyla hayata geçen Pensilvanya Hastanesi, o çağın yeni gelişmiş hastanelerine örnek gösterilebilir (Wall, 2012).



Şekil 2.2 Pensilvanya Hastanesi – 1752 (Philadelphia, 2020)

İslam ülkelerinde ise bir caminin hastaneyle birlikte inşa edilmesi Batı'da garip karşılanabilse de İslam toplumunda erken dönemden başlayarak, dini yapılarla birlikte halka açık sosyal yardım kurumları inşa edilmiştir (Al-Asad, 1994). Türkiye'nin hastane yapılarının altyapısı, aynı topraklarda hüküm süren uygarlıklara dayanmaktadır (Sevil ASLAN, Ramazan Erdem, 2017). Osmanlı'da, özellikle hanedan mensubu ailelerin bulunduğu bölgelerde soylular, "külliye" olarak adlandırılan cami komplekslerini inşa etmişlerdir. Külliyeler sosyal yardım kurumları, okullar, manastırlar, mutfaklar, hamamlar, kervansaraylar vb. içerebilir ancak, Divriği gibi küçük çaplı bölgede, camiye sadece hastane eklenmiştir (Al-Asad, 1994). Aynı coğrafyada farklı isimlerle (şifahane, bimaristan, maristan, darüssihha, darülafiye, me'menülistirahe, darüttıb, darülmerza, şifaiyye, bimarhane, timarhane, darüşşifa) anılan hastaneler, Türk-İslâm vakfı ve çeşitli vakıflarca kurulmuştur. Günümüze gelen bu yapılar Selçuklular döneminden kalma, halkın sağlığını iyileştiren çok büyük sağlık mekânlarıdır (Sevil ASLAN, Ramazan Erdem, 2017).

On dokuzuncu yüzyılın sonlarına kadar, tıp bilimi ve sağlık politikalarıyla paralel vaziyette gelişmekte olan bu tip sağlık tesislerinden, Bursa'daki *Yıldırım Darüşşifası*, *Gevher Nesibe Hastanesi*, *Divriği'deki Divriği Camii Hastanesi*, *Birinci Keykavus Medrese ve Hastanesi*, *Süleymaniye Külliyesi*'ni örnek gösterilebilirler.



Şekil 2.3 Divriği Camii (Fruneau, 2005)

On dokuzuncu yüzyıl, Osmanlı toplumunun hemen her alanında modernleşmeye doğru bir değişme, dönüşme çağı olmuştur (ÜLMAN, 2007) . Osmanlı'da sağlık örgütlenmesi 1826'dan sonra başlamıştır. İlk tıp mektebi (Mekteb-i Tıbbiye Nezareti) 1827'de açılmış ve 1839'da faaliyete geçmiştir (Araştırmaları, 2019). Ancak, o dönemde memleket tabiplerinin işlerini yürütecekleri mekân belli değildir (AYDIN). Hastalar, 19. yüzyılın sonlarına kadar, evlerinde özel hekimler tarafından tedavi edilir ve bakım hizmet alırlardı (Şeyda Çavmak, Doğançan Çavmak, 2017). Onun ardından, 1866 yılında şehir ve kasabalarda görevlendirilmek üzere hekim yetiştirecek olan sivil nitelikteki ilk tıp okulunun açılmasına karar verilir ve il merkezlerinde ilin tüm sağlık işlemlerinden sorumlu sağlık müdürlükleri kurulur. Bu doğrultuda İdare-i Umumiye-i

Tıbbiye Nizamnamesi'nin memleket tabiplerinin görevleri bölümünde (1871), halka sağlık hizmeti sunumu bu şekilde tayin edilmiştir:

“ Memleket tabipleri belediye tarafından tayin ve ilan olunan yerde haftada iki gün parasız olarak hastaları muayene edecek ve bu sürede zengin-fakir hiç kimseden para almayacaktır.”

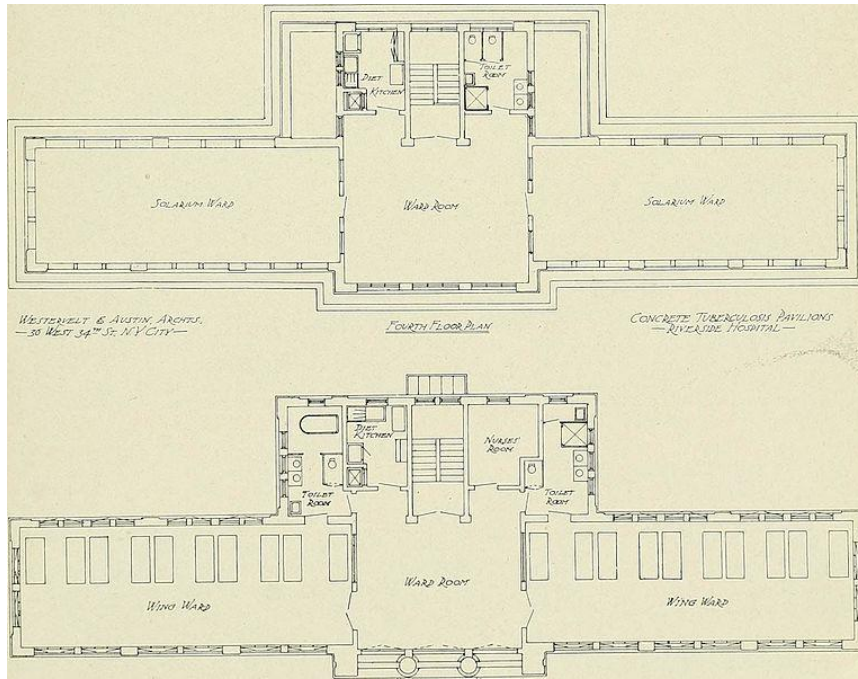
Osmanlı Devleti'nin kurduğu ilk hastane konusunda çeşitli kaynaklarda farklı bilgiler yer almaktadır. Osmanlı tıp tarihinde "hastane" sözcüğü ilk kez, 1843 yılında Abdülmecid'in annesi Bezm-i Âlem Valide Sultan'ın kurdurduğu Bezm-İ Âlem Valide Sultan Guraba-i Müslimin Hastanesi için kullanılmıştır. Bu hastane genel sağlık koşulları göz önüne alınarak, kent içindeki yerleşme alanlarından biraz uzakta inşa edilerek vakıf niteliğinde faaliyet göstermiştir. O dönemlerde kurulan hastanelerde artık hasta bakımı da değişmeye başlamış ve belli bir düzen kapsamına gelmiştir. Hastanelerin kurulması ve modern tıp eğitiminin gelişmesi ve yaygınlaşmasının ardından Osmanlı kaynaklarında “hasta bakıcı” olarak tanımlanan ve özünde “bakım” eylemi olan hemşireliğin, Florence Nightingale'den bu yana bir meslek olarak şekil almaya çalıştığı görülmektedir (KORKMAZ, 2011). Artık, o dönemdeki modern tıp, yeni hasta bakım sistemi ve sağlık işgücü yetiştirme eylemleri için yeni ve daha kapsamlı binalara ihtiyaç duyulmaktaydı. Bu gelişmelerin gerçekleştiği dönemdeki hastane yapıları ve mimarisine bakıldığında, 19. yüzyılın Batı tipi geniş koğuşlu sistemi yerine, pavyon sistemi (Osmanlı darüşşifalarında da görülen oda sistemi gibi) geliştirilmiştir.



Şekil 2.4 Geniş Koğuş Sistemi Hastane - Kink's Colleg - Londra 1840

- 20. Yüzyıl

Dünya genelinde, hastane tesislerindeki gelişmeler ve tıp uygulama ve teknolojisindeki ilerlemeler ile kamu ve din hastaneleri, yoksul insanlarda olduğu gibi, üst sınıfların da tercihi olmaya başlamıştır. Eskiden hastaneye karşı algı, “Hastaların tedavi edilmesi gereken yer evleridir ve hastaneler yoksulluk ve ölümle ilişkilidir.” şeklinde idi. Hastane algısı değişiyor olsa da bu dönemde de çok yataklı koğuş kullanımına devam edildi. Koğuş düzenini iyileştirmek ve koğuşları çok katlı binalara uyarlamak için çok sayıda girişimde bulunuldu (Luoma, 2010).



Şekil 2.5 Geniş Koğuş Sistemi Hastanesinin Koğuş Katı Planı Örneği
(commons.wikimedia.org, 2020)

Yirminci yüzyılın başlarında, hükümet ve resmi binaların çoğu, sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelere dönüştürülmüştü ve bu zorlukla başa çıkmak için hala yeterli imkân bulunmamaktaydı (Ümran DAL, Yeter KİTİŞ, 2008). Yirminci yüzyılın başında Avrupa’da yaygınlaşmaya başlayan blok tipi hastaneler yapılmaya başlanmıştır. Pavyon tipi hastaneler geniş alanda genellikle 1-2 kattan oluşan maliyeti yüksek, yönetimi zor yapılardır. Blok tipi hastaneler ise pavyon tipine göre daha dar alanda çok katlı olarak inşa ediliyordu (Sevil ASLAN, Ramazan Erdem, 2017). Sene 1910’da New

York'taki Mt. Sinai Hastanesi'nde, alan tasarrufu ve ulaşım sürelerinin azaltılmasına yardımcı olmak amacıyla 26 yataklı koğuşlardan oluşan ve dikey olarak diğer katlarla irtibatı olan bir plan geliştirildi. Sessiz odaları da bu plana dâhil edildi ve bunlardan üçü özel odalardan oluşuyordu. Fransa'da 1935'te kurulan 13 katlı Beaujon Hastanesi, ilk çok katlı tesislerden biriydi. Bu hastane 16 yataklı odalar ve özel odalardan oluşmaktaydı (Luoma, 2010).

O dönemlerde, hastane yapılarında farklı alanların bulunması ve karmaşık bir yapı oluşumuna doğru gidilmesinin nedeni, tesislerde yeni ortaya gelen ve çeşitli tedavi ve bakım hizmetlerinin uygulanmasına yönelik fiziki altyapı ihtiyaçlarının karşılanmasıydı.

Yirminci yüzyılda gerçekleşen tıp bilimindeki gelişmeler tanı, tedavi ve bakım yöntemlerinin değişmesi hastanelerde yeni fiziki alan ihtiyaçları doğurmuştur. Bu dönemdeki tıp bilimi alanında gerçekleşen gelişmelerin en önemlileri Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1 Tıp sektörü ve hasta bakımını etkileyen yirminci yüzyıldaki buluşlar
(Dorling Kindersly , 2017)

İcat - Buluş	Yıl	Ülke
Tıpta x-ray görüntülemenin başlatılması	1895	Almanya
Kan gruplaması	1901	Avusturya
Elektroansefalografi EEG	1929	Almanya
DNA işlevinin buluşu	1944	Kanada
Antibiyotik (Penisilin)	1945	İngiltere
Kalp-akciğer makinesinin kullanımı	1953	ABD
İlk böbrek nakli	1954	ABD
İlk kalp nakli	1967	Güney Afrika
CT Scan	1972	ABD
Pozitron emisyon tomografisi (PET Scanner)	1974	ABD
Manyetik rezonans görüntüleme (MRI)	1977	ABD
Laparoskopik cerrahinin gelişmesi	1980	ABD

Yirminci yüzyılın ilk çeyreğinde kurulmaya başlayan pavyon tipi ve blok tipi hastanelerin yapısal şekli bu yüzyılın son çeyreğine kadar devam etti. Bu süre zarfında artık ülkelerdeki hastane binaları o dönemin sağlık hizmeti sunum şekli ve yoğunluğuna göre belirli mimari standartlarına dayanarak tasarlanıyordu. Son 60 yıl boyunca, hastanelerin planlanması ve tasarımı hakkındaki planlama eğilimlerinin döngü şeklinde tekrarı sürmektedir. Uzmanlık hastaneleri, hasta odaları için yeni standartlar, etkin hemşirelik birimi planlaması için fikirler ve iyileşme ortamları için tasarımların hepsi, mimari çözümlere konu olmuşlardır (Sprow, 2015).

Yirminci yüzyılın sonlarında tıp alanında gelişen yöntemler ve ortaya gelen teknoloji bir taraftan ve ülkelerdeki nüfusun artması diğer taraftan hastane binalarını karmaşık yapılar haline getirmeye başlamıştı. Teknolojideki birçok ilerleme, hastalara dair alınan sonuçları iyileştirmeye yardımcı olsa da sağlık hizmeti sunumunu son derece karmaşık hale getirmiştir (The Joint Commission, 2008). Ancak önemli bir dönüm noktası 20. yüzyılın son yıllarından itibaren ABD gibi gelişmiş ülkelerde hastanelerin hizmetlerini yatılı hasta bakımından ayakta hasta bakımına geçirmeye başlamasıdır. Hastaneye yatırılmış hastalar için ortalama yatış süresi 1980'lerden beri %25 azaldı ve artık pek çok hastalık, hastanede yatışa gerek kalmadan ayakta tedavi yöntemiyle bir günlük medikal işlem süresinde tamamlanıyordu (The Joint Commission, 2008).

Dünyada geçirilen sürenin benzeri Türkiye'de de yaşanmaktaydı. Türkiye'de 1890'lı yıllardan itibaren x ışını cihazı gibi yeni ve çeşitli modern tıp ve cerrahi aletleri hastanelere getirilmeye ve yeni tedavi ve cerrahi yöntemleri geliştirilmeye başlandı (ÜLMAN, 2007). Türk coğrafyasının devlet eliyle hizmet sunan ilk donanımlı hastanesi Gülhane Hastanesi olarak kabul edilmektedir. Bu döneme kadar donanımlı bir sağlık tesisi mevcut değildir. Ancak Gülhane Askeri Hastanesi de döneminin batılı hastaneleri ile kıyaslandığı zaman, hem ekipman hem de bilgi düzeyi olarak oldukça geride kalmıştır (Şeyda Çavmak, Doğançan Çavmak, 2017). 1920'li yıllarda Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "numune hastaneleri" açılmıştır. Numune hastaneleri, yatılı-ayakta-poliklinik mesaisi olarak tedavi eden tam teşekküllü, uzman kadrolu, modern donanımlı hastanelerdi. Sene

1954'te bir yandan il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanarak yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli başarılar kaydedilirken öte yandan da var olan hastanelerdeki hizmetlerde iyileşmeler sağlanmıştır (AKDUR, 1998). Bu dönemde tıp sektöründeki gelişmeler devam etmekte olup 1963 yılındaki ilk açık kalp ameliyatı İstanbul Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi'nde ve 1991 yılındaki ilk laparoskopik cerrahi Güney İstanbul Okmeydanı Hastanesinde gerçekleşmişti (GÜL, 2005).

Bu tarihsel sürede, Türkiye'nin genelinde 1920'li yıllarda 86 hastanede 6437 hasta yatağı var iken, 2000 yılında bu sayı 1226 hastaneye yükselmiş olup dünya çapındaki yeni tanı ve tedavi hizmetlerinin halka sunumu gerçekleşmiştir (AKDUR, 1998).

- 21. YY

İçinde bulunduğumuz dönemde hastaneler, gittikçe zorlayıcı bir ortamda, halkın ve tüm paydaşların yüksek beklentilerini karşılamak zorunda kalacaklar. Çünkü, hastaneye yatırılan hastaların koşulları ve bakım gereksinimleri daha karmaşıktır. Kronik hastalığı olan yaşlı yetişkinler, tıbbi müdahaleler ve terapilerdeki artış, bugün hastaneleri zaten etkilemektedir ve bu etki gelecekte daha da derinleşecektir (The Joint Commission, 2008). Birçok endüstriyel ülkede, sağlık reformu çabalarının bir parçası olarak tanıtılan tıbbi teknoloji ve uygulamadaki gelişmeler, daha maliyetli yatılı hastalardan, maliyet etkinliği yüksek olan ayakta bakım modellerine kayma ile sonuçlanmıştır (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017). Bu hususta, hastane temelli akut bakımdan ayakta veya hastanede yatılı yapılmayan bakım olarak da bilinen ayakta hasta bakımına doğru belirgin bir hareketlenme söz konusudur (Carr b. R., 2017). Birçok hastanenin mevcut yataklarını azaltması, birleştirmesi veya faaliyetlerine son vermeleri ile bu durum somut şekilde gözlemlenebilir hale gelmiştir (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017).

Çağımızda hızla gelişmekte olan medikal teknoloji her geçen gün daha kapsamlı, kaliteli ve kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti sunumu adına yeni yöntemleri sağlık sistemlerine getirmektedir. Sağlık takibi, tanı ve tıbbi araçlar olarak kullanılan mobil cihazların kullanımı henüz başlangıç aşamasındadır. Bununla birlikte, bu cihazlar

sağlık hizmeti sunumunu önemli ölçüde hastane veya klinik dışındaki bir dizi yere yönlendirebilir. Bu değişimler bina kullanım alışkanlıklarını önceden tahmin edilmesi zor yollarla değiştirecektir. Bu eğilimler, sağlık hizmetlerinin gelecekte nasıl ve nereye uygulanacağı konusunda belirsizlik yaratmaktadır. Belirsizlik, yeni ve yenilenmiş tesislerin esnekliği ve uyarlanabilirliğine daha fazla önem vermeği gerektirir (JCI & AIA, 2015).

Çağımızdaki sağlık sistemlerinde olan yatılı bakımdan ayakta tedavi sistemine geçiş, Türkiye’de de hızlı bir biçimde gerçekleşmektedir. Dünya çapındaki gelişmelerden faydalanarak Türkiye’de yürütülmekte olan modern tıp teknolojileri her geçen gün ülkenin sağlık sisteminde yer almaktadır. Bu nedenle son yıllarda ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesi arttı, insanların sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştı ve vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti 2003 yılında %39’ken, 2011 yılında %80’i geçti. Günümüzde, Türkiye genelinde ve özellikle İstanbul ve diğer büyük şehirlerde robotik cerrahi, Cyberknife, Gammaknife, organ, doku ve hücre nakli gibi modern medikal yöntemler ve teknolojiler yaygınlaşmış olup birçok üçüncü basamak hastanede halka sunulmaktadır (Sağlık Turizmi El Kitabı, 2012).

2.2.2. Sağlık Tesisleri Türleri

Hastane kavramı yüzyıllar boyunca evrilmiştir. Sağlık tesisleri, genel ve uzmanlık hastaneleri, ayakta tedavi merkezleri, teşhis klinikleri, bakım evleri, huzur evleri ve hastaneler dâhil olmak üzere çok çeşitli kurumlardan oluşmaktadır. Hizmet sunumu modelleri, tesis türleri, ülke ve yere özgü faktörlerden büyük ölçüde etkilenir ve tesisler farklı kategorilere ayrılır (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017).

Diğer ülkelere benzer olarak Türkiye sağlık sisteminde bulunan sağlık tesisleri, tesislerde sunulan sağlık hizmetine göre sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada, birinci basamak tedavi hizmetlerini sunan sağlık kurumlarına sağlık ocakları, muayenehaneler, poliklinikler, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri örnek olarak verilebilir. Buna karşılık tam teşekküllü devlet hastaneleri, sosyal sigorta hastaneleri, özel hastaneler ve diğer yataklı sağlık kurumları ise ikinci basamak tedavi hizmetleri veren sağlık kurumlarına örnek olarak gösterilebilir.

Üçüncü basamak tedavi hizmetlerini yerine getiren sağlık kurumlarına örnek olarak da, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser (onkoloji) hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri ve üniversite hastaneleri örnek gösterilebilir (Anadolu Üniversitesi, 2018).

Hastaneler, çeşitli yollarla mülkiyet ve işletme statüsüne, verilen hizmet türüne, yatış süresine, büyüklük veya sağlanan imkânlarla ve yönetimlere göre de karşılaştırılabilir ve sınıflandırılabilirler. Hastanelerin kuruluş amaçları, yapı türleri, muhitleri, tedavide kullanılacak araç gereçler, hekim sayısı, ilaç ve tedavi yöntemleri dönemsel olarak değişmekte, hastane kullanım şekli ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Bu da hastanelerin toplum ihtiyaçlarına ve eldeki imkânlarla göre şekillendiğini göstermektedir (Sevil ASLAN, Ramazan Erdem, 2017). İşlev açısından bakıldığında, Türkiye sağlık sisteminde sağlık kurumları işlevlerine göre beş gruba ayrılır:

- İlçe / Belde Hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayakta ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

- Gün Hastanesi: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

- Genel Hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

- Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa yakalananların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

- Eğitim ve Araştırma Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır (Sağlık Bakanlığı, 1982/2005).

Farklı ülkelerin sağlık sistemlerinde sunulan sağlık hizmeti seviyesi ve türüne göre benzer sınıflandırmalar yapılır. Diğer ülkelerde değişik isimlerle tanınan sağlık tesisleri, sundukları sağlık hizmetine göre, İngilizce terimleri ile birlikte tablo 2.2’de gösterilmiştir.

Tablo 2.2 Türkiye’de ve diğer ülkelerdeki farklı sağlık hizmetlerini sunan sağlık tesisleri (Sağlık Bakanlığı, 1982/2005) (Anadolu Üniversitesi, 2018) (Health Service Delivery Profile-Japan , 2012) (Zhong, 2014)

Sağlık Hizmeti Türü	Sağlık Tesisi Türü	
	İngilizce Terimi	Türkçe Terimi
Birinci Basamak Sağlık Hizmeti	Primary hospitals / Primary-level hospital: few specialties—mainly internal medicine, obstetrics and gynecology, pediatrics, and general surgery, or just general practice; limited laboratory services available for general but not specialized pathological analysis	İç/Belde Hastanesi
İkinci Basamak Sağlık Hizmeti	Secondary hospitals / Secondary-level hospital: highly differentiated by function with 5 to 10 clinical specialties; size ranges from 200 to 800 beds;	Genel Hastaneler
Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti	Special Functioning Hospitals: provide advanced medical treatment, develop and evaluate advanced medical technologies, for advanced treatment. Tertiary hospitals / Tertiary-level hospital: highly specialized staff and technical equipment— for example, cardiology, intensive care unit, and specialized imaging units; clinical services highly differentiated by function; could have teaching activities; size ranges from 300 to 1,500 beds	Referral hastane, Özel Dal Hastanesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bu tabloya göre, sağlık hizmetlerinin en kapsamlı şekilde sunulduğu tesisler hastanelerdir. Hastaneler, karmaşık akut uzmanlaşmış bakımın sağlanması için vazgeçilmez olmaya devam etmektedir. Büyük hastaneler, tablo 2.2’de tanımlanan tüm sağlık tesislerini onların bağımsız çalışmalarına rağmen kendi bünyelerinde barındırırlar (Carr b. R., 2017). Örnek olarak polikliniklere bakınca bu tesisler sağlık hizmetini iki kuruluş şeklinde sunarlar: hastane tabanlı ambulatuvar bakım tesisleri ve bağlantısız ayakta tedavi klinikleri (Department of Veterans Affairs, 2009). Poliklinikler hastanelerde yatmaları gerekmeyen hastaların bakım ve tedavilerinin yapıldığı hasta üniteleri olup ayakta muayene, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yürütüldüğü ve hastanın hastane ile ilk ilişki kurduğu yerdir (KAVUNCUBAŞI, 2018). Her iki ortamdaki ayakta bakımı tipik olarak aşağıdaki klinik servisleri kapsamında gerçekleştirirler:

- Muayene / Tedavi Birinci Basamak Klinik Modülleri
- Özel Klinikler
- Diğer Hasta Servis Programları (Department of Veterans Affairs, 2009)

2.2.3. Sağlık Tesislerinin Kullanıcıları

Kullanıcıların tanımı ve onların binalardaki ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması mimari tasarımın en önemli unsurlarından birisidir. Sağlık bakımının verildiği ortamlarda, kullanıcı ihtiyaçlarının karmaşıklığı, diğer bina türlerine göre en üst seviyededir (ERGENOĞLU, 2006). Sağlık tesislerinin mimari tasarımında, kullanıcıların sayısı ve onların ihtiyaçları, tesislerdeki sirkülasyonları ve psikolojik durumları gibi önemli konular, bu tesislerin mimari tasarım standartlarında yer alan en önemli konularından birisi sayılmaktadır. Ancak, bu kullanıcılar literatürde belirli bir sınıflandırmaya tabi tutulmamışlardır.

Sağlık tesisi projesi tasarım geliştirme aşamalarında ilerledikçe kullanıcıların ihtiyaçlarını tanımak için tesisin tüm alanlarını, bu aşamalarda dâhil etmek önemlidir. Bu genellikle kullanıcı grubu ekipleri (binanın bir kısmını kullanacak olanları) temsil eden kişiler, personel kadar; hastalar, hasta ailesi ve önceki hastalar (özellikle

uzmanlık alanlarında) ve kampüs ziyaretçileri aracılığıyla gerçekleştirilir (JCI & AIA, 2015). Günümüzdeki sağlık tesisleri kullanıcıları, literatürde, sağlık personeli, hasta ve hasta yakını olarak tanımlanmaktadır. Örneğin, *Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları*'na göre, hastane binası, içinde hasta, refakatçi ve personelin çeşitli alanlara ulaşmaları ve yer değiştirmelerine imkân verecek ve kolaylık sağlayacak özellikte olmalıdır (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011). Ayrıca hastane afet ve acil durum planı (HAP) hazırlama kılavuzu hastanelerin afet tehlikeleri karşısında zarar görebilirliğini azaltarak personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğini korumak önemli konu olarak tanımlıyor (Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015). Başka bir örnek de *Institute for Patient- and Family-Centered Care*'in, düzenlediği "ADVANCING THE PRACTICE OF PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE" programı çerçevesinde, hasta, hasta yakınları ve sağlık hizmeti sunanların faktörü, sağlık tesislerinin tasarımında ve sağlık hizmeti araştırmalarında, eğitimi ve sunumunda, önemli ve bir bütün faktör olarak tanımlanmaktadır (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017).

Bu tesislerin kullanıcı grubunun en baskın olan bölümünü hastalar oluşturmaktadır. Geçen bölümlerdeki sağlık hizmeti ve sağlık tesislerinin tanımları dikkate alınarak, bu tesislerin ortaya çıkmalarının ilk nedeni hastalardır ve sağlık tesislerinde sunulan hizmetler hastanın özellikleri üzerinden tanımlanır.

Sağlık tesisleri kullanıcı grubunun diğer bölümü ise sağlık tesislerinde sağlık hizmetini sunan işgücüdür. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık çalışanları kendi toplumlarının sağlığını korumak ve iyileştirmek için çalışan insanlardır. Sağlık çalışanları sadece bireyler değil, her bir üyenin farklı beceriler ile katkıda bulunduğu ve farklı işlevleri yerine getirdiği, işleyen sağlık ekiplerinin ayrılmaz bir parçasıdır (WHO Library, 2006). Bu tanıma göre sağlık tesislerinde bulunan ve hastalar için sağlık hizmeti sunumunda çalışan birçok sağlık çalışanı, sağlık işgücü, sağlık görevlisi veya sağlık personeli grubu altında yer alır ve etki, yetki ve işlevlerine göre alt gruplara ayrılabilirler.

Aslında, herkes bir noktada sağlık için çalışıyor; çocuğuna bakan bir anne, ebeveyni hastaneye götüren bir evlat veya bakım ve rahatlık sunmak için bilgeliğe sahip olan bir şifacı (WHO Library, 2006). Diğer yandan, hastaların hasta haklarına göre, muayene veya tedavi sırasında hastaya yardımcı olması için hekim tarafından uygun görülen bir refakatçi bulundurmak ve hastanın uygun zamanda ziyaret edilmesi hastanın hakkı olduğu dikkate alınırsa sağlık tesislerinde bulunan hasta refakatçileri ve ziyaretçileri, bu tesislerin ayrı bir kullanıcı grubu olarak tanımlanabilir (DERYAL, 2006). Birçok hastanın yanında hastanede kaldıkları süre boyunca yanında kalan aile üyeleri bulunur ve bu durum artık hastanede yatış ve ayakta tedavi prosedürleri sırasında aile üyelerinin varlığının iletişim, karar verme ve hasta bakımı konusundaki yararlarını gösteren kanıtlara dayanarak teşvik edilmektedir. (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016) İngilizce olan resmi ve araştırma literatüründe “patient family”, “chaperon”, “companion” ve “carer” olarak tanımlanan bu grubu, hasta yakını, refakatçi veya ziyaretçi adları altında tanımlayabiliriz.

Bu çalışma da sağlık tesisleri kullanıcıları sınıflandırması, her bir kullanıcı grubunun farklı ihtiyaçlarının tanımlanması ve o ihtiyaçların sağlık tesisleri binalarında öngörülmesi amacıyla yapılmıştır. (Şekil 2.6)



Şekil 2.6 Hastane Kullanıcı Grupları

2.3. Hastane Binalarının Anatomisi, Mimari Tasarımı ve Tasarım Standartları

Hastane binalarının mimarisi bu binalarda sunulan hizmetin gelişmesiyle birlikte komplike bir anatomiye dönüşmeye başlamış, günümüzde çeşitli problemlerle karşı karşıya olan bir konudur. Hastanelerde sunulan hayati hizmetlerin her alanı için farklı mekânlara ihtiyaç olması ve ayrıca bu hizmetleri farklı yönlerden destekleyici bölümlerin bulunması bu binaların anatomisinin karmaşıklığına neden olmuştur. Bu nedenlerle bina türlerinin içinde hastane mimarisi detaylı araştırma gerektiren bir konuya dönüşmüştür. Çalışmanın bu bölümünde bu binaların anatomisi ve onların tasarım süreçleri incelenmiştir.

2.3.1. Hastane Binalarının Anatomisi

Hastaneler en karmaşık yapı tipleridir. Bir hastane, rutin prosedürlerin baskın bir rol oynadığı, karmaşık bir organizasyondur (Boer, 1995) ve oldukça homojen sağlık bakım sistemlerinde bile çok fazla çeşitlilik mevcuttur (Martin McKee, Judith Healy, 2000). Her hastane çok çeşitli hizmetler ve işlevsel birimlerden oluşmaktadır. Bunlar, laboratuvarlar, görüntüleme, acil servis odaları ve cerrahi gibi teşhis ve tedavi fonksiyonlarını; yemek servisi ve kat hizmetleri gibi ağırlama fonksiyonları, temel yatılı hasta bakımı veya hasta yatışıyla ilgili işlevleri içerir (Carr R. F., 2017). İşlev açısından, bazı hastaneler, bir dizi cerrahi uzmanlık desteği ile yüksek yoğunlukta bakım sağlarken, diğerleri akut bakım, hatta iyileşme ve rehabilitasyona daha az odaklanmaktadır.

Aslında hastane, farklı görevleri olan birçok parçadan oluşmuş yaşayan bir organizmadır. Ancak, bu parçaların istenen sonuçları verebilmesi açısından, birbirleri ve organizma bütünü ile tam bir ilişki içinde olmaları gerekmektedir (ERGENOĞLU, 2006). Bu çeşitlilik, hastane inşaatını ve operasyonlarını yöneten düzenlemelerin, standartların ve gözetimin genişliğine ve özgünlüğüne yansır (Carr R. F., 2017). Hastanelerin konfigürasyonu genellikle sağlık hizmetinin sunumu ve geçmiş dönemdeki hasta nüfusunun durumunu yansıtır. Genel konfigürasyon açısından bakıldığında, hastaneler sadece bir binayı işgal etmekle kalmaz. Çoğu durumda, her biri

ayrı bir işlevi barındıran birkaç farklı binadan oluşan kampüs şeklinde olurlar. Birkaç kanattan oluşabilecek akut bakım hastanesine ek olarak ayrı bir elektrik santrali, tıbbi ofis binası, ayakta cerrahi ve prosedür binası, davranışsal sağlık binası, spor salonu, diyaliz merkezi veya kanser merkezi de mevcut olabilir (FEMA, 2013).

Genel bir sınıflandırmada, hastane alanları, iki tıbbi ve tıbbi olmayan alana bölünebilir. Çoğu hastanenin anatomisi içindeki bulunan işlevler ve hizmetler, Şekil 2.7 ve 2.8'te gösterilmiştir.



Şekil 2.7 Hastanelerin anatomisindeki medikal alanlar (Araz Taheri, Ş. Tûlîn Görgûlû , 2018)



Şekil 2.8 Hastanelerin anatomisindeki medikal olmayan alanlar (Araz Taheri, Ş. Tûlîn Görgûlû , 2018)

Son yıllarda, hastane binalarının mimari tasarım süresinde, farklı bölümlerdeki işlev ve kullanıcı ihtiyaçlarının daha olumlu bir biçimde analiz edilmesi için, hastanede bulunan alanlar gruplandırılmıştır. Örnek olarak Amerikan Mimarlık Enstitüsünün bir çalışmasına göre, hastanelerdeki alanlar beş farklı gruba ayrılmıştır. Hastanenin anatomisinde yer alan her gruptaki bölümde, belirli ve benzer hizmetler sunulur ve benzer kullanıcılar bu alanları kullanır.

Tablo 2.3 Çağdaş hastanelerdeki fiziki alan grupları (*Sprow, 2015*)

Alan Grubu	Sunulan fonksiyon ve hizmet
Yatan Hasta Bakımı	Merkezi olmayan hemşirelik desteğiyle birlikte hasta odalarının veya koğuşların kompakt blokları
Ayakta Tedavi	Ayakta tedavi gören hastalara destek, acil servis bakımı, hastane ve toplum temelli ayakta tedavi hizmetleri, toplum temelli palyatif bakım hizmetleri, diş hizmetleri, rehabilitasyon, kronik hastalık yönetimi, genel çalışma sonrası klinikler, aynı gün ameliyat
Teşhis ve Tedavi Fonksiyonları	Teşhis fonksiyonları, genellikle görüntüleme (X-ışını, CT taraması, MRI taraması, Ultrason ve Mamografi), Klinik laboratuvar hizmetleri ve invazif olmayan testler (EEG, EKG, Stres testi, Nükleer tıp).
Destek Hizmetleri	Dolaplar bölümü, eğitim ve öğretim bölümü, tesis içi sağlık personeli için çağrı odaları, çalışma alanları, molalar için sürekli bırakamayan çalışanlar için salonlar ve personel odaları gibi personel tesisleri ve genel yönetim ve ofis alanları
Sosyal Alanlar	Giriş lobileri, atriumlar, buluşma yerleri, ziyaretçi ve aile konaklama yerleri, yemek servisleri, mağazalar ve kamu hizmetleri gibi olanaklar ve idare ve kayıt işlevlerine erişim

2.3.2. Hastane Binalarının Mimari Tasarımı

Hastane, sağlayacağı hizmetlere ve onu kullanan hastaların çoğunluğunun profiline uyacak şekilde tasarlanmalıdır (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017). Müstakil bir hizmet veya bölümün gerçek alan gereksinimlerine, yalnızca hizmetler ve programlar bilindiğinde karar verilebilir (Kunders, 2008). Hastanenin karmaşık

anatominde, hasta ve ziyaretçilerin rahatı için her prosedür ve tedavinin yanı sıra, tıbbi olmayan her hizmetin sirkülasyonu ve alan ihtiyaçları açısından, çeşitli bölümler arasındaki ilişkileri ve insanların, ekipmanların ve malzemelerin fiziksel hareketlerinin modelini dikkate alarak analiz edilmesi gerekir (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017). Hastanelerin fiziki çevresi, kurumun yüksek kalitede bakım sağlama misyonunun desteklenmesinde önemli bir role sahiptir ve bu önümüzdeki yıllarda inşa edilen sağlık tesislerinin kalitesini etkileyecek olumlu bir eğilimdir (JCI & AIA, 2015).

Asrımızdaki hastanelerin fiziksel alan ihtiyaçlarına bakıldığında, bu ihtiyaçların karşılanması, alan yetersizlikleri ve ameliyathane sayılarının yetersizliği gibi büyük tasarım problemlerinden, her geçen gün sayısı artan elektronik ekranlar için yetersiz priz sayısı gibi daha küçük konuları kapsar (Martin McKee, Judith Healy, 2000).

Sağlık tesisi projelerinde, projenin amacını açıklayan bir işlevsel program sağlanmalıdır. Bu işlevsel program, tesisin işletilmesi için gerekli hizmetlerin tanımını içerir (American Institute of Architects, 2001). Tedavi alanlarında öngörülen işlem türleri ve sayısı, personel, hastalar ve diğer kullanıcılar için dolaşım modelleri tanımlanır ve ayrıca ekipman ve malzemeler için sirkülasyon şekli tarif edilmelidir. Arzu edilen işlevsel ve operasyonel verimliliği sağlamak için hastane planlamasının temel unsurları; hastaların düzgün akışı ve tıkanıklıkların önlenmesi (ROBERT POWERS, 2010), özel risklerin ve güvenlik kaygılarının analizi (Saba LC, Cardoso TA, Navarro MB, 2012), ekipman tahsisi (Karlen, 2009), gelecekteki gelişme (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017), enfeksiyon kontrolü ve bunların yanında, hastane kullanıcıların hastane ortamında bulundukları alanlarda birçok faktör dikkate alınmalıdır.

Hastanelerin mimari tasarımında, bahsedilen işlevselliğin yanı sıra başka konular da dikkate alınmalıdır. Bu tesislerin dış ve iç ortamlarının kalitesi sadece bakım sağlayıcıların refahı üzerinde değil, aynı zamanda hastaların iyileşme süreci ve davranışları üzerinde de bir etkiye sahiptir. Bu, son yıllarda bu alanda yapılan birçok çalışma tarafından kanıtlanmıştır. Hastanelerin tasarım ve inşaat kurallarına göre,

hastanenin her bir bölümü, bölümlerin sadece fonksiyonları ve özellikleri birbirinden farklı olmayan çeşitli odalardan ve alanlardan oluşmaktadır. Ancak, aynı zamanda her odanın ve bu bölümlerin içindeki boşluğun işlevleri ve özellikleri tamamen farklı olabilir. Örnek olarak İngiltere'deki sağlık tesisleri tasarım esaslarına göre, genel olarak sağlık tesisleri tasarımı dört kritere sahip olmalıdır:

- Duyarlı (Responsive), insanların ihtiyaç duyduğu ve istediklerini dikkate alır;
- Esnek (Flexible), farklı insanlar onları farklı şekillerde kullanabilir;
- Rahat (Convenient), kullanıcı çok fazla çaba sarf etmeden kullanabilir;
- Gerçekçi (Realistic), herkesin ihtiyaçlarını dengelemek için birden fazla çözüm sunar ve bir çözümün herkes için işe yaramayabileceğini sağlar (UK Department of Health, 2014).

Bu hususlara ek olarak, acil durumlarda esneklik ve güvenlik açısından, hastanelerin ve sağlık tesislerinin fiziksel ve işlevsel bütünlüğünü sağlamak için özel dikkat gösterilmelidir. Bu sadece binaları korumaktan ve hastanelerin fiziksel yapılarının korunmasının ötesine geçen esneklik ve güvenlikten daha fazlasıdır (WHO, 2015). Bu hususta, acil durumlarda, tesis, yatırım, personel, hasta ve refakatçilerin güvenliğini sağlamak için tüm mimari tasarım standartlarında projelerde uygulanması gereken pek çok şart zorunlu kılınmıştır.

Bu nedenlerden dolayı, hastaneler her zaman, uzman danışmanların yardımıyla, karmaşık ve potansiyel olarak sorunlu alanları dikkate alarak planlanmalıdır (Karlen, 2009).

2.3.3. Hastane Binalarının Mimari Tasarım Standartları

Hastaneler en yoğun şekilde yönetmeliğe tabi tesis türleri arasındadır. Sağlık tesislerini düzenleyen kurallar ve standartlar; hastaları, çalışanları ve ziyaretçileri güvende tutmakta kilit rol oynamaktadır (ASHE, 2017). Projenin tasarım sırasında, çok sayıda ve çeşitli yerel, bölgesel ve ulusal standart ve düzenlemeleri göz önünde tutmak çok önemlidir (JCI & AIA, 2015). Gerek yeni, gerekse yenilenen veya tadilat ve eklenti yapılan sağlık binalarının projelendirilmesi, tasarımı, yapımı, bakımı ve onarımı söz

konusu standartların gerekliliklerini karşılamak zorundadır (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011), çünkü bu standartlar bir taraftan en iyi uygulama şeklini sağlar (UK Department of Health, 2014) ve diğer taraftan minimum standartlar ve mekânların güzel tasarlanması arasında dengeyi sağlarlar (American Institute of Architects, 2001).

Uluslararası alanda, standartlar genellikle ülkeye özgüdür; çok azı dünya çapında kabul edilmektedir (JCI & AIA, 2015). Örneğin, Türkiye genelinde sağlık tesisleri “Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu’nun baz alınmasıyla tasarlanır. Bu kılavuzun amacı; gerek kamu, gerekse özel sağlık yapılarında asgari tasarım standartlarını belirleyerek bu alanda hizmet kalitesini arttırmaktır. İhtiyaçlar öngörülerek, tadilat ve ek binaların yapılmasına gereksinimi azaltarak sağlık yapılarının maliyetlerini azaltır ve sağlık hizmet sunumunun daha etkili, verimli ve nitelikli olmasını sağlar (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011) .

Tasarım kılavuzu, bir sağlık tesisi projesinde standart bir tasarım olarak kullanılmamalıdır ve her bir proje için işlevsel ve fiziksel bir tasarım programı da hazırlanmalıdır. Kullanıcıların ihtiyaçlarını ve uygulanabilir kod gereksinimlerini en iyi şekilde karşılayan eksiksiz ve doğru bir proje tasarımı geliştirmek proje mimarı ve mühendisinin sorumluluğundadır (Department of Veterans Affairs, 2009). Bu tasarım standartlarında belirlenen genel standartlara örnek olarak “Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu”na göre ihtisas hastanelerinde (üçüncü basamak hastaneler) yatak başına 130 m² alan ayrılır. Bu standarda karşın, modern sağlık yapıları uygulamalarında ve dünya örneklerinde; cerrahi ağırlıklı hastanelerde en az 150 m², dâhili hastanelerde en az 120 m², rehabilitasyon hastanelerinde 200 m², psikiyatri hastanelerinde 150 m² olarak belirlenmiştir. Bu oran, çok özel yapısal standartları ortaya koyan sağlık kampüs çalışmalarında ise yatak başına 200 m² ye kadar ulaşabilir (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011). Ayrıca, Bu kılavuzlardaki ilkeler, tasarım veya inşaat tekniklerindeki yenilikleri ve iyileştirmeleri sınırlama amacı taşımamaktadır (American Institute of Architects, 2001). Sağlık tesisi mimari tasarımında, her bir tesisteki mekânsal ihtiyaçların mimari

tasarımda öngörülmesi ve giderilmesi için yeni çözümlerin bulunması gerekmektedir. Bu doğrultuda pek çok tasarım standardında sağlık tesislerinin mimari tasarımının verimli olabilmesi adına her bir proje için tasarım öncesi bilimsel çalışmalar ve gerektiğinde araştırmaların yapılması önemle tavsiye edilmiştir (UK Department of Health, 2014) (JCI & AIA, 2015).

2.4. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Kullanıcı Hasta Grubu, İşlevi ve Türlerinin Tanımı

Tez çalışmasının bu bölümünde üçüncü basamak hastane polikliniklerin işlevi ve kullanıcıları tanımlanmıştır. Bu tesislerde tüm işlevler her bir poliklinikte hastalara sunulan medikal hizmete göre organize edilir. O nedenle tezin bu bölümünde önce üçüncü basamak hastane polikliniklerinin kullanıcı hasta grubu ve onun ardından bu tesislerin işlevi ve türleri tanımlanmıştır.

2.4.1. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Kullanıcı Hasta Grubu

Geçen bölümlerdeki sağlık tesislerinin sınıflandırması ve tanımlarına göre üçüncü basamak hastaneler belirli hastalıklara çok kapsamlı sağlık hizmetinin verildiği hastanelerdir. Bu hastanelerin kullanıcıları kalp damar hastalığı olan hastalar gibi belirli bir organın hastalığı, kanser hastalığı olan hastalar gibi belirli bir hastalığı taşıyan hastalar, kadın hastalıkları gibi belirli bir cinsiyete mahsus hastalığı olan hastalar veya çocuk hastalıkları gibi belirli yaş grubunda olan hastalardan oluşur. Çağımızdaki tıp bilimi ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeler sonucunda, çoğu önemli ve yaygın kronik hastalık tanınan bu hastalıkların tedavi prosedürleri genellikle üçüncü basamak hastanelerin polikliniklerinde uygulanmaktadır.

Kronik durumlar” teriminin kullanımı, ruhsal hastalık, travma, sakatlık ve genetik bozuklukları kapsayan geniş hastalık yelpazesinde tüm kronik ve kompleks sağlık durumlarını ifade eder (Department of Health-Australia, 2017). Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak da bilinen kronik hastalıklar kişiden kişiye geçmez, uzun sürelidir ve genellikle yavaş ilerler (WHO Global Status Report, 2014) , (Department of Health-Australia, 2017). Çocuklarda, ergenlerde, genç ve orta yaşlı yetişkinlerde kronik hastalıklar ve koşullar mevcut olsa da bu koşulların büyük kısmı 65 yaş ve üstü

yetişkinlerde görülür (Ilene Morof Lubkin, 2013). Bu hastalıkların arasında, kas ve iskelet sistemi hastalıkları engellilik sebepleri arasında önemli bir yer tutar ve görüldükleri kişilerde yaşam kalitesini ve yaşam alanlarını ciddi şekilde etkilerler (Dünya Sağlık Örgütünü, 2013).

Tablo 2.4 Ülkelerin sağlık sisteminde tanımlanan kronik hastalıklar (Chronic diseases, 2015) (Dünya Sağlık Örgütünü, 2013) (World Health Organization , 2017)

Kronik Hastalık	Tetiklenen Organ	Tıptaki Uzmanlık Dalı
Astım	Akciğer	Göğüs hastalıkları
Kobstrüktif pulmoner hastalığı	Akciğer	Göğüs hastalıkları
Kanser	Bütün organlar	Onkoloji
Kronik böbrek hastalığı	Böbrek	Üroloji
Demans	Beyin	Nöroloji
Ruh hastalıkları	Beyin	Psikiyatri
İnme / kalp krizi	Damar	Kalp damar hastalıkları
Koroner kalp hastalığı	Kalp	Kalp damar hastalıkları
Hepatit	Karaciğer	Endokrin
Şeker hastalığı	Pankras	Endokrin
Ağız ve diş hastalıkları	Ağız ve diş	Diş hekimliği
Kemik erimesi	Kemik	Kemik hastalıkları
Arterit	Eklem	Kemik hastalıkları

Üçüncü basamak hastane polikliniklerinde tedavisi yapılan her bir kronik hastalık farklı özelliklere sahiptir ve hastaları farklı yönlerden olumsuz etkiler. Bu hastalıklar veya uygulanan tedavi yöntemleri hastaların vücutlarını zayıflatıp ve hatta geçici veya kalıcı engelliliğe doğru götürebilir. Kronik bir hastalığın invazif (hastalığın oluştuğu

organdan etraftaki organlara yayılması) olduğu durumda bazen aynı zamanda veya uzun süren tedavi esnasında, vücutta ikinci veya üçüncü hastalığın oluşmasına neden olabilirler. Bunlara ek olarak üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bazı hastaların durumunun sürekli ve öngörülemeyen bir şekilde değişmesi dikkat edilecek önemli bir husustur. Ayrıca, birçok kronik hastalık, terminal aşamasına geldiğinde hastanın yaşamını sona erdirebilir (aaacn, 2012).

Bu hastalar için uygulanan medikal bakıma bakıldığında, üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki hastaların durumu diğer sağlık tesislerinden daha farklı olup bu tesislerde daha komplike hasta durumlarıyla karşılaşmak büyük olasılıktır. Bu komplike durum, sadece hastaların fiziki durumlarıyla kısıtlı olmayıp hastalar ve onlara eşlik eden refakatçilerde kompleks mental durumlar ortaya çıkarabilir. O nedenle bu polikliniklerde, karmaşık sağlık sisteminde giderek daha fazla yardım gerektiren hastalar ve aileleri için bakımı yöneterek karar alma, hasta eğitimi ve hizmetlerin koordinasyonu ön planda tutulur (aaacn, 2012). Bu özellikler, üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki ayakta bakımı, özellikle hemşirelik açısından diğer uzmanlık uygulamalarından ayırır (aaacn, 2012).

Bu hastalıklar ülkelere sosyoekonomik yükü büyük olan hastalıklardır (Dünya Sağlık Örgütünü, 2013). Gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin %29'u 60 yaş altında iken gelişmiş ülkelerde bu oran %13 olarak saptanmıştır (DSÖ Türkiye Ülke Ofisi, 2017). Bu hastalıklarla ilgili önemli konulardan birisi kronik hastalığı olan bireylerin sayısının hızlı ve belirsiz bir biçimde artmasıdır. Özellikle bahsi geçen komplike durumu olan kronik hastaların sayısının artması ilerleyen yıllarda sağlık sektöründeki kritik bir durum olarak değerlendirilmektedir (Janice L. Clarke, RN, Scott Bourn, Daniel J. Castillo, , 2017). Araştırmalara göre, komplike durumu olan kronik hastaların tedavi ve bakım işlemleri, sağlık sektörü kaynaklarının %65'ini tüketmektedir (Revista de la Universitat de Barcelona, 2020). Bu nedenlerle günümüzde kronik hastalıkların en kısa sürede tedavisi sağlık sektörünün en önemli konusu sayılır.

2.4.2. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin İşlevi ve Türleri

Geçmiş yıllarda, poliklinik (ayakta tedavi) düzeni doktorların ve hekimlerin “profesyonel evi” idi. Hastalarının çoğunu kliniklerdeki ofislerinde muayene edip gerektiğinde diğer hizmet veya bakımlar için onları hastanedeki diğer bölümlere sevk ederlerdi (aaacn, 2012). Tedavi protokollerindeki değişiklikler, ayakta bakımı çok değişken bir sağlık hizmeti kategorisi haline getirmiştir (Department of Veterans Affairs, 2009). Çağdaş ayakta bakım sistemi, önleyici ve birinci (temel) basamak bakımdan başlayarak uzmanlık hizmetlerine ve üçüncü basamaktaki bakıma kadar geniş kapsamlı bakım hizmetlerini kapsar ve genelde yatılı olmayan hasta bakımı olarak adlandırılır (Bir gece veya birden fazla gün boyunca hastanede kalmayı içermeyen bakım, yatılı olmayan bakım olarak tanımlanabilir) (WA Health, 2007).

Ayakta tedavi ile ilgili fonksiyonlar hastanenin temel işlevlerinden biridir (Carr R. F., 2017). Bu şekilde ayakta bakım klinikleri, akut ve kronik hastalara yönelik planlı (randevulu) veya planlanmamış (randevusuz) muayene, tedavi ve teşhis hizmetleri sunan hastaneye dayalı hasta bakım merkezleridir (Department of Veterans Affairs, 2009). Bu "yataksız hastaneler"de kronik hastalar için sağlanan bakım, tipik olarak epizodik (aralıklı) ve randevu temelli olup rutin, düzenli ziyarette gerçekleşebilir (Health Level Seven International , 2004).

Üçüncü basamak hastane polikliniklerinin türü bu poliklinikler ve bağlı oldukları hastanelerin uzmanlık branşına bağlı olarak tanımlanır. Dolayısıyla genel olarak her bir üçüncü basamak hastane polikliniği bünyesinde olan geniş kapsamlı sağlık hizmetlerini sadece tek branşta sunar. Ancak, birbirine yakın olan branşlar ve benzer teşhis ve tedavi işlemleri uygulayan uzmanlık dalları bir poliklinik çatısı altında faaliyet gösterebilirler. Kalp damar ve göğüs hastalıkları poliklinikleri veya kadın doğum ve çocuk hastalıkları poliklinikleri bu birleşimin örneklerinden sayılabilirler.



Şekil 2.9 Uzmanlık Dallarına Göre Üçüncü Basamak Hastane Poliklinikleri

Bu polikliniklerde uygulanan sağlık prosedürü, işlev ve fiziki alan ihtiyaçları bakımından farklı açılardan değişik gruplara ayrılır. Bu prosedürler süre, bakım şekli, hastanın fiziki durumu, hasta refakatçisinin psikolojik durumu ve tedavi esnasında yapılması gereken genel medikal işlemleri açısından farklılıklar göstermektedir. Tablo 2.5 ve 2.6’da Harvard Üniversitesinin medikal işlemler tanıtımı web sayfası (www.health.harvard.edu), Kanada sağlık sisteminin kanser bilgilendirme web sayfası (www.cancer.ca), Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü web sayfası (www.cancer.gov) ve İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (www.nhs.uk), üçüncü basamak hastane polikliniklerinde yapılan tanı ve tedavi işlemlerinin invazif olan ve invazif olmayanları gösterilmiştir.

Tablo 2.5 İnvazif ve İnvazif Olmayan Tıbbi Teşhis Tahlil ve Testlerin Örnekleri
(Harvard University, 2019)

İnvazif Testler	İnvazif Olmayan Testler
Biyopsi (cilt, akciğer, karaciğer, prostat, meme)	Egzersiz stres testi
Endoskopi	Holter monitorü ve etkinlik monitörü
Kolonoskopi	Solunum fonksiyon testleri
Sistoskopi	Ultrason
Elektromiyografi (EMG)	Pozitron Emisyon Tomografisi (PET Taraması)

Tablo 2.6 İnvazif ve İnvazif Olmayan Tedavilerin Örnekleri (Harvard University, 2019) (NCI Dictionary of Cancer Terms, 2018) (Dialysis, 2018)

İnvazif Tedaviler	İnvazif Olmayan Tedaviler
Günlük cerrahi	Cyber Knife tedavisi (beyin, akciğer, prostat ve omurga tümörleri)
In Vitro Dölleme (IVF)	Gama Bıçağı (Beyin tümörü)
İç Radyasyon Terapisi (Brakiterapi)	Solunum Terapisi

Bahsedildiği gibi, yukarıdaki tablolarda tanımlanan üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki medikal prosedürlerin her biri farklı süre zarfında gerçekleşerek hastalar üzerinde farklı etkileri olur.

Örnek olarak günlük bakım cerrahisi, uygun hastaların aynı gün içerisinde kabul, tedavi ve taburcu edilmesi ile yönetilen bakım süreci gösterilebilir. Ameliyat sonrası komplikasyon riski taşımayan ancak hastanede bir süre gözlemlenmesi gereken lokal, bölgesel veya genel anestezi gerektiren teşhis ve tedavi prosedürleri için günlük bakım cerrahisi uygulanır (Protocols For Day Care Anaesthesia, 2012). Radyasyon terapisi

kanser tedavi merkezinin radyasyon terapisi bölümünde verilir ve genellikle hasta ayakta tedavi edilir (Şekil 2.6). Tüm kanser hastalarının yaklaşık yarısı, tedavileri sırasında bir süre boyunca radyasyon terapisi alırlar. Radyasyon terapisi öncesi simülasyon amaçlı, detaylı görüntüleme taramaları hastanın tümörünün konumunu ve çevresindeki normal bölgeleri gösterir. Bu taramalar genellikle bilgisayarlı tomografi (BT) taramalarıdır ancak manyetik rezonans görüntülemesi (MRG), pozitron emisyon tomografisi (PET) ve ultrason taramalarını da içerebilir (Natal Cancer Institute, 2019).



Şekil 2.10 Otuz dakikaya kadar süren radyasyon terapisi esnasında hastanın kafası özel aparatla sabit tutuluyor (Natal Cancer Institute, 2019)

Dış ışınli radyasyon terapisi alan hastaların genellikle birkaç hafta boyunca haftada beş güne kadar hastaneye veya ayakta tedavi merkezine gitmesi gereklidir. Bazen, günde iki tedavi uygulanır. Dış ışınli radyasyon öncesi veya sonrasında cerrahi gerekebilir veya bu uygulamayla aynı dönemde kemoterapi uygulaması da yapılabilir (Natal Cancer Institute, 2019).

Kemoterapi ise tek başına veya diğeri tedavilerle birlikte verilebilir (Medline Plus, 2017). Hasta, her gün, her hafta veya her ay tedavi alabilir. Bu tedavide ilaçlar ağızdan, tek seferde, krem halinde veya damardan verilebilir.

Bu prosedürlerin yanında, üçüncü basamak hastane polikliniklerinde kronik hastalığı ve özellikle terminal hastalığı olan hastalara ve gerektiğinde hasta refakatçilerine akupunktur, masaj terapisi ve benzeri destekleyici (palyatif) sağlık hizmeti sunulur (Saint, 2015). Bu tıbbi sağlık hizmetlerine ilave olarak üçüncü basamak sağlık kurumları açısından temel sağlık hizmetleri olarak hastalar ve onların refakatçilerine hastalıkları hakkında eğitim verilir (YILDIRIM, 2013).

Bahsi geçen tüm tedavi yöntemleri, özellikle söz konusu kronik hastalar olunca belirli bakım modellerine tabi olarak üçüncü basamak hastanelerde yürütülür. Bu bakım modeli ülkeden ülkeye ve hastaneden hastaneye değişebilir ve her birinde, kanıta dayalı bakım, hasta odaklı bakım, yaşlı odaklı bakım gibi farklı bakım yaklaşımı izlenir. Ancak bu hastalığın yönetimi, tedavi yöntemlerinin kullanımına yön veren bir faktör olarak önemli konu sayılır. Tıp sektöründeki araştırmalara göre kronik hastalığı yönetiminin başarılı olması için alttaki özelliklere sahip olmalıdır:

- Tüm hastalık çemberi için çok disiplinli yaklaşım,
- Entegre sağlık hizmeti sunumu, bakım sürekliliği ve koordinasyon,
- Hastalık(lar) eğitimi,
- Aktif hasta eğitimi sonucu, hastalığın hasta tarafından yönetimi (self-care),
- Kanıta-dayalı rehberler, protokoller, klinik yolların olması
- Enformasyon teknolojisinin ve karar destek sistemlerinin kullanımı,
- Sürekli kalite iyileştirme (Akalın, 2014).

2.5. Bölüm Sonucu

Sağlık hizmetlerine erişim, insanların en önemli haklarından birisidir ve çok eski zamanlardan beri, sağlık hizmetinin oluşmasına ve bu hizmetin sunulduğu mekânlar, yani sağlık tesislerinin yapılmasına neden olmuştur. Sağlık kavramı ve ona bağlı olan sağlık hizmeti ve sağlık tesislerinin yapısal modeli, tarih boyunca toplumların demografisi ve bilimin gelişmesi ile birlikte sürekli değişmiştir. Bu değişimlerin hızı, 20. yüzyılın başlarından itibaren artmıştır ve bu yüzyılın sonlarından günümüze kadar daha da çoğalmaktadır.

Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri geçmişten günümüze kadar ve kültürler arasında ne kadar farklı olsa da, günümüzde sağlıkla ilgili iki önemli konu bilimsel olarak kanıtlanmıştır ve sağlık hizmeti ile ilgili tüm alanlarda ön planda tutulmaktadır. Bu iki konunun birisi ruh ve vücudun bir bütün olması ve birbirinden etkilenmeleri, diğeri ise fiziksel çevrenin insanların mental ve fiziksel sağlığı üzerindeki etkisidir. Bu iki konunun somut örnekleri, çağdaş üçüncü basamak hastane polikliniklerinde hastalar ve refakatçiler için kritik tedavilerin yanında mental desteği olarak destekleyici sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlık tesislerinin fiziksel ortamının iyileştiren bir ortam şeklinde yapılması için yapılan çalışmalardır.

Günümüzdeki sağlık hizmeti ve sağlık tesislerinin durumuna bakıldığında, geçmiş dönemlerde hiç görülmeeyen özel bir durum ortaya çıkmıştır. Asrımızda kronik hastalıklara yakalanan bireyler ve özellikle kronik hastalığından dolayı komplike sağlık durumu olan hastaların sayısı sürekli artmaktadır. Bu durum ülkelerin sağlık sektörünü ciddi derecede zorlamakta olup, bu sektörün maddi kaynaklarının yaklaşık %65'ini tüketmektedir. Kronik hastalıkların artışı hastanelerde yeni bir hasta demografisi oluşturmuştur. Diğer taraftan, sağlık biliminde ortaya gelen gelişmeler neticesinde bu hastalıkların tedavisi üçüncü basamak hastane polikliniklerinde gerçekleştiği için, bu polikliniklere olan müracaat sayısında da ciddi artış görülmektedir.

Asrımızdaki sağlık tesislerinin mimarisi ve fiziki durumuna bakınca, çağdaş hastanelerde sunulan hizmet çeşitliliğinden dolayı bu tesislerin çok karmaşık bir anatomiye sahip oldukları görülmektedir. Günümüzde bu karmaşık tesislerin tasarlanması ve yapılması için pek çok mimari tasarım standardı ve yönetmeliği düzenlenmiştir. Bu standartlarda sağlık tesislerinin, ekonomik, işlevsellik, sürdürülebilirlik ve kullanıcı memnuniyeti açısından optimum şekilde tasarlanmaları için pek çok kriter belirlenmiştir. Ancak, son yıllarda bu tesislerde mimari açıdan yetersizlik ve hastaları zorlayan bir fiziki ortam oluşmuştur. O nedenle, sağlık tesisleri mimari tasarım standartlarında ve pek çok bilimsel çalışmada, bu tesislerin mimari tasarımında standartların yanında mimarlar tarafından yenilikçi çözümlerin

retilmesi önemle önerilmiştir. Bu önerinin amacı sağlık tesislerinin fiziki ortamının kullanıcılar üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak, kullanıcı memnuniyetini artırmak ve iyileştiren bir ortam haline gelmesidir.

Söz konusu üçüncü basamak hastane poliklinikleri olunca bu tesislerin fiziksel ortamı son yıllardaki artan hasta müracaat sayısından dolayı kalabalık ortamlara dönüşmüştür. Kronik hastalık ve bu hastalığın tedavisinden kaynaklanan fiziksel ve mental zafiyete, polikliniklerdeki zorlayıcı ortamın olumsuz etkileri ilave olunca, üçüncü basamak hastane polikliniklerinin fiziki ortamlarının kalitesi daha da kritik bir konuya dönüşür. Diğer taraftan, günümüzde kronik hastalıkların bakım ve tedavi sürecinde hasta refakatçilerinin de katılımı dikkate alındığında, bu zorlayıcı ortamlarda iki kullanıcı grubunun fiziki çevrenin negatif yönlerinden etkilenebilmektedir.

Bu araştırmada üçüncü basamak hastane polikliniklerinde ortaya çıkan fiziki alan problemlerinin incelenmesi ve onlar için mimari tasarımıda yeni çözümlerin bulunması doğrultusunda üç konu özellikle dikkate alınmıştır:

1. Her bir üçüncü basamak hastane polikliniğinde bulunan hastaların farklı demografik, fiziksel ve mental özelliklere sahip olmaları ve ondan dolayı polikliniklerde farklı ihtiyaçlarının olması
2. Kalabalık ortamların polikliniklerin sosyal alanlarında oluşması
3. Günümüzde kronik hastalıkların bakımındaki, müracaat sürekliliği, hastanın bilgilendirme ve eğitimi ve refakatçinin bakımdaki rolü

Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Anatomisinde Bulunan Sosyal Alanların Mimari Tasarım Standartları

Hastanelerde veya herhangi bir sağlık tesisinde tasarımın odağı hasta bakımındır. Hastane içerisindeki fonksiyonel birimlerin rekabet edebilir ihtiyaçları ve öncelikleri olabilir, ancak bu rekabetin içinde, idealleştirilmiş senaryolar ve güçlü bireysel tercihler, zorunlu şartlara, fiili işlevsel ihtiyaçlara ve organizasyonun çalışma politikası durumuna karşı dengelenmelidir (Aula, 2009). Bu doğrultuda sağlık tesisindeki yapı elemanları arasındaki tezatlar en aza indirgenmelidir (UK Department of Health, 2014).

Tesislerdeki tıbbi bakımın amacı, yapısı ve boyutu açısından doğru tanımlanması gerekir. (Ernest Neufert, Peter Neufert, 2002). Ancak, hastane tasarlama süreci yalnızca bir mimari programa dayalı değildir ve çok sayıda faktör, hastane alanlarının yaratılmasına dâhil olarak, hastanelerin tıbbi planlarının daha fazla karmaşıklaşmasına yol açar (Burke, 2014). Barındırılması gereken geniş çaplı hizmetlere ek olarak hastaneler birçok farklı kullanıcıya hizmet etmeli ve bunları desteklemelidir (Carr b. R., 2017). Bu tesislerin mimari tasarımını, bakım ilişkili enfeksiyonlar, hasta güvenliği, artan enerji tasarrufu ve hasta memnuniyetinde artış gibi temel sağlık konularıyla bir araya gelmesinden dolayı, bu tesislerin tasarımındaki tartışma konusu artık, sadece tesis alanı ihtiyaçlarının sağlanması ile ilgili değildir (JCI & AIA, 2015).

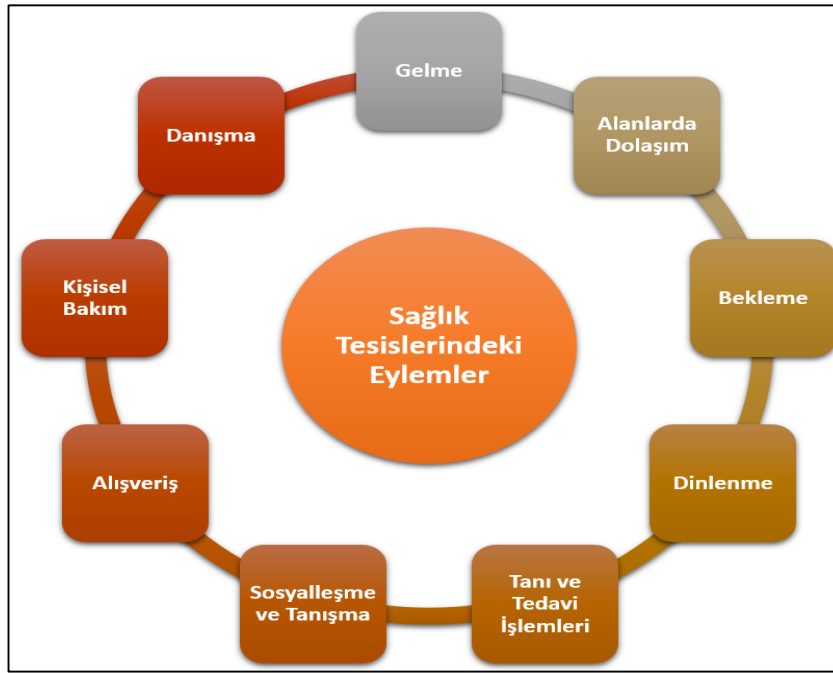
Tezin bu bölümünde çağın sağlık sistemlerindeki en önemli unsurlardan birisi olan üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanları tasarımında uygulanması gereken hususlar incelenmiştir. Bu incelemede polikliniklerdeki sosyal alanları çoğunlukla kullanan hastalar ve hasta refakatçileri ön planda tutulmuştur.

3.1. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Anatomisi ve Sosyal Alanlarının Tanımı

Çalışmanın bu bölümünde üçüncü basamak hastane polikliniklerinin sosyal alanları tanımlanmıştır. Bu tanımlamanın daha verimli ve net olabilmesi için genel olarak polikliniklerin işlevine dayanılarak anatomileri ve sosyal alanların bu anatominin diğer parçalarıyla olan işlevsel ilişkileri irdelenmiştir.

3.1.1. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Anatomisi

Üçüncü basamak hastane polikliniklerinin anatomisini tanımak için öncelikle bölüm 2.4.2’de tanımlanan işlevler doğrultusunda gerçekleşen aktiviteler incelenmiştir. Bu inceleme hasta ve refakatçilerin bulundukları her mekânda gerçekleştirdikleri aktiviteler ve bu mekânlardaki durumlarının tanımlanmasına destek olacaktır. “Uk Department of Health” tarafından İngiltere’deki sağlık tesislerinin tasarımı için hazırlanan “Health Building Note 00-01 General Design Guidance For Healthcare Buildings”e göre, sağlık tesislerinde genel olarak dokuz aktivite gerçekleştirilmektedir. (Şekil 3.1)



Şekil 3.1 Sağlık Tesislerinde Gerçekleşen Eylemler ve Aktiviteler (UK Department of Health, 2014)

Bir sağlık tesisi olarak, polikliniklerin anatomisinde bahsi geçen eylemler ve yapılan medikal ve medikal olmayan işlevler için belirli alanlar bulunur. Bu alanlar, çeşitli mimari tasarım standartları ve yönetmeliklerinde farklı bir biçimde tanımlanmış olsa da, genellikle “Amerikan Mimarlık Enstitüsü” tarafından hazırlanan “Guideline For Design And Construction Of Hospitals And Health Care Facilities” yönetmeliğindeki gibi, yedi alan türüne ayrılır. (şekil 3.2)



şekil 3.2 Polikliniklerin Anatomisini Oluşturan Alanlar (American Institute of Architects, 2001)

Benzer şekilde “National Institute of Building Sciences (NIBS)”, “Whole Building Design Guide” yönetmeliğinde polikliniklerin anatomisini dört ana alana ayırıyor ve bu alanların her biri için çeşitli alt alanlar tanımlamıştır.

Tablo 3.1 Polikliniklerin Anatomisinde Yer Alan Ana Alanlar Ve Alt Alanlar (Staff, 2018)

Giriş Lobisi	Genel Hasta Bakımı	Tıbbi Kayıtlar	Personel Destek Alanları
Bekleme Resepsiyon / Kayıt Ödeme Bankosu	Hekim / Danışman Ofisi Muayene Odası Hemşire Çalışma Alanı Hasta Tuvaletleri Temizlik / Tedarik Odası İlaç Deposu Kirli Odası	Tıbbi Kayıt Dosyaları Arşivi	Personel Tuvaleti (Erkek/Kadın) Personel Mola Odası Kat Hizmetleri Yatılı Süiti

Hastane poliklinik alanlarının işlevsel olarak dağılımıyla ilgili hususlar, inceleme ve prosedür odaları, envanter odaları, idari ofisler, hemşirelik istasyonları, personel alanları, hasta bekleme alanları, konferans salonları ve lavaboların yanı sıra eczane, kafeterya ve hediyelik eşya dükkanlarının sayısı ve yeri gibi temel ve bildirilmeleri gereken kritik konular içerir (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017). Hastalar ve refakatçilerin rahatının sağlanması için gerekli olan her bir tıbbi olmayan hizmetin yanı sıra, her bir prosedür ve tedavi için, çeşitli bölümler arasındaki ilişkileri, insanların fiziksel hareket kalıpları, malzeme ve ekipman sirkülasyonu mekan ihtiyaçları açısından analiz edilmek zorundadır.

Üçüncü basamak hastane poliklinikleri, öncelikle tanı ve tedavi amaçlı bakım hizmeti veren ayakta sağlık hizmetleri sağlama ile ilgili olmalıdırlar (California Hospital Association, 2015). Bunların yanında teşhis merkezleri, özel görüntüleme (örneğin manyetik rezonans görüntüleme) veya laboratuvar testleri gibi tıbbi teşhis için hizmet sunan tesisler polikliniklerde yer alır. Bunlar bağımsız tesisler olabilir veya klinik tesislerle bütünleştirilebilirler (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017). Ayakta tedavi kliniği şeklinde çalışan bir tıbbi merkezde bulunduğundan, laboratuvar ve radyoloji bölümleri, mekân ve ekipmanların çoğalmasını önlemek veya verimliliği artırmak için paylaşılabilecek bir biçimde organize edilir (Department of Veterans

Affairs, 2009). Buna örnek olarak bazı yönetmeliklere göre, mekân ve fonksiyonlarda verimliliği sağlamak ve tesislerin tekrarlanması en aza indirilmesi için, onkoloji polikliniklerinde radyasyon tedavisi, radyoloji servisi ile aynı katta ve aynı yerde bulunmalıdır (Radiation Therapy Service Design, 2008).

3.1.2. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinin Anatomisinde Bulunan Sosyal Alanların Tanımı

Günümüzde birçok araştırmada, medikal işlemleri destekleyici alanların da nitelikli olmaları vurgulanmaktadır. Çünkü bu alanlar, hizmetin kalitesi ve özellikle binanın kalitesi hakkında diğerlerinden daha fazla etki yaratırlar. Doğrudan sağlık faaliyetlerinin bulunmadığı bu alanlar, genellikle göz ardı edilmektedir. Hastanelerde, giriş holü, koridorlar, bekleme alanları, ortak alanlar (özellikle hastalar için günlük odalar) gibi sosyal rolün hâkim olduğu yerler de hayati önemin olduğu yerlerdir (Giuseppe Pellitter, Flavia Belvedere, 2010). Sağlık kurumlarında, tesisin özel hasta bakımı veya klinik alanları gibi, sosyal alanların işlevi de, tesislerin misyonunun yürütülmesinde çok önemli bir husustur (Healthcare Facilities Today, 2013). Onun için çağdaş hastanelerin hizmet verdiği toplumla bütünleşmeyi sağlamak amacıyla, hastanelerde sosyal alanlar yaratmak için çok güçlü bir eğilim vardır (Nicoletta Setola, Sabrina Borgianni, 2016). Bu görüşün yürütülmesi için, sonradan düşünülmesi yerine, sosyal alanlar başta tanımlanmalı ve özgün tipolojilerine göre çalışacak şekilde tasarlanmalıdır (Healthcare Facilities Today, 2013). Kullanıcı ihtiyaçlarına cevap verebilmek için sağlık tesislerinin sosyal alanları, sağlıklı davranışları teşvik etmek ve hastalar, ziyaretçiler ve personel için daha rahat bir ortam yaratmak amacıyla tasarlanır (Eagle, 2015). Bu nedenlerle, hastanelerin anatomisinde sosyal alanlar, tablo 2.3'te gösterilen alanlar, hastanenin kültürel ve duygusal kalbi ve teknik bir klinik hizmet olmaktan çıkarılan ve iyileştirici bir yer haline gelen tasarım unsurudur.



Şekil 3.3 Genel Olarak Polikliniklerde Bulunan Sosyal Alanlar (Sprow, 2015)

Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, kullanıcıların daha etkin şekilde zaman geçirmeleri üzere öngörülen bu alanların önemli rolleri vardır (Knudson, 2017). Ancak sosyal alanlar bu yedi alan türü ile sınırlı değildir. Farklı ülkelerin sağlık binaları tasarım standartları ve bazı araştırmalarda, hastane polikliniklerinde hastalar ve hasta refakatçilerinin ihtiyaçlarına göre çeşitli sosyal alanların bulundurulması önerilmiştir. Tablo 3.3'te polikliniklerde kullanımları öngörülmek üzere sosyal alanları olarak tanınan çeşitli mekânlar gösterilmiştir.

Tablo 3.2 Uzmanlık polikliniklerinde bulunan çeşitli sosyal alan örnekleri (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011), (Kunders, 2008), (Knudson, 2017)

1	Tekerlekli sandalye ve sedye park alanı
2	Resepsiyon ve bilgi masası alanı
3	Personelin yeni hastalarla bire bir görüşmesi için kayıt sayacı ve odacık
4	Giriş lobileri
5	Bekleme alanları
6	Koridorlar ve iç mekânlar arasındaki yollar
7	Umumi tuvaletler
8	Genel telefonlar
9	Soğuk su ve musluklar alanı
10	Hasta bilgilendirme ve eğitim materyalleri için vitrin veya stant alanları
11	Konferans toplantıları sağlık eğitimi programları vb. için çok amaçlı oda
12	Kafeterya ve kantin
13	Hediyelik eşya mağazası
14	Perakende satış mağazaları
15	Endişeli ya da kaygılı hasta yakınları için rahatlama odası
16	Çocuk müdahale ve dinlenme odası
17	Emzirme odası
18	Bebek bezi değiştirme odası
19	Danışma ve eğitim için bireysel bir oda
20	Bireysel dini vecibelerini yerine getirme odası
21	Çok amaçlı veya bireysel oda/odalar
22	Ebeveyn/aile için özel görüşme odası
23	Oyun odası/açık alan

Sosyal alanlar, rahatça erişilebilecek şekilde yerleştirilmeli ve kişisel saygınlık göz önünde bulundurularak hastanın ihtiyaçlarının derhal yerine getirilmesi için tasarlanmalıdır (American Institute of Architects, 2001). Bu alanların tasarımı her bir poliklinik için farklı özelliklere sahip olmalıdır. Örnek olarak “Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2011”de üç farklı uzmanlık polikliniğinde genel sosyal alanlar için belirli özellikler tanımlanarak bu alanların dışında özel olarak bazı alanların bulunması şu şekilde önerilmiştir:

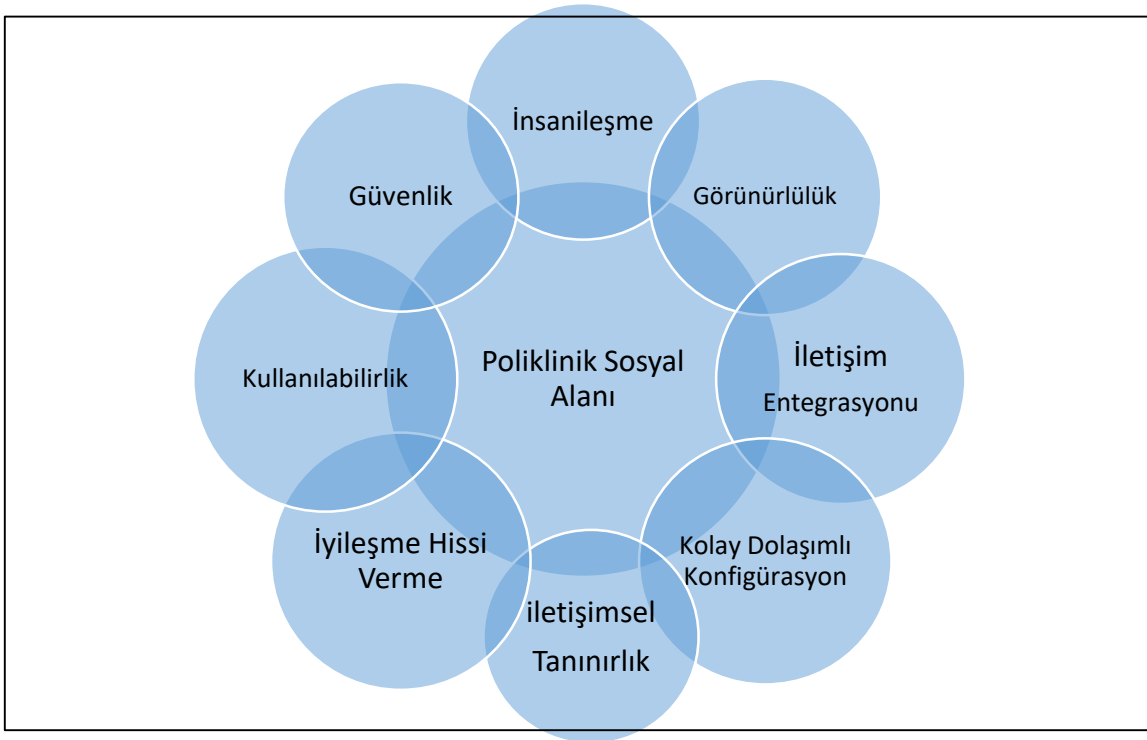
- **Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisinde:** Tekerlekli sandalye ve sedye kullanımına uygun, hizmet trafiği dışında hasta bekleme alanı/alanları temin edilmelidir.
- **Psikiyatri Polikliniğinde:** Hasta muayenesi 30 ile 45 dakika arasındadır. Gelen hastaların davranışları ajite, hareketli veya tamamen sakin ve depresif olabilir. Bu sebeple hasta ve yakınları için oluşturulan bekleme alanlarının tasarlanmasında bu konu göz önüne alınmalıdır.
- **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Pediatri) Polikliniklerinde:** Ateşli çocuk müdahale ve dinlenme odası, bebek emzirme odası, oyun odası/açık alanı, tartı ve bebek bezi değiştirme odası bulunmalıdır. Polikliniklerin imkânlarına göre bu odalar bireysel odalar olarak veya hepsinin yerleştirildiği çok amaçlı bir alan olarak tasarlanabilir. İşletme planında gerekli görülmesi durumunda, ebeveyn/aile için özel görüşme, teselli, danışma ve eğitim için bireysel bir oda temin edilmelidir. Söz konusu çok amaçlı oda/odaların zemin, duvar veya tavanlarının ses yalıtımı, izolasyonu ve yapısal düzenlemeleri gerçekleştirilmelidir (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

3.2. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Bulunan Sosyal

Alanların Mimari Tasarım Esasları

Bir sağlık tesisinin tasarımı ve tesislerindeki alanlar, hastalar üzerinde çok önemli bir ilk izlenim bırakır ve hasta bakım deneyimi için tonu belirler (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016). Bir sağlık tesisi türü olarak polikliniklerin mimari tasarımına ilişkin

çok sayıda standart ve yönetmelik mevcuttur. Bu tesislerin geçen bölümlerde tanımlanan sosyal alanların tasarımı ebat ve ölçü haricinde belirli ilkelere de sahip olmalıdır. Bu ilkelerin bir kısmı eskiden gündemde olduğu gibi spesifik sağlık fonksiyonlarına daha çok atıfta bulunur ve polikliniklerin işlevsel verimliliğini sağlar (Giuseppe Pellitter, Flavia Belvedere, 2010) (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016). Tasarım ilkelerinin diğer kısmı ise son yıllarda daha fazla ön planda tutulur ve tesislerde, kullanıcıların psikolojik ihtiyaçlarını bertaraf etmek ister ve bu tesislerdeki mekanların sosyo-kültürel ve sanatsal değerlerini vurgular (Giuseppe Pellitter, Flavia Belvedere, 2010) (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016). Bir araştırmaya göre bahsi geçen değerlerin tamamının polikliniklerin sosyal alanlarının mimari tasarımında uygulanması bu alanlara belirli özellikler kazandırmalıdır. (Şekil 3.4)



Şekil 3.4 Poliklinik Sosyal Alanların Mimari Kalitesini Artıran Mekânsal Özellikler (Nicoletta Setola, Sabrina Borgianni, 2016)

Tezin bu bölümünde, tasarım standartlarında belirlenen bu ilkelerin üçüncü basamak hastane polikliniklerinde uygulanma şekli ve bu hususta önemli olan konular incelenmiştir. Bu incelenmede elde edilen bilgilerin tez amacının doğrultusunda

verimli kullanılabilmesi için bu tesislerin mimari tasarım esasları, genel hususlar ve özel konular olarak iki ayrı başlık altında gerçekleşmiştir.

Bu bölümde mimari tasarım kılavuzlarında yer alan hastanelerin genel olarak yapılarında ve özel olarak sosyal alanlarında sahip olması gereken özellikler anlatılmaktadır. Ayrıca farklılık arz eden her kliniğin özelliklerine de yer verilmiştir. Anlatılan her kliniğin özelliklerine, hastanelerin genel özellikleri eklendiği zaman dal hastanesinin tasarımı da eksiksiz olarak tamamlanmış olacaktır (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

3.2.1. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Bulunan Sosyal Alanlarının Mimari Tasarımına İlişkin Genel Hususlar

Polikliniklerdeki sosyal alanların mimari tasarımında uygulanması gereken mekânsal özellikleri farklı konular açısından değerlendirilmelidir. Bu özellikler, sağlık tesislerinin mimari tasarım standartlarında belirli başlıklar altında yer almışlar ve genel olarak hastanelerin tüm bölümlerindeki sosyal alanlarda uygulanmalıdırlar.

3.2.1.1. İşlevsellik

Diğer binalardaki fiziki alanlar gibi, polikliniklerde bulunan sosyal alanların mimari tasarımında da kullanıcıların gerçekleştirdikleri eylem ve aktiviteler için uygun ve kullanılabilir fiziki alanların öngörülmesi ilk öncelik sayılır. Mimarlık alanında, kullanılabilirlik kavramı çoğunlukla işlevsellik olarak algılanır. Yapı endüstrisindeki işlevsellik objektif olarak ölçülebilirken kullanılabilirlik, kullanıcıların öznel görüşlerini ortaya koymaktadır. Bunun sonucu olarak, kullanılabilirlik farklı kullanıcı grupları tarafından farklı değerlendirilebilir. Ayrıca, araştırmacılar kullanılabilirliğin bağlam, kültür, durum ve deneyime bağlı olduğunu öne sürmektedirler (Fronczek-Munter, 2017). Kullanılabilirlik ve işlevsellik konusunun polikliniklerin sosyal alanlarında iyi şekilde kavramak için öncelikle Şekil 3.1 ve Tablo 3.1’de gösterilen aktivitelerin gerçekleştiği alanlar tanımlanmalıdır.

Ambulatuvar (ayakta tedavi) poliklinik bakımında gerçekleşen eylemler tipik olarak giriş (gelme), randevu alma, “check-in”, lisanslı klinisyenler ile etkileşime girme, tanılama, tedavi veya sağlık bakım hizmetleri alma ve ardından bir tür “check-out”

işlemi yapmaktır. Bu, üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki bakım süreci, bir ziyareti veya bir ömür boyu tekrarlanan ziyaretleri kapsayabilir (Health Level Seven International , 2004). Bu kompleks yapılarda hastaların gerçekleştirdikleri eylemlere bakınca, genel olarak dolaşım mekanları ve bekleme alanlarının hastanın en çok vakit geçirdiği mekanlar olduğu görülür (Güç, 2010). Bu alanlardaki zaman, bekleme veya yapılan işlerin takibinde geçer.

Bekleme süresi bir hastanın klinik doktorlarından biri tarafından görülmeden önce klinikte beklediği süreyi ifade eder (Oche, 2013). Uzun süreli bekleme süresinin azaltılması, sağlık hizmet kalitesini en üst düzeye çıkarmada karşılaşılan en büyük zorluklardan biridir (Tho Dinh Tran, Nong Minh Vuong, Uy Van Nguyen, Bach Xuan Tran, 2017). Özel bir araştırmada, dokuz en sinir bozucu beklemeyi tanımlayan bir anket yapılmıştır. Bir arabayı kaydettirmek veya ehliyeti yeniletmek için beklemek listenin en başındayken ardından bir perakende mağazasında kasa sırası beklemek gelmektedir. Listedeki üç numara ise, bir hastaneye ya da kliniğe kayıt yaptırırken geçen bekleme süresidir (Robert W. Strauss, 2014). Hastanın bekleme süresi ülkelere göre değişir. İrlanda'da, bir poliklinikte yapılan bir çalışma, hastaların % 50'sinin randevularının %60'ı için beklediğini göstermiştir. Nijerya'da hastaların %60'ı muayene için 90-180 dakika beklemek zorundadır. ABD'de bile, ortalama hasta bekleme süresi Atlanta'da ortalama 60 dakikayken Michigan'da 188 dakikadır. Bu sorun, sağlayıcı-hasta oranının düşük olduğu ülkelerde daha yoğun biçimde gözlenmektedir (Tho Dinh Tran, Nong Minh Vuong, Uy Van Nguyen, Bach Xuan Tran, 2017). Hastane polikliniklerinin bekleme alanları yüksek bir endişe durumu ve duygusal gerginlik ve genişletilmiş bir zaman algısı ile karakterize edilen bir yapıdır. Bu mekanda, diğer fonksiyonlara bekleme desteği önemli derecede temsil edilebilirliğe sahiptir ve kullanıcılar ve personel arasında sosyalleşme eğilimi daha fazladır (Giuseppe Pellitteri, Flavia Belvedere, 2011). Bu nedenlerle üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanlarda gerçekleşen bekleme eylemi için öngörülen bekleme alanlarının mimari tasarımında pek çok faktör ön planda tutulmalıdır. (Tablo 3.4)

Tablo 3.3 Poliklinik Bekleme Alanlarının İşlevi, Karakteri ve Temel Özelliklerinin ve Gereksinimlerinin Tanımı (Giuseppe Pellitter, Flavia Belvedere, 2010)

Poliklinik Bekleme Alanları	
Eylem	Bekleme
Mimari alanlar	Bekleme Alanı
	Geçiş Alanları
	Kayıt Alanı
Psikolojik özellikler	Görünebilirlik
	Eğlenceli ve Dikkat Dağıtıcı Unsurların Bulunması
	Tanımlanabilirlik
	Rahatsız Edici Unsurların Bulunmaması
Gereksinimler	Kullanılabilirlik
	Hoşlanılan ve Konforlu Olma

Tablo 3.3'te görüldüğü gibi, polikliniklerdeki bekleme alanlarının mimari tasarımıyla ilgili standartlarda ve araştırmalardaki önerilerin amacı, bu alanların hem işlevsellik açısından verimli olmaları hem de hasta üzerindeki psikolojik etkilerin azaltılmasıdır. Ancak, bu iki konu için sunulan zorunlu fiziki alan özellikleri ve tasarım şartları birbirine bağlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Çalışmanın bu bölümünde üçüncü basamak hastane polikliniklerin bekleme alanlarıyla ilgili şartlarından örnekler verilmiştir:

Ayakta teşhis ve tedavi tesislerinde hasta bekleme salonu kullanım alanı en az 12 metrekaredir. Bekleme salonu sekreter hizmet alanı olarak da kullanılabilir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2017).

Mümkünse bu alanlar, poliklinik özelliklerine göre ayrılmalı; böylece, kalabalık dağıtılarak hasta mahremiyeti korunmalıdır (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

Bekleme alanlarının gereklilikleri ve performanslarını ana hatlarıyla belirten, farklı “bekletme” türlerini ayırt etmek gerekir, çünkü her biri farklı kullanım yöntemlerine

ve farklı psikolojik ihtiyaçlara tekabül eder (Giuseppe Pellitteri, Flavia Belvedere, 2011).

Bir tanesi gürültülü, diğeri ise sessiz aktiviteler için en az iki ayrı sosyal alan temin edilmelidir (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

- Fiziksel engeli olan/olmayan, pediatrik ve yetişkin hasta ve refakatçilerine hizmet veren alanlar içerisinde veya bitişiğinde; yemek, eğitim, gelişime yardımcı oyun ve eğlence için erişim sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

- Bekleme odası, hastalara sağlıklarıyla ilgili bilgi vermek için ideal bir fırsattır. Hastaların çoğu sağlıkları hakkında bilgi ister ancak gerekli eğitim için en iyi kaynaktan emin değillerdir. Bu imkânın bekleme alanında sağlanması önemlidir (Sherwin HN, McKeown M, Evans MF, Bhattacharyya OK, 2013).

Bu genel şartlara ek olarak, farklı uzmanlık alanlarında faaliyet gösteren poliklinikler ve bu polikliniklerdeki farklı işlevleri olan bölümlerin bekleme alanları için bazı özel şartlar zorunlu kılınmıştır:

- Bebek emzirme ve bakım odası: Kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk hastalıkları uzmanlarının muayenehanelerinde içinde lavabosu bulunan asgari 5 metrekarelik bebek emzirme ve bakım odası veya uygun araçla ayrılmış bölüm bulunur. Diğer uzmanlık dallarında aranmaz (T.C Sağlık Bakanlığı, 2017).
- Onkolojik ambulator düzenlemelerinde bekleme alanına dikkat etmek önemlidir. Bekleme alanı resepsiyonda veya tedavi alanında açıkça işaretlenmeli ve görünmelidir. Böylece endişeli hastalara unutulmadıkları konusunda güvence verilebilir (Patricia Corcoran Buchsel, Connie Henke Yarbro, 2005).
- PET görüntüleme alanında, personel kontrolünde ve fonksiyonel programa uygun oturma kapasitesine sahip olmalıdır. Eğer bölüm rutin olarak ayakta tedavi gören hastalar ve yatan hastalar için aynı anda kullanılıyorsa bekleme

alanları arasında tarama veya görsel mahremiyet ile ayrı bekleme alanları sağlanmalıdır (American Institute of Architects, 2001).

- Psikiyatri üniteleri, mesleki terapi için hasta başına 1,40 m²'lik ayrı bir alan veya en az 18 m²'lik toplam alandan hangisi daha genişse o seçenek temin edilmelidir (Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları, 2011).

3.2.1.2. Ulaşılabilirlik ve Hasta Sirkülasyonu

Sağlık tesisleri mimarisindeki fonksiyonel yönlerden biri, hastanenin veya sağlık tesisinin iç sirkülasyonu ve birlikte çalışabilirliğidir (Sprow, 2015). Dolayısıyla, bu tesislerdeki sirkülasyon sistemleri kritiktir ve mimari tasarım sırasında ele alınması gereken hasta bakımı ile ilgili birincil husustur (Sprow, 2015) (JCI & AIA, 2015). Bir sağlık kurumundan verimli hasta akışı, hasta bakımındaki potansiyel olarak olası gecikmeleri azaltır. Hasta akışı, bir bireyin tesise erişmek istediği andan itibaren, eve taşınana kadar oradaki tüm deneyimi boyunca devam eder. Dış ve iç yönlendirme, doğrudan görselleştirme, değerlendirme alanları ve kullanıcı ihtiyaçlarını karşılayan bakım alanları, iyi bakım süreçlerini ve zamanında hasta akışını destekleyen tasarım unsurlarından sadece birkaçıdır (JCI & AIA, 2015). Araştırmalar, hastaların ve ziyaretçilerin refahının, ulaşılması kolay olan ve her şeyin net bir şekilde bulunabileceği bir ortam tarafından desteklendiğini (örneğin açıkça tanımlanabilir bir ana giriş ve binanın içinde iyi bir işaretleme) göstermiştir (Ministry of Health-Netherlands, 2002). Sağlık tesislerinde gezinme zorluğu, personel yükünün artmasına neden olmaktadır (Maqbool T, Raju S, In E, 2016). Sirkülasyon zorluğuna örnek olarak, bazı sağlık tesislerinde, birçok hasta, poliklinik bölümünden hastanedeki görüntüleme merkezine gitmekte zorlanmaktadır. Bazı poliklinikteki hastaların bu süreçte kaybedildiği birçok defa rapor edilmiştir. Ek olarak, görüntüleme merkezinden kliniğe dönmek için alınan yol, görüntüleme merkezine gitmek için klinikten alınan rotadan tamamen farklı olabilir. Ortopedi polikliniklerinde hastaların büyük çoğunluğu kırığı olan ortopedi hastaları olduğu için, navigasyon zorluğu ve farklı rotaların kullanılması gerekliliği son derece zahmetli olabilir (Maqbool T, Raju S, In E, 2016). Ayrıca, bilişsel psikoloji, ikiden fazla yön değişikliğine sahip bir koridorun, oryantasyon için zihinsel

bir harita oluşturmaya yardımcı olmadığını söylüyor. Bu nedenle, böyle bir koridor iyi değildir (Giuseppe Pellitter, Flavia Belvedere, 2010). Bu kliniklerde asıl konuların, öncelikle hasta dostu tabelaların görüntüleme alanlarına azami düzeyde yönlendirici şekilde olmamalarının hastaların yol bulmadaki temel sorun olduğu kabul edilmiştir (Maqbool T, Raju S, In E, 2016).

Bu nedenlerle, poliklinikteki hastalar ve aileleri için erişim ve dolaşım kolaylığı birincil planlama hedefidir (Department of Veterans Affairs, 2009). Ayakta tedavi gören hastalar tarafından kullanılacak poliklinikler, birbirleriyle ilişkili olarak kolayca ulaşılabilecek şekilde yerleştirilmelidir. Bu özellikle ayakta tedavi randevu masası, medikal test bölümleri, hastane laboratuvarı ve görüntüleme teşhis ünitesi ile ilgilidir (Ministry of Health-Nederlands, 2002). Hastaların sağlık durumlarına ilişkin olarak sıklıkla artan bir endişe duygusu yaşadıklarını hatırlamak önemlidir. Bilmedikleri bir tesiste yollarını bulmak zorunda olmak, bu endişeye katkıda bulunmamalıdır. Bu, özellikle ilk kez gelen ziyaretçiler için önemlidir (Department of Veterans Affairs, 2009). Poliklinik hizmetlerine ulaşmak için kullanılan bina girişleri, seviye düzeyinde açıkça işaretlenmeli ve hastaların diğer faaliyet alanlarına girmesine gerek kalmayacak şekilde yerleştirilmelidir. Bu hususta çok katlı binaların lobileri paylaşılabilir. Tasarım, birim içindeki ilgisiz trafiği engellemelidir (American Institute of Architects, 2001). Ayrıca, genel olarak bir hastanede, doğrudan sosyal alanlara bitişik olarak ayakta tedavi bölümü, görüntüleme ve invazif olmayan testler gibi ana tanı hizmetlerine erişim vardır (Sprow, 2015). Sosyal alanların tasarımında genel bir husus olarak, bu alanlar, büyük tedavi işlevlerinden ayrılmalıdır. O nedenle mimari planında alan organizasyonu, iç dolaşım ve mahremiyetin iyileştirilmesi için kamu, tedavi ve personel işlevlerinin ayrılmasına yönelik yapılmalıdır (UK Department of Health, 2014).

Polikliniklerin sosyal alanlarında verimli sirkülasyonun sağlanması için polikliniğe ulaşım ve bölümler arasındaki ulaşım gibi temel konulara ek olarak sosyal alanların içindeki sirkülasyon da önemli sayılır. Sosyal alan içi dolaşım imkânlarından kolayca erişilebilir tekerlekli sandalye park alanı, kolayca erişilebilen umumi tuvalet, kolayca

erişilebilir halka açık telefon ve kolayca erişilebilen su içme muslukları örnek sayılabilirler (American Institute of Architects, 2001).

Doğru alan organizasyon ve yerleşmesinin kenarında, hastaların sosyal alanlara yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Yön bulma kolaylığını desteklemek ve kişinin varış noktasını aramak için harcanan hareket ve zaman kaybını önlemek için açık ve tutarlı tabelalar yerleştirilmelidir (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016). Buna ek olarak, sanat eserlerinin kullanımı, yüzeylerde farklı renk ve doku kullanımı ve özel iç mekân tasarım çözümleri kullanılarak hastaların sosyal alanlardaki yön bulması kolaylaştırılabilir (UK Department of Health, 2014).

Bu doğrultuda, polikliniklerdeki bekleme alanları sosyal alanların en önemli kısmı olarak sirkülasyon ve hasta trafiği açısından belirli özelliklere sahip olmalıdır. Bunlara örnek olarak:

- Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerinde, tekerlekli sandalye kullanımına açık, trafiğe sahip olmayan hasta bekleme alanları öngörülmelidir (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).
- PET görüntüleme bölümünün bekleme alanlarında trafik olmamalıdır (American Institute of Architects, 2001).
- Tanısal ve girişimsel radyoloji bölümlerinde, sedyedeki ve yataktaki hastalar için, trafik akışı dışında ve personel kontrolü altında bir bekletme alanı temin edilmelidir (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

3.2.1.3. Engellilere Özel Tasarım İlkeleri (Evrensel Tasarım)

Hastane ve sağlık hizmeti alanlarını kullananların arasında engelli bireylerin de olması ve bu bireylerin çok farklı erişilebilirlik gereksinimlerine sahip olmaları önemli konulardan biridir. Mekânların engelli bireyler için uygun şekilde tasarlanması hem mekânlara ulaşım ve hem mekânların ve o mekânlardaki donanımın kullanımı açısından dikkate alınmalıdır. Bu doğrultuda sağlık tesisleri binaları için özel yönetmelikte bulunan koşulların uygulanması gerekmektedir. Evrensel tasarım ilkeleri olarak tanınan bu koşullar tüm kullanıcıların bu mekânlara kolay erişimini ve kolay kullanımını sağlamalıdır. Bu hususta sağlık tesisleri kullanıcılarının

hastalıklarından dolayı zafiyetleri ve yaş grubu çeşitliliği ayrıca dikkate alınmalıdır. Fiziksel engelli kişilere, küçükten (yaşlanmanın erken aşamalarında) büyüğe (tekerlekli sandalyeye bağımlılığı) doğru yer verilmesi, mekân planlayıcısının düzenli olarak yapması gerektiği bir iştir. Bu, farklı bakış açılarıyla ele alınabilir:

- Felsefi olarak, insani ve sosyal ihtiyacı karşılamak açısından
- Yasal olarak yerine getirilmesi gereken şartlara atıfta bulunarak
- Pratik olarak, engelsiz kavramların tüm kullanıcılar için daha konforlu olan iç mekânların planlanmasında bir araç olarak görülmesi ile (Karlen, 2009).

Bu amaçla, engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşlarının iç ve dış mekânlarının mimari ve çevresel düzenlemelerine ilişkin olarak ortak alanlar, asansör, tuvalet, lavabo, müracaat bankosu vb. alanların her engel grubuna hitap edecek şekilde düzenlenmesi ve tekerlekli sandalye transferini kolaylaştıracak ve tekerlekli sandalye manevrasına imkân verecek şekilde gerekli görülen alanların tutunma barlarıyla desteklenmesi suretiyle düzenlemelerin yapılması gerekmektedir (ÖZÜRLÜ KİŞİLERE YÖNELİK SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU, 2010).

Poliklinikteki hastalar, boyları, erişimleri ve güç özellikleri nedeniyle, tipik olarak transfer manevraları sırasında bakıcıların yardımına ihtiyaç duyarlar (American Institute of Architects, 2001). Bunlara ek olarak yaşlı hastaların tesislerde yaşadıkları ulaşım zorlukları ve bu esnada bakıcıların desteğine ihtiyaç olmaları da dikkate alınmalıdır (Karlen, 2009). Bu nedenlerle hareket kısıtlılığı olan bireyler, tekerlekli sandalyeye bağlı olan ve diğer fiziksel engelli kişilerin, tipik olarak döşenmiş iç mekanlarda rahat kullanım için boyutsal ve konfigürasyon gereksinimlerini uygulamak önemlidir (Karlen, 2009). Bunlara ek olarak tüm engel türlerini dikkate alarak fiziki alanlar için alttaki konuların uygun bir şekilde mimari tasarımda uygulanmasına dikkat edilmelidir:

- **Açık alanlara kolayca erişilebilme:** Görünür ve kolay erişilebilir, dâhili, güvenli, çekici ve anlamlı ve çeşitli seçeneklerle geçiş.
- **Yol işaretleme / navigasyon:** Dönüm noktası nesneleri, bina özellikleri, tabela, kişiselleştirme, yerelleştirme (haritalar), ışık yönü.

- **Oda / alan bitişiklikleri:** Tuvalet erişimi, salon, yemek, mutfak, yatak odası takımı, duş, WC, ayrı servis alanı, iç ve dış bağlantılar
- **Görünürlük / geçirgenlik:** Oda bölücüler, açık planlama, doğrudan kapılara bakmaktan kaçınılması, etkinlikleri belirtmek için camlı ekranlar kullanılması, daha iyi aydınlatma (en üst faktör) ve uygun bir seviyede işaretler kullanılması.
- **Ölçek:** Yerli ve kurumsal olmayan, tek katlı tercihi, daha büyük değil daha çok alan, günlük yaşam aktiviteleri için en uygun, kısa veya hiç koridorsuz.
- **Gizlilik / sosyallik:** Kamuoyu özel sekansı, yaşam alanının hizmetlerden ayrılması, ön kapı ve kişisel eşyaların tanımlanması, yaş uygunluğu, yaşam sonu ve aşırı kırılmalık, görüşlerin önemi (UK Department of Health, 2014).

Ayrıca, geçici veya kalıcı engelliliğe sebep olan bireylerde farklı duyuların yok olmasının dikkate alınması gerekmektedir:

- **Duyusal gelişim - görme:** yaşlanan göz için tasarım (görme keskinliği kaybı), düşük kontrast duyarlılığı, zayıf renk görme, daha az mekânsal farkındalık, daha zayıf derinlik algısı.
- **Duyusal güçlendirme - işitme:** yaşlanan kulaklar için tasarım, daha yüksek adım aralığı kaybı, sesleri daha az ayırt edebilmesi, daha az hassasiyet, kulak çınlaması, daha az hassas denge.
- **Duyusal gelişim - koku:** Koklama sürecinin beyine ulaşması en uzun süreçlerden bir olduğunu ve koku bir kez alındığında diğer duyulardan daha uzun süre ile beyinde kaldığını kabul ederek tasarım yapılmalıdır; davranış, düşünce, duygu ve zihni harekete geçirmek için koku alma duyusunun harekete geçirilmesi için yollar düşünülmelidir.
- **Duyusal güçlendirme - dokunma:** kan basıncını düşürmek, ağrıyı azaltmak, ruh halini iyileştirmek, ajitasyonunu azaltmak ve strese bağlı kortizon ve kalp hızlarını azaltmak için elle keşifler için tasarım oluşturulması (UK Department of Health, 2014).

3.2.1.4. Konfor

Polikliniklerin sosyal alanlarındaki işlevselliği ve iş ve hasta sirkülasyonu kadar bu alanların konforu da çok önemli bir faktör sayılır. Bekleme odası, hastalar için kaçınılmaz bir hayal kırıklığı içeren bir kapsama alanını temsil etmeye başlamıştır. Oturma yönü, aydınlatma ve gürültü de dâhil olmak üzere, bekleme odalarının düzeni ve tasarımı, hasta memnuniyetini ve ağrı deneyimini algılamak için analiz edilmelidir (Sherwin HN, McKeown M, Evans MF, Bhattacharyya OK, 2013). Bunlara ek olarak, sosyal alanlarda, hasta ortamı bakımlı, temiz ve güvenli olması bu alanlarda konforun sağlanması için önem arz etmektedir (Walker, 2013). Bu konuların önemini gösteren bir örnek olarak onkoloji polikliniklerin kemoterapi bölümünde, bireylere bakım ve refahın üst düzeyde olma duygusu veren, iyileştirici ortam yaratmak, fiziksel dolaşım kolaylığı, fiziksel rahatlık ve gevşeme hissi vermek ve sosyal etkileşim fırsatlarına özen gösterilmesi bu alanların mimari özellikleri olarak onkoloji tıp kaynaklarında gerekli sayılmıştır (Patricia Corcoran Buchsel, Connie Henke Yarbrow, 2005).

Çalışmanın bu bölümünde, polikliniklerdeki sosyal alanların tasarımında önem arz eden iç tasarım, ışık ve aydınlatma, görüntü ve manzara, ses ve gürültü, mahremiyet ve havalandırma gibi hastaların konforunu sağlayacak konular ayrıca incelenmiştir.

- İç mekân tasarımı:

Sağlık tesisleri binalarını güzel ve kullanışlı kılan özellikler kadar, giriş ve geçiş alanları olan koridorların geniş, odaların büyük ve ferah, tavanların yüksek olması ve mekânın iyi dekore edilmesi de önemlidir (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011). Malzemelerin, renklerin ve sanatın kullanımı burada önemli bir rol oynamaktadır (Ministry of Health-Netherlands, 2002).

Polikliniklerin sosyal alanlarında ve özellikle bekleme alanlarında önemli konulardan birisi hastalar ve refakatçiler için hazırlanan oturma alanlarının düzeni ve dizimidir. Oturma düzeni seçimi, hastanın rahat bir sosyalleşme düzeyi seçmesini sağlar (Patricia Corcoran Buchsel, Connie Henke Yarbrow, 2005). Gündüz odaları ve bekleme alanları hakkındaki birçok araştırma, oda duvarları boyunca yan yana oturma düzeninin

yaygınlaştırılmasının sosyal etkileşimi engellediğini göstermiştir (Roger Ulrich, Xiaobo Quan, Craig Zimring, Anjali Joseph, Ruchi Choudhary,, 2004).

Yüzey kaplama açısından, bu alanların iç mimari tasarımında zemin duvar ve tavanlardaki kullanılan renkler farklı açılardan öneme sahiptir. Renkler bu alanlarda kullanıcıların üzerinde farklı etkiler yaratabilir:

- Bu mekanlarda çok fazla renk olması kullanıcıları önemli işaretlerden uzaklaştıracaktır.
- Rotaları belirlemeye yardımcı olmak için katlarda renk kullanılabilir.
- Alışveriş, bekleme alanı veya kafe gibi yerler, birleşik bir renk kullanımıyla daha belirgin hale getirilebilir (UK Department of Health, 2014).

Yüzeylerdeki görsel kontrast renk kontrastı kadar önemlidir, çünkü görme bozukluğu olan bazı insanlar benzer tondaki farklı renkleri karıştırırlar. Tek renkli renk şemaları bu nedenle önlenmelidir. Zemin renkleri, duvar renkleri ile görsel olarak kontrast oluşturmalıdır (UK Department of Health, 2014).

- Işık ve Aydınlatma:

İnsanların yaşadıkları kapalı alanlarda, ışık en önemli unsurlardan birisidir. Bu alanlardaki ışık iki türden oluşur: doğal ışık ve yapay ışık. Sağlık tesisleri binalarında hem doğal hem de yapay ışık farklı açılardan öneme sahiptir. Işık hastanelerin hastalarına sağlayabilecekleri en rahatlatıcı şeylerden biridir (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016). Birçok çalışma, hem doğal hem de yapay olan parlak ışığın, depresyon, çırpıntı, uyku bozukluğu, sirkadiyen ritimleri gibi sağlık sonuçlarını iyileştirebileceğini kuvvetle desteklemektedir. Bu güçlü çalışma, artan güneş ışığı yoğunluğuna maruz kalan hastaların stres düzeylerinin düştüğü ve çektikleri ağrıların azaldığını, saat bazında %22 daha az analjezik ilaç aldıklarını ve %20 daha az ağrı kesici ilaca ihtiyaç duyduklarını göstermiştir. Klinik olarak depresyonda ve depresyonda olmayan hastalarda depresyonu azaltmak için ışığı kullanmak, sürekli olarak olumlu sonuçlar verdiği kanıtlanmış göreceli olarak basit bir müdahaledir (Roger Ulrich, Xiaobo Quan, Craig Zimring, Anjali Joseph, Ruchi Choudhary,, 2004).

Mimari tasarım standartlarına göre sağlık hizmeti sunan binada hastaların ve çalışanların bulunduğu tüm alanlar mümkün olduğu kadar gün ışığı almalıdır (Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları, 2011). Doğal ışık özellikle hasta beleme alanlarında her zaman tercih edilen bir konudur (Sprow, 2015). Ayakta tedavi bakım modülleri, öncelikli olarak muayenene odalarında değil, insanların zamanlarının çoğunun geçtiği yerler olan bekleme alanlarında ve hasta temas bölgesinin arkasındaki personel ofislerinde ışık ve görüntü sağlamak için planlanmıştır (Sprow, 2015). Sosyal alanlardaki doğal ışık, hastaları sirkadiyen ritimlere (insanların vücudundaki biyolojik saat) yönelik tutmaya yardımcı olur (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016). Araştırmalar, doğal ışığın iyileştirilmiş uyku düzeni, ağrı kontrolü sağladığı ve hasta stresi ile depresyon üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermiştir.

Doğal ışığın iç alanlara doğru yönlendirilmesi mimari tasarımda uygulanan çözümlerle gerçekleşir. Örneğin, koridorların sonundaki pencereler, binanın yoğun geçişli yerlerindeki derin alanlara doğru olan ışıklıklar, kapı üstü pencereleri ve kapı yanından gelen ışıkları doğal ışık kaynağı olarak kullanılabilir (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

- **Manzara:**

Polikliniklerin sosyal alanlarında insanların bulundukları alanların dışıyla irtibatın kurulması çok önemli faktör sayılır. Araştırmalar, hem personelin hem de hastaların bina içinde ve çevresinde gördükleri şeylerin, stres ve kaygıyı azaltmak ve toparlanmayı sağlamak gibi birçok faydaya sahip olduğunu göstermektedir. İnsanlar etraflarında neler olup bittiğini görmek ve bilmek isterler (UK Department of Health, 2014). Tesisin tasarımı, bireylerin çevreleri üzerinde kontrol hissine sahip oldukları bir ortam sağlayarak gerçekleştirilebilir (Patricia Corcoran Buchsel, Connie Henke Yarbro, 2005). Bu irtibat dışarıdaki manzaraların görünmesi, diğer alanların görünmesi veya iletişim araçlarının (radyo, tv, telefon) kullanılmasıyla sağlanabilir (HOSPITAL BUILDING GUIDELINES, 2002). Doğal ışık, doğa manzaraları ve dış mekâna erişim fiziksel çevrenin tasarımında mümkün olan her yerde göz önüne alınmalıdır (Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları, 2011). Dışarıyı görmenin - sınırlı olsa bile

- yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Önemli görünümleri olmayan yerlerin, doğal ışıklı veya penceresiz olması tercih edilir (UK Department of Health, 2014). Bekleme alanlarında sıralarını bekleyen hastalar etraflarında ne olup bitiğini görmek isterler. Bu, hasta psikolojisi açısından çok önemli bir husustur. Bekleme alanı kapalıysa, kullanılacak olan cam duvarlar hastaların etraflarına hâkim olmalarını sağlar ve klostrofobi (kısıtlama korkusu veya boğulma korkusu) hissetmelerini engeller (Patricia Corcoran Buchsel, Connie Henke Yarbro, 2005). Bunun için, binanın içinden dışarıya bakıldığında rahatlatıcı, göze hoş gelen manzaralar bulunmalıdır (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

- **Havalandırma:**

Polikliniklerdeki sosyal alanların havalandırması hem konfor hem de enfeksiyon kontrolü açısından dikkat edilmesi gereken konulardan birisidir. Bu hususta sağlık tesislerinin her bir alanı için havalandırma ve enfeksiyon kontrolü yönetmeliklerine uyulmalıdır. Ancak mimari tasarım açısından bakıldığında binanın durumuna göre belirli alanlarda doğal havalandırmanın sağlanması tavsiye edilen bir husustur. Doğal havalandırma, kullanımı mümkün olan her yerde teşvik edilir ancak, doğal havalandırma, enfeksiyon sorunlarının kontrolünü tehlikeye atabilecek yerlerde göz önünde bulundurulmamalıdır (UK Department of Health, 2014). Havalandırma sadece mekanik tesisatı hesaplamalarına dayanarak ve mekanik cihazlara bağlı olarak değil, binanın anatomisindeki mekânların formu ve ebatına göre çözümünün üretilmesi gerekir. Örneğin, tavanların gereğinden fazla basık olması, hesaplanan hava akımlarını, ısı seviye ayarlarını, ışıklandırma güçlerini, enfeksiyon kontrolünü bozmakta ve çalışan personel, hasta ve yakınları üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

- **Gürültü ve Mahremiyet:**

Her sağlık tesisi tasarımı, hastaların bakım süreci boyunca mimari programda yer alan ihtiyaçlarla tutarlı bir şekilde uygun seviyelerde hastaların sesli ve görsel mahremiyetini ve saygınlığını sağlamalıdır (American Institute of Architects, 2001).

Genel olarak sağlık tesislerinde gürültü kontrolü, konfor ve mahremiyet açısından yapılmalı ve her alan için bu konunun Gürültü Kontrolü Yönetmeliği'ne uyulmalıdır (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011). Bu doğrultuda bina oryantasyonu ve mimari tasarımda arka plan gürültüsünün dış gürültünün yok edilmesi için dikkate alınır (UK Department of Health, 2014).

Mahremiyet açısından bakıldığında, sağlık tesislerinde mahremiyet hem görsel hem de ses açısından öneme sahiptir. Poliklinik odası bekleme salonuna açılıyorsa hasta ve çalışan memnuniyeti açısından, muayene odası dışarıdan ses almayacak özellikte olup akustik yalıtıma sahip olmalıdır (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

3.2.1.5. Güvenlik Kriterleri

Her sağlık tesisi, hastalar, personel ve halk için güvenli bir ortam sağlamalı ve sürdürmelidir (American Institute of Architects, 2001) ve her hastanenin planlanması belirli risklerin ve güvenlik kaygılarının analizini gerektirir. Bu konu, hem hastanelerin normal günlük prosedürlerinde, hem de hastanelerde tamamen farklı bir ortam yaratan acil durumlar ve felaketlerin ortaya geldiği zamanlarda dikkate alınmalı ve hastaların, çalışanların ve ziyaretçilerin güvenliğini ve bina güvenliğini korumak için tüm sağlık binalarının tasarımında önlemler alınmalıdır (UK Department of Health, 2014). Bu konuyla ilgili, özellikle büyük kamu tesislerinde güvenlik ve bunun hastalar ve ziyaretçiler için arzu edilen açıklıkla dengelenmesi ihtiyacı üzerinde artan bir vurgu vardır (Carr b. R., 2017).

Hastanelerde, hastaların ve personelin sağlık güvenliği her zaman bir öncelik olarak tanımlanmalıdır (Safe Hospitals Indicators, 2010). Sağlık tesislerinde güvenlik ile ilgili standartlar ve düzenlemeler, hastalara, personele ve ziyaretçilere zarar verebilecek güvenlik sorunlarını belirlemek için risk değerlendirmeleri yapılmasını gerektirir. Güvenlik riski değerlendirmeleri, tasarım incelemesi için de etkileşimli bir süreç olabilir (JCI & AIA, 2015).

Sağlık tesislerindeki güvenlik konuları iki ayrı başlık altında incelenmelidir. Birincisi tesislerin günlük kullanımlarındaki hususlar (düşme, mal ve can güvenliği, enfeksiyon

kapma ve benzeri durumlar) ve diğeri acil durumların (yangın, deprem ve benzeri afetler ve felaketler) ortaya geldiği zamanlardaki tesisteki halkın korunması ile ilgili konulardır.

Bu hususlardaki çözümler, uzun ve belirsiz koridorlardan kaçınarak yeterli gün ışığının girmesini sağlayarak ve benzeri mimari çözümler veya güvenlik özelliği olan malzeme ve mobilya kullanımı ve aydınlatma çözümleri gibi iç mimari tasarım konularını içerir (Ministry of Health-Netherlands, 2002) (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016).

Diğer taraftan, acil durumlar veya felaketler sırasında, hastanelerdeki medikal bakım ve diğer kritik sağlık hizmetleri sağlanmaya devam etmeli, ayrıca acil durumla ilgili artan gereksinimlere cevap vermelidir (Safe Hospitals Indicators, 2010). Hastanelerin acil durumlarda hizmet dışı kalmasının olağan nedeni sadece yapısal hasar değil, işlevsel çöküştür (Tintinalli, 2016). Felaketler nedeniyle yerinden edilmiş bir popülasyonun kronik sağlık koşullarının yönetimi, afet sonrası hastalıkların engellenmesine önemli bir katkıda bulunmaktadır. İlaçlardan veya sağlık teknolojisi ürünlerinden mahrum kalma, normal bakım kaynaklarının ve yıkıcı bir olaydan sonra sağlık bakım altyapısının bozulması, hastaların kronik hastalıklarının şiddetlenmesine katkıda bulunabilir (Tintinalli, 2016).

Hastanelerdeki acil durumlar için iki farklı tür acil durum öngörülür: dahili acil durum ve harici acil durum. Bu acil durumların her biri farklı önlemler gerektirir. Dahili bir acil durum (örneğin, bomba korkusu, radyolojik ajanları içeren laboratuvar kazası, elektrik kesintisi) ortaya çıkınca ilk eylem hastaların hastaneden tahliye edilmesidir (Tintinalli, 2016). Harici acil durumlarda ise (salgın hastalıklar, ulaşım kazalarından kaynaklanan toplu kaza olayları ve terör eylemleri, dış kimyasal olaylar, depremler, sel ve diğer doğal afetler) hastanenin dışında oluşan bu durumdan hasar gören ve sakatlanan bireylerin aşırı bir şekilde hastanelere gelmeleri ve hastanedeki günlük işlemlerin kilitlenmesine yol açması söz konusudur (World Health Organization, 2014) (Minnesota Department of Health, 2016) (International Strategy for Disaster Reduction, 2008).

Dolayısıyla tüm sağlık tesislerinin mimari tasarımında, tesisin bulunduğu bölgedeki olası doğal ve insan kaynaklı afetler ve felaketler ve bunların ortaya geldiği zaman tesisin etkilenmesi öngörülmalıdır (American Institute of Architects, 2001).

3.2.2. Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Bulunan Sosyal Alanların

Mimari Tasarımına İlişkin Özel Konular

İnsan, yaşamının yüzde doksanından fazlasını binaların içinde geçirmesine rağmen, yapılı çevrenin insan davranışları, düşünceleri, duyguları ve refahını nasıl etkilediği hakkında çok az şey ortaya konulmuştur (Sarah Robinson, 2015). Bir tesisin tasarımı, onu kullanan insanların duygusal, bilişsel ve kültürel ihtiyaçlarını ve içerdiği programların teknik gereksinimlerini karşılarsa, proje işlevsel olarak başarılı olur. Amaçlandığı gibi çalışan bir bina, kaliteli bir "bütün" yapının temelini oluşturur (Committee, 2018). Hastanenin işlev programında geliştirilen mekânsal gereklilikleri ve psikolojik ihtiyaçlarını belirlemek, bir tesis için mekânsal planlama sürecinin birincil unsurudur (Committee, 2018). Ayrıca sağlık tesisleri için planlama, alan ve operasyonel ihtiyaçlara ek olarak, enfeksiyon kontrolü ve hastaların korunmasına yönelik hükümleri de içermelidir (American Institute of Architects, 2001).

Poliklinik sosyal alanlarının her birinde kullanıcıların belirli psikolojik ve duygusal ihtiyaçları vardır. Bu alanlarda insanileştirme diğer hastane alanlarından daha önemlidir ve mimari kalite konusu en hassas öğelerden biridir. Bu hususların öncelikle kabul ve oryantasyon gereklilikleri dahilinde cevapları bulunmalıdır (Giuseppe Pellitter, Flavia Belvedere, 2010). Çalışmanın bu bölümünde tanımlanan genel hususların uygulanmasında etkisi olan ve o konuların temel kaynağı olan özel konular tanımlanmıştır.

3.2.2.1. Medikal Kriterler

Sağlık hizmetinin verimliliği ve uyum sağlayabilme açısından, klinik biriminin yerleşim düzeni kesin güvenilir tıbbi bir itinaya tabi tutulmalıdır. Bu yönde tasarım sürecinin başında yaratılan ilişki ve akış şemaları, alanın makul bir şekilde programlanmasını sağlayacaktır (Staff, 2018). Sağlık tesisleri binalarında, medikal konuların uygulanabilmesi için çeşitli açılardan tesis işletmesine faydası olan çözümler önerilir.

Örnek olarak, yerleşim planının sağlık standartlarına, tıbbi uygulamalara ve hemşirelik uygulamalarına zarar vermemesi koşuluyla bazı işlevler birleştirilebilir veya paylaştırılabilir (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011).

Üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanların mimari tasarımında kronik hastalığın etkileri ve medikal konular farklı ama bir birine bağlı yönlerden incelenebilir:

-Hastanın Zafiyeti

Hastalıkların hastaları zayıflatan etkileri her hastalık için farklı olur. Bu negatif etkiler için ortopedi hastalarının hareket kısıtlılığı, göz hastalıkları olan bireylerin görme kısıtlılığı ve tüm hastaların enfeksiyonlara karşı zayıflamaları örnek verilebilir. Bu kısıtlılıklar geçici veya kalıcı olabilir.

Genel olarak kronik bir hastalık, bu özelliklere sahip olursa, kronik hastalık olarak tanımlanır: kalıcılık; sakatlık; patolojik olmayan değişiklik; rehabilitasyon gerekliliği veya uzun bir denetim, gözlem ve bakım süresi (Ilene Morof Lubkin, 2013). Kronik hastalığın bu özellikleri, hastaların üzerinde bıraktıkları etkiler, üçüncü basamak hastane polikliniklerinde önemli sayılıp bu tesislerin tüm alanlarının mimari tasarımında dikkate alınarak, gereken önlemler alınmalıdır.

-Medikal İşlem Türü

Medikal işlem ve tedavi açısından bakıldığında, bu polikliniklerde kronik hastalıkların tedavisi ile ilgili, kronik olarak kabul edilen çok farklı durumlar vardır ve her durumda etkilenen bireyler çok farklı bakım hizmetlerine ihtiyaç duyarlar. Örneğin, alzheimer hastalığı, serebral palsy, kalp hastalığı veya omurilik hasarı olan kişileri düşünüldüğünde bu kişilerin her birinin kendine özel fiziksel ihtiyaçları vardır ve her biri akut bakım sağlamaya yönelik olarak sağlık sisteminden farklı hizmetlere ihtiyaç duyarlar (Ilene Morof Lubkin, 2013) . Başka bir örnek olarak tedavi yapılan alanlar ve tahlil yapılan alanlardaki fiziki alan ihtiyacı hastaların durumu ve işlem süreci gibi faktörlere bağlı olup farklılık ortaya koymaktadır. Veya başka bir örnek olarak yapılan prosedürler arasında “invazif” olan ve “invazif olmayan” medikal prosedürlerin

birbirinden farklı fiziki alan ihtiyaçları vardır. (“invazif” prosedür, genellikle cildi keserek veya delerek ya da vücuda alet sokarak yapılan, vücuda müdahale edilen (girilen) tıbbi bir işlemdir ve “invazif olmayan” prosedürler cildi kesen veya fiziksel olarak vücuda giren araçları içermez.)

-Tedavinin Yan Etkileri

Genel olarak kronik hastalıkların tedavisi karmaşık ve devamlı bir sürece sahip olduğundan tanımlanır. Bu komplike tedaviler hastaları, onların hastalıklarının türü, seviyesi ve tedavi yöntemine bağılı olarak, farklı yönlerden olumsuz etkiler.

Bunların örneklerinden ayakta cerrahi olan hastaların geçici hareket kısıtlılığı ve anestezi sonrası etkileri veya endoskopi ve böbrek taşı kırma gibi işlemlerin bölgesel uyuşturma etkileri sayılabilir. Ayrıca kanser hastalığı tedavisindeki hastaların vücutlarındaki değışiklikler örnek gösterilebilir. Büyük değışikliklerden biri, bu tedavilerin hastanın bağıışıklık sistemini zayıflatmasıdır; bu da hastanın enfeksiyon kapma olasılığını artırabilir. Buna ek olarak radyasyon tedavisi alan hastalarda cilt tahrişı veya saç dökülmesi, kusmalı veya kusmasız mide bulantısı, yorgunluk ve hafıza kaybı sorunları bulunur (Radiation Therapy Service Design, 2008) . Sistemik radyasyon tedavisi alan hastaların, radyasyonun vücutlarında yayılma durumu olduğu için bu süre zarfında diğeri insanlarla temaslarını sınırlamaları gerekebilir ve özellikle 18 yaşından küçük çocuklarla ve hamile kadınlarla temastan kaçınmaları gerekebilir (Radiation Therapy Service Design, 2008). Nadiren, radyasyona maruz kalmadan kaynaklanan ikinci bir kanser ortaya çıkabilir (CDC, 2018). Kemoterapi tedavisi ise saç dökülmesi, bulantı ve kusmaya neden olabilir (Chemotherapy and hair loss, 2018) (Saint, 2015).

-Enfeksiyon Kontrolü

Enfeksiyon kontrolü, her zaman herhangi bir hastane için yüksek önceliktir (HEALTH CARE AT THE CROSSROADS, 2008). Sağıık tesisleri, binanın genel tasarımının iyileşme sürecine katkıda bulunan ve sadece tedavinin gerçekleştiğı bir yer olmaktan ziyade, sağııkla ilişkili enfeksiyon riskini azaltan tedavi edici bir ortam sağlamalıdır (UK

Department of Health, 2014). Sağlık hizmetleri bağlamında özel önem taşıyan yapılar, sağlık hizmeti ile ilgili enfeksiyonların azaltılmasıyla ilgili yönetmelik, kılavuz ve en iyi uygulamaların dâhil edilmesi için tasarım özetinin bir gerekliliğidir. Sağlık hizmetleriyle ilgili brifing, planlama, tasarım, tedarik, inşaat, işletmeye alma ve devam eden bakımın nasıl yapıldığına dair enfeksiyon kontrolü açısından net bir anlayışa sahip olmak hayati öneme sahiptir (UK Department of Health, 2014).

-Ağrı / Acı Çekme

Hastalıkların ortak etkilerinden birisi ağrıdır. Ağrı, gerçek veya muhtemel hasarlı dokular tarafından görülen hoş olmayan bir fiziksel duyudur. Birisi yaralanma, hastalık ya da ciddi zihinsel ya da duygusal sıkıntı çekiyorsa temel olarak ağrı çekiyordur (Naheed Ali, Moshe Lewis, 2015). Ağrı hem kronik hastalığın neticesinde hem de tedavi işlemlerin sonucunda hastalarda bulunan en yaygın histir.

Hastalıktan dolayı hissedilen ağrı birçok faktörden etkilenebilir. Örneğin, ailesi olmayan veya destek ağı olmayan bir kişi ağrıyı şiddetli olarak algılayabilirken, etrafındaki destekçileri olan kişi daha az ağrı hissedebilir. Bazıları ağrı çekerken geri çekilmeyi, diğerleri ise insanların dikkatini dağıtma ve etraflarındaki etkinlikleri tercih eder (Naheed Ali, Moshe Lewis, 2015).

Ayrıca, fiziki çevre bir kişinin belirli bir olaya nasıl tepki gösterdiğine bağlı olarak ağrıyı şiddetlendirebilir. Örneğin odadaki çok fazla ışık veya gürültü nedeniyle yeterli uyuyamayan kişinin kronik ağrıları şiddetlenebilir. Bazıları, ortam sıcaklığındaki ani bir değişiklik nedeniyle kas ağrısı yaşayabilir. Günlük stres normalde bir insanın çevresindeki çevresel faktörlerin bir sonucudur. Yoğun bir hastane lobisi gibi yabancı bir ortam, sesleri, ışıkları ve etkinliği ile ağrının etkilerini artırabilir (Naheed Ali, Moshe Lewis, 2015). Hastaların ağrıyı şiddetlendiren çevreye bağlı olan etkenlerin tesirini yok etmek için sağlık tesislerinde alttaki örnek çözümler kullanılır:

- Vücut sıcaklığının, hava sıcaklığına bağlı olarak soğuk veya sıcak tutulması
- TV izleme, kitap okuma gibi kendi kendine dikkat dağıtma (Naheed Ali, Moshe Lewis, 2015).

3.2.2.2. Psikolojik Faktörler

Mimari tasarımın en önemli amaçlarından birisi, kullanıcıların insan-çevre etkileşim sisteminden psikolojik olarak memnun kaldığı ortamlar yaratmaktır. Fiziksel çevre organizasyonunun, özellikle hastane binaları gibi halka açık yerlerde, insanların psikolojik ihtiyaçlarını karşılaması açısından çok önemlidir (Garip, 2011). Bir kişi kendini hasta olarak tanımladığında, farklı davranışlar gösterebilir. Bu davranış, tıbbi tedavi aramak kadar basit veya bireyin teşhise verdiği duygusal tepki gibi karmaşık olabilir (Ilene Morof Lubkin, 2013). Ciddi hastalığı bulunan hastalar, durumu hakkında kötü haber duyduğunda, onların ilk başta duygusuz kalması, ölümle ilgili haberi kabullenmemeleri, sakin karşılamaları mümkündür (Coping with a terminal illness, 2017). Kritik hastalık sırasında, ortaya çıkan duygusal yüklere ek olarak, hastaların ve aile üyelerinin de sahip olduğu birçok kaygı vardır (Saint, 2015). Birçok aile, sevilen birinin hastalığı sırasında hastanın veya bakıcının çalışamaması nedeniyle, gelirini kaybeder, buna bağlı finansal kaygılar yaygındır. Birçok aile üyesi sevilen birinin hastaneye yatışı veya ölümü sırasında ve sonrasında anksiyete, depresyon ve birçok semptom yaşayabilir (Saint, 2015). Zaman geçtikçe, bu bireyler farklı duygular yaşayabilirler. Şok, korku, öfke, kızgınlık, inkâr, çaresizlik, üzüntü ve hayal kırıklığı gibi kötü duyguların bir kısmını veya tamamını hissetmeleri normaldir. Ayrıca, etraflarında aileleri ve arkadaşları olsa bile kendilerini terkedilmiş ve yalnız hissedebilirler. Bu duyguların hepsini yaşamayabilirler ve belirli bir sırası da yoktur. Her ne hissedерlerse hissetsinler bunu tek başına karşılamak zorunda değildirler (Coping with a terminal illness, 2017). Bu özel psikolojik durumda, herkes yaşadıklarından bahsetmek istemeyebilir. Bazı insanlar ilk başta bunun hakkında konuşmak istemeyebilir ve bu normaldir. Bununla birlikte, ölümcül (bazen terminal veya yaşamı sınırlayan olarak adlandırılır) teşhisler anksiyete ve korkuları ortaya çıkarabilir ve bunlar hakkında konuşmak başa çıkmanın imkânsız olduğu hissine kapılmamaya yardımcı olabilir. Hastalar, eşleri, aileleri, arkadaşları, doktorları veya hemşireleri, danışmanları veya din adamları ile konuşmak isteyebilirler (Health Direct, 2018).

Hastaların psikolojik durumu onları fiziksel yönden olumsuz etkileyebilir. Bu durumu daha iyi anlamaya çalışmak amacıyla yapılan bir dizi çalışma şu bağlantıyı ortaya

koymaktadır: Ağrı, depresyona ve anksiyeteye neden olurken depresyon ve anksiyete ağrıyı arttırır. Sonuç olarak bireyin sosyal hayatı farklı derecelerde bozulmaya başlar. Ağrının sosyal etkilerine daha derinlemesine bakıldığında kaçınılmaz olarak depresyonun ve anksiyetenin ağrı, zarar verici etkilerinin ele alınmasına yol açar (Naheed Ali, Moshe Lewis, 2015).

Psikolojik ağrıya benzer şekilde, ruhsal faktörler fiziksel ağrı ile ilişkilendirilebilir. Ağrı, duygulu bir insanın varlığını anlamsız hissetmeye başlamasına yol açabilir. Bu kişinin yaşama duygusu incinmeye devam eder. İnsanlar yalnızca ağrı çekerek zarar görmezler; amaçsızlık veya anlamsızlıkla mücadele ederler. Yaşlı kişiler, gençlerle karşılaştırıldığında anesteziyelerden daha uzun süreyle etkilenirler. Gençlerin tedaviden daha fazla beklentileri olabilir veya daha önce ciddi bir ağrı yaşamamış olabilirler. Genç hastalar arasında tedaviden duyulan memnuniyetsizliğin daha yaygın olmasının nedeni buna bağlanabilir. Yaş arttıkça hastalar tarafından tolere edilen ağrının miktarı azalır (Naheed Ali, Moshe Lewis, 2015).

Kronik hastalık, öngörülemeyen çelişkilerle doludur. Akut aşama geçmiş olsa bile, hastanın iyileşme enerjisi, hastalığın gelecekteki seyri, tıbbi tedavilerin etkinliği ve normal yaşam biçimlerinin bozulması konusundaki belirsizlikler yüzünden bozulabilir. Ağrı; depresyon ve anksiyete gibi psikolojik hastalıkların temelindeki ve bunlara katkıda bulunan nedenlerden biridir. Birbirini takip eden ağrı ve depresyon kısır bir döngü oluşturur.

1950'lerin sonlarında psikoloji biliminde yeni bir çalışma alanı olan mimari psikolojisi ortaya çıktı. Çalışma alanı, fiziksel çevreye ve çevrenin kalitesini belirlemeye yardımcı olan konunun doğrudan duyuşsal aktivitesini içeren özel faktörlere karşı davranış tepkileridir. Hem mimarlar hem de tasarımcılar, tasarım kararlarının 'psikolojik etkilerini' dikkate almalıdır. Mimari psikolojinin bir diğer konusu da fiziksel mekânın insanlaştırılmasıdır. Hastane binaları durumunda her şeyden önce hasta üzerine odaklanılmıştır. Fiziksel ve duyuşsal ihtiyaçları ile tamamen insan olarak kabul edilir. Hastane binası, yalnızca işlevsel bir bilgi, tedavi teknolojileri merkezidir ve aynı zamanda mesleki ve insani ilişkilerin bir arada bulunduğu yerdir (Giuseppe Pellitter,

Flavia Belvedere, 2010). Birçok bilimsel hasta merkezli araştırma kaçınılmaz şekilde hastalığı takip eden psikolojik sıkıntının hastanın psikolojik ihtiyaçlarını destekleyebilecek bir ortamla dengelenebildiğini göstermiştir. Hastanın psikolojik bakımdan iyi olması, örneğin ışık, dış manzara, sanat, bahçelere erişim, vb. birçok faktöre bağlıdır. Mimari tasarımda hastanın kaygı duymadan yaşayabileceği bir ortamı hazırlamak amacı ile bu hususlar dikkate alınmalıdır (Giuseppe Pellitteri, Flavia Belvedere, 2011).

Stres, hasta bakım sürecine çok önemli zararlar verebilir. Tesisin tasarımı hastanın, ailenin ve personelin stresini mümkün olduğunca azaltacak şekilde yapılmalıdır. Bu hedefleri desteklemek için araştırma ve kanıta dayalı materyaller mevcuttur ve tasarım sırasında kullanılabilir (American Institute of Architects, 2001). Genel olarak kronik hastalığı olan hastalar ve ailelerine destek vermek için tıbbi literatürde alttaki yöntemler önerilmektedir:

- Ruhsal ve Dini Destek
- Psikososyal Destek
- Çocuklu Ailelere Destek
- Palyatif Bakım (Saint, 2015), (Ilene Morof Lubkin, 2013)

3.2.2.3. Sosyokültürel Faktörler

Sağlık hizmeti sunumu tüm dünyada aynı hizmet özelliğini, tıbbi cihazları ve klinik uygulamaları taşıyor gibi görünmesine rağmen, ülkeler arasında kültürel farklılıkların bulunması nedeni ile mimari tasarımın her ülkede farklılık göstermesi gerekir (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011). Bunu dikkate almaktan amaç, kültürel anlamda duyarlı bir sağlık ortamı meydana getirerek değişimi sağlamaktır (Health Services Planning Unit, 2012). Hastanın hastalık algısı, hastalığa toplumdaki bakış açısı ve hastane ortamındaki insanların sosyal davranışları sağlık tesislerinde dikkate alınacak üç farklı konudur.

Kronik hastalığı olan bireylerin beklentileri birçok insanın günlük sosyal beklentilerinden çok önemli farklılıklar gösterir. Hastalıkla ilgili inanç sistemleri,

kişinin kronik hastalık hakkındaki tutumlarını tanımlayan kültürel bir ortam oluşturur. Hastalığın kaynağı, potansiyel tedavi ve olası sonuçlarla ilgili anlama veya yanlış anlamaların tamamı bu inanç sistemlerinden etkilenir (Ilene Morof Lubkin, 2013). Örneğin ağrı çeken bir hastanın yaşadığı ağrıyı yorumlama şekli, kültür ve inanç sistemlerinden büyük ölçüde etkilenir, bu nedenle ağrı konusunda bir kültürel gruptan diğerine farklılık gösteren çok geniş kapsamlı ve farklı yorumlar yapılır (Naheed Ali, Moshe Lewis, 2015). Ağrı ile başa çıkma konusunda stoizme değer veren kültürlerden gelen insanlar da tam olarak ne hissettiği konusunda çoğunlukla tek görüşte değildir. Ağrıyı itiraf etmenin veya ağrı belirtileri göstermenin zayıflık olduğunu düşünebilirler. Bu nedenle, ağrıyı gizlerler ve yüzlerinde ağrının görünmemesi için bilinçli bir çaba harcarlar (Naheed Ali, Moshe Lewis, 2015). Bazı kültürlerde, hastalar sorulduğunda ağrı hissettiklerini bile inkâr edebilirler. Bununla birlikte, diğer kültürel gruplardan bazı insanlar hissettiği ağrıları tam olarak açıklama eğilimi gösterebilir. Bazı kültürel gruplar, ağrılarını inleyerek, yüzünü buruşturarak, çığlık atarak ve uluyarak ifade etmenin ağrının hafiflemesine ve azalmasına yardımcı olduğuna inanmaktadır (Naheed Ali, Moshe Lewis, 2015).

Sosyal davranışlar açısından bakıldığında, toplumda insanlar eşit ve istenen bir birey olmayı beklerler. Bazı toplumlarda kronik rahatsızlıkları olan bireyler hastalıklarından dolayı yanlış davranışlarla karşılaşabilirler. Bu davranışlar, hastalıktan kaynaklanan deformasyonlar, göze görünür hastalık belirtileri ve hastalığın kaynağı hakkındaki düşüncelerden kaynaklanır ve hastalarda başarısızlık, değersizlik ve saygısızlık gibi çok güçlü olumsuz duygular oluşturur. Bu hastaların kendilerine olan “dışlanmışlık” duygusunu yok etmek ve aksine, onlarda “kabul edilmiş” hissi yaratmak çok önemli bir görev sayılır (Ilene Morof Lubkin, 2013).

Ayrıca, hasta bakımı açısından, kültürel olarak yeterli bakımı sağlamak göz korkutucu bir görev olmakla birlikte sağlık hizmetleri “herkese uygun tek beden” yapısına sahip değildir ve sağlık hizmetleri uzmanları kültürel açıdan yeterli bakımı sağlamak için ilave adımlar atmalıdır (Ilene Morof Lubkin, 2013). Hasta merkezli bakımda diğer kültürel farklılıklar da bulunur. Tayland kültüründe aile, günün 24 saati hastanın

başında kalır, beslenme ve kişisel destek konusunda ona yardımcı olur. Ancak, ne Taylandlı hasta, ne de aile üyesi genellikle karar alma sürecine katılmaz, kararı vermek eğitim düzeyine son derece saygı duyulan doktora aittir (The Joint Commission, 2008). Bir ülkede, hastanın kendi bakımında yardımcı veya ailelerinin bulunmamasını istemeyebileceklerini kabul etmek de önemlidir. Yardım seviyesi değişebilir - bazı hastalar 50/50 yardım isteyebilirken diğerleri çok daha az isteyebilir (The Joint Commission, 2008).

Bu nedenle sağlık tesislerinde hastaların bulundukları alanlarda bu bireylerin sosyokültürel açıdan davranışsal özellikleri, bu mekânların mimari tasarımında önemli rol oynar. Mahremiyet, cinsiyet ayrımı ve sosyalleşme şekli gibi özellikler, toplumdan topluma değişir (UK Department of Health, 2014). Bu konu özellikle hastalar ve hasta refakatçilerinin sosyal alanları gibi pek çok insanın bir arada bulunduğu mekânlarda daha da önemli sayılır.

Geleceğin hastanesi için, hastanın kişisel beklentilerine, kültürel inançlarına ve geleneklerine ve dil gereksinimlerine uygun şekilde bakım daha fazla kişiselleştirilmelidir. Hastaların bakım ihtiyaçlarını ve beklentilerini ortaya koyarken hastaneye başvuru sırasında bu konuları kapsayan bir görüşmede bulunması gerekebilir (The Joint Commission, 2008). Klinik ve bekleme alanlarının planlama kararlarında hastanın kültürü, mahremiyet, utanma ve aynı cinsiyetle birlikte konaklama açısından tercihleri dikkate alınmalıdır. Hastaların mahremiyetinin ve saygınlığının, özellikle kıyafet değiştirme, alt bekleme ve tedavi tesisleri arasındaki aktarma noktalarında korunmasına öncelik verilmelidir ve bazı durumlarda kadınların ve erkeklerin ayrılması gerekir. Bu, operasyonel olarak ayrı tesisler sağlayarak veya esnek tasarım yoluyla başarılabılır (UK Department of Health, 2014). Tedavi veya prosedürü uygulamak için gerekli alanı hesaplarken insanların davranışlarını etkileyen kültürel ve sosyal gelenek ve tercihlerin dikkatli biçimde değerlendirilmesi gerekir. Örneğin, kadınlar ve erkekler için ayrı alanların açılması, bazı bölgelerde ve ülkelerde diğerlerinden daha önemli olabilir (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017). Diğer bir örnek olarak küçük esnek gruplar halinde düzenlenmiş konforlu

hareketli mobilyalarla donatılmış salonlar, günlük odalar ve bekleme odaları sağlayarak, sosyal etkileşim seviyelerinin ve muhtemelen faydalı sosyal desteğin arttırılabileceğine dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Roger Ulrich, Xiaobo Quan, Craig Zimring, Anjali Joseph, Ruchi Choudhary,, 2004).

3.3. Bölüm Sonucu

Çağımızda, sağlık tesislerinde bulunan sosyal alanların, hastaların iyileşme sürecindeki olumlu etkisi ve bu etkinin hastane polikliniklerinin mimari tasarımında önemli role sahip olduğu kanıtlanmıştır. Üçüncü basamak hastane polikliniklerinin anatomisi, bu polikliniklerde gerçekleşen eylemlere göre şekillenir. Aynı şekilde bu anatominin içinde bulunan girişler, lobiler, bekleme alanları, koridorlar, özel ihtiyaç alanları, mağazalar ve benzeri sosyal alanların şekli tanımlanan aktivitelere göre belirlenmiştir. Hastalar ve refakatçilerin en çok zaman geçirdikleri bu alanlarda herhangi bir medikal işlem yapılmaz ancak, bu alanların tasarımında da pek çok standart ve yönetmeliğe tabii olunmalıdır. Mimari tasarım standartları ve sağlık tesisleri ile ilgili yönetmeliklerde bu alanların mimari tasarımı için alan organizasyonu, ebat, donanım ve yapı fiziği gibi özellikler ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Ayrıca mimari tasarım yönetmeliklerinde ve pek çok araştırmada sağlık tesislerinin geneli ve özellikle polikliniklerin sosyal alanlarının fiziki olarak verimli olmaları için bazı özel konuların dikkate alınması vurgulanmıştır. Bu çalışmada, bahsi geçen konuların üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımındaki rollerini tanımlamak için bu konular; “medikal kriterler”, “psikolojik faktörler” ve “sosyokültürel faktörler” açısından araştırılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde tanımlanan üçüncü basamak hastane polikliniklerinin türleri, işlevi ve bu polikliniklerin kullanıcılarının özelliklerine bakınca, bu özelliklerin her bir poliklinikte farklı ihtiyaçlarının olduğu ortaya çıkmaktadır. Mimari tasarım yönetmeliklerinde bu tesislerdeki sosyal alanların mimari tasarımıyla ilgili her ne kadar ayrıntılı tasarım standardı ve mimari özelliği zorunlu kılınsa da, bu standartların her bir tesiste farklı fiziki alan ihtiyaçlarının öngörülmesi için yetersiz kaldığı kanıtlanmıştır.

Medikal faktörler açısından bakıldığında:

- Her bir kronik hastalık ve o hastalıkların tedavi yöntemleri, hastalar üzerinde farklı fiziksel ve mental etkiler bırakır.
- Kronik hastalığın etkileri hastaların yaş grubu, cinsiyeti ve diğer demografik özelliklerine göre değişir.
- Her bir kronik hastalığın tedavi süresi ve sürekliliği, tedavi yöntemi ve tedavi aşamalarındaki refakatçi bulundurma durumu, diğer hastalıklarla ve o hastalığın farklı aşamalarında değişik özellikler gösterir.

Bunlara örnek olarak, bir kronik hastalık ileri aşamalara geldiğinde, hastalar fiziksel açıdan daha zayıf, psikolojik açıdan daha tedirgin olurlar, o nedenle, hem hasta ve hem sağlık sistemi açısından tedavi aşamalarında refakatçiye olan ihtiyaçları daha fazla olur. Ancak aynı hastalığın olumlu tedaviler neticesinde iyileşip ve dönemsel kontrol aşamalarına geldiğinde, hastalarda daha az fiziksel zafiyet görülür ve psikolojik açıdan daha iyi durumda olurlar. Daha sonra bu hastaların polikliniklere dönemsel müracaatlarında refakatçi bulundurma durumu çok görünmez. Bu durum farklı yaş gruplarında değişir. Özellikle ergin olmayan hastalar, engelli hastalar ve yaşlı hastalarda refakatçi sayısı daha fazladır. Başka bir örnek olarak, sosyal alanların türü açısından bakınca, çocuk kardiyoloji polikliniğindeki hastalar için bulunan sosyal alanlar, yetişkin kardiyoloji bölümündeki sosyal alanlardan farklı olur. Veya sosyal alanların kapasitesi açısından bakınca, çocuk kardiyoloji polikliniğinde, hasta refakatçisi tanı ve tedavi işlemlerinde sürekli hastanın yanında olur ama yetişkin kardiyoloji polikliniğinde, hasta refakatçisi bu sürede sosyal alanlarda zaman geçirir. Ayrıca, çocuk kardiyoloji polikliniğindeki çocuğa refakatçi olan ebeveynlerin diğer çocukları da onlarla birlikte bu poliklinikte bulunabilir.

Psikolojik faktörler ise, bir taraftan medikal faktörlere bağlı olup, diğer taraftan hastaların profiline bağlı olarak değişebilir. Her bir hastalık, farklı aşamalarda hastaların üzerinde farklı psikolojik etki bırakır. Bu etki hastanın profiline göre değişir. Buna örnek olarak en tanınmış kronik hastalık olan kanser, on beş yaş altında bir genç,

küçük çocuk sahibi bir anne ve yetmiş beş yaş üzerinde bir yaşlı bireyin hayatını farklı şekilde etkiler ve üzerinde değişik olumsuz duygular ve psikolojik etkiler yaratır.

Bu iki faktör her ne kadar bilimsel açıdan medikal ve psikolojik özelliklerine göre sınıflandırılırsalar da farklı kültürlerde değişik durumlar ortaya koyabilir. Farklı kültürlerdeki hastalık algısı, ailenin hastalık sürecindeki rolü, toplumun hastalığa bakışı ve hastaların sağlık ortamındaki sosyalleşme şekli değişik özellikler arz eder.

Bu bölümde incelenen mimari tasarım standartlarındaki genel hususlar ve özel konular, birbirinden ayrı olarak tanımlanmalarına rağmen, hepsinin ortak ve örtüşen ve bazen birbirini tamamlayan yönleri bulunmaktadır. Örneğin polikliniklerin sosyal alanlarındaki geçiş alanlarının engelli bireyler için uygun şekilde tasarlanması, aynı zamanda bu alanlardaki yaşlı ve çocuk hastalar ve tüm kullanıcılar için ulaşımın uygun hale gelmesini sağlayacaktır. Veya, işlevsellik açısından, sosyal alanlardaki bölümlerin uygun bölünmesi, aynı zamanda hasta ve refakatçinin kolay sirkülasyonunu sağlar, alanlardaki enfeksiyon kontrolünü kolaylaştırır ve ayrıca poliklinikte oluşan dahili acil durumlarda bu alanların hızlıca tahliye edilmesini sağlar. Başka bir örnek olarak, hastalar ve refakatçilerin sosyokültürel özelliklerinin dikkate alınması, bu kullanıcıların psikolojik ihtiyaçlarının bertaraf edilmesini kolaylaştırır. Bu hususta, kullanıcıların sosyokültürel ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için, tasarım standartlarından farklı alan özelliklerine veya polikliniklerde yeni alanlara ihtiyaç duyulması büyük bir olasılıktır.

Aslında bu üç konunun (medikal kriterler, psikolojik faktörler ve sosyokültürel faktörler) üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimarisindeki durumu bir döngü olarak algılanabilir. Bu alanlarda hastaların sosyokültürel özellikleri ve profilinden kaynaklanan ihtiyaçları öngörülmediğinde, onların psikolojisi olumsuz etkilenir. Hastalar psikolojik olarak olumsuz etkilenirlerse onların iyileşme süreci de olumsuz etkilenir.

Sonuç olarak her bir üçüncü basamak hastane polikliniğinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımı; ilgili yönetmeliklerde zorunlu kılınan standartlara ve her bir mekânın içinde gerçekleşen aktivitelere tüm açılardan uygun hale getirilmesi için

oluşturulmuştur. Ancak, bu mekânsal uyumun tam bir şekilde sağlanabilmesi için, kullanıcı özellikleri de ayrıca dikkate alınmalıdır. Bunlara ek olarak, günümüzdeki kronik hastalıklar bakımındaki bakım sürekliliği ve hasta bilgilendirme ve eğitimi bu hastalıkların bakımındaki temel unsurlar olarak ön planda tutulmalıdır. Bu konular ve kullanıcı özelliklerinin gerektirdiği fiziki alan ihtiyaçları her bir üçüncü basamak polikliniği için farklı olacaktır. Araştırılan literatüre bakıldığında, bu konular genel bir şekilde standartlarda tavsiye edilmiş özellikler veya her biri farklı bilimsel araştırma konusu olarak bulunmaktadır. Ancak, bu konular üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanların mimari tasarımında uygun, kapsamlı ve entegre edilmiş bir biçimde yansıtılması için tasarım kriterleri şeklinde sınıflandırılmaları daha faydalı olabilir.

Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Bulunan Sosyal Alanların Mimarisine Yönelik Tasarım Yaklaşımları ve Örneklerin İncelenmesi

Sağlık sektöründe daha iyi tasarımlara olan ilgi büyük bir dalga haline gelmiştir (ERGENOĞLU, 2006). Mimari tasarımın hedefi, bir projenin amacını doğru bir şekilde formüle ederek, program gereksinimlerinden ilham alarak, uygun maliyetli, güvenli, sürdürülebilir, erişilebilir fonksiyonel ve işlevsel bir çözüme ulaşmaktır (Subcommittee, 2016). İyi hastane tasarımının fonksiyonel gereklilikleri, çeşitli kullanıcılarının insan ihtiyaçları ile bütünleştirir. Hastane projesini tasarlayan mimar, genel olarak tasarıma doğrudan katkıları olmayan hastalar, ziyaretçiler, destek personeli, gönüllüler ve tedarikçiler için bir savunucu olmalıdır (Carr R. F., 2017).

Günümüzde, sağlık tesislerinde kronik hastaların kapsamlı, şefkatli ve kaliteli bakım talepleri ve bu hizmetlerin sunumunda mekânsal uygunluğun sağlanması önemli hususlardan biridir (Patricia Corcoran Buchsel, Connie Henke Yarbro, 2005). Geçmişte bulaşıcı hastalıklar başlıca sağlık sorunuymdu, medikal bakım ve hijyen, iyileşme ve tedavi ortamının temel özelliğiydi. Hijyen önemini en üst seviyede devam ettirmektedir, ancak hastanın iyileşmesi için hoş, kolay anlaşılır ve konforlu bir ortamın değeri gittikçe daha fazla anlaşılmaktadır (Carr b. R., 2017).

Sağlık bakım ortamının iyi tasarımı, temel fonksiyonel ihtiyaçların farkındalığı ile başlar, ancak bununla bitmez. Belirsizlik, bağımlılık ve stres zamanlarında söz konusu tesisleri kullananların duygusal ihtiyaçları da karşılanmalıdır. Ciddi hastalığı olan hastalar üzerindeki çalışmalar, sürekli olarak bu hastaların sağlık sisteminden neye ihtiyaç duyduklarını ve istediklerini göstermiştir:

- Ağrı ve diğer semptomlardan kurtulma;
- Hastalıkları, prognozları ve tedavi seçenekleri hakkında açık iletişim

- Bu ihtiyaçlara y6nelik psikososyal, manevi ve pratik destek sunmak (Saint, 2015).

Sağlık tesislerinin tasarım s6reci, son yıllarda ilgi çeken ve farklı bakış açıları uyandıran bir konudur. Birçok araştırmacı, mimarın bir mimari 6retime ulaşmak için takip ettiği bir s6reci tanımlamaya çalışmıştır. Burada asıl soru bir tasarımcının nihai tasarıma ulaşmak için takip ettiği yol s6recidir (Mojtaba Parsaee, Parinaz Motealleh, Mohammad Parva,, 2016). Son yıllarda sağlık tesisleri mimarisi; mimari, bilim ve sanat içeren geniş kapsamlı bir alana d6n6řm6řt6r. Çok kapsamlı ve ayrıntılı tasarım standartlarına ek olarak sayıları giderek artmakta olan bilimsel araştırmalar bu tesislerin tasarım s6recine dâhil edilmiştir. Ayrıca pek çok sanatsal yaklaşımlar sağlık tesislerinin tasarımında gelişmeye başlamıştır. Bunların hepsinin tek odak noktası; kaliteli ve verimli sağlık hizmeti alanı hazırlayarak hastaların iyileşme s6recinin hızlandırılmasıdır. Bu doğrultuda sağlık tesisleri tasarımının belirli yaklaşımlar kapsamında y6r6t6lmesi, ağdaş sağlık tesisleri tasarımında takip edilmektedir. Çalışmanın bu b6l6m6nde başta gelen sağlık tesisleri tasarım yaklaşımları ve bu yaklaşımlar kapsamında tasarlanan 6rnek 66nc6 basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanlar incelenmiştir. Bu incelemenin amacı tasarım yaklaşımlarının kapsamında, 66nc6 basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanlarının verimli olabilmesi için tasarım standartları ve farklı yenilikçi mimari 6z6mlerin kullanma şeklini tanımlamaktır.

4.1. 66nc6 Basamak Hastane Polikliniklerinde Bulunan Sosyal

Alanların Mimarisinde ağdaş Tasarım Yaklaşımları

Sağlık tesislerinin tasarımı, mimarinin ayrı bir parçası olarak “healthcare design” adıyla 1990lı yıllarda mimari tasarımdan ayrılan bir branşa d6n6řm6řt6r. Bu branş; mimari, tıp, psikoloji ve birçok bilim alanını içermektedir. G6n6m6zde bazı 6niversitelerde farklı bir dal olarak eğitimi verilmektedir. Sağlık tesisleri tasarımında farklı yaklaşımlar takip edilmektedir. Bu b6l6mde g6n6m6zde en çok takip edilen yaklaşımlar mimari ve tıp literat6r6nde incelenmiştir.

4.1.1. Kanıta Dayalı Tasarım (Evidence Based Design)

Tıbbi terminolojide, “kanıta dayalı bakım”, basit olarak araştırma sonucunda elde edilen mümkün olan en iyi medikal kanıt ve hasta ihtiyaçlarının bütünleştirilmesidir. Bu durumda hastanın ihtiyaçları, özellikle hastaların klinik deneyimlerine getirdiği beklenti ve bu beklentilerin gereksinimleri ön planda tutulur (Ilene Morof Lubkin, 2013).

Yirmi birinci yüzyılın başından beri “healthcare design” terimi, “evidence based design” terimine dönüştürülmüştür. Bu terim sadece sağlık tesislerinin mimari tasarımının tanımıdır. Kanıta Dayalı Tasarım (KDT), tasarım sürecinde verilen kararlar için araştırmaya dayalı bilgiler sağlayan karar verme yaklaşımıdır (JCI & AIA, 2015). Bu tasarım yaklaşımı, sonsuz bir bilgi toplama sürecidir. Bu doğrultuda birbirini tamamlayan farklı ve kapsamlı çalışmalar mimari tasarım sürecinde güvenilir kararların alınmasını sağlar (Franklin Becker, Kelley S. Parsons, 2019). Kanıta Dayalı Tasarım (KTD), bir ekibin mevcut kanıtları tanımladığı, kanıtları analiz edip değerlendirdiği, tasarım yenilikleri geliştirdiği, araştırma yaptığı, sonuçlar ve alınan derslerle ilgili bilgileri dağıttığı döngüsel bir süreçtir (About Us, 2019). Bu araştırmaların yapılma nedeni basittir. Hiçbir çalışma, hastaların sağlık durumu, çalışan memnuniyeti, çalışanların verimliliği veya diğer menfaat sonuçları gibi performansı etkileyebilecek tüm faktörleri cevaplayamaz veya ele alamaz (Franklin Becker, Kelley S. Parsons, 2019).

Kanıta Dayalı Tasarım yaklaşımı sonucunda elde edilen pek çok mimari çözüm vardır. Hasta odalarında gün ışığı kullanarak hastaların iyileşme sürecinin kısılması ve medikasyon odalarının hastanelerde uygun konumlanması nedeniyle medikasyon hatalarının azalması, kanıta dayalı tasarımdaki mimari çözümlerin en tanınmış örneklerinden sayılır (JCI & AIA, 2015). Ancak, kanıta dayalı tasarım sağlık tesisleri tasarımında hem hasta hem de personel sağlığı, güvenliği ve konforu için potansiyel ilerlemeler sunar, stres altındaki çalışanlar için etkin performansın sağlanması, yapıları ortamın kullanıcıları üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerin tanınması, ekonomik performans, verimlilik, kullanıcı memnuniyeti ve kültürel verimliliğin sağlanması gibi pek çok konuda olumlu sonuçlar elde eder (Carr b. R., 2017) , (E. Alfonsi, S. Capolongo,

M. Buffoli, 2014) , (Muhtemelen “Beyaz Ses” Ortamı Kullanarak) , (UK Department of Health, 2014).

Genel olarak Kanıta Dayalı Tasarım pratiği, her zaman yasal, teknik, işlevsel, sanatsal bilgilerin kombinasyonuna dayanır (E. Alfonsi, S. Capolongo, M. Buffoli, 2014) ve bileşenleri alttaki konulardan oluşur:

- Erişilebilirlik / Erişim Kolaylığı
- Enfeksiyon Kontrolü / Operasyonel Protokol
- Aydınlatma / Doğal Işık Potansiyeli
- Hava Kalitesi / Doğal Havalandırma
- Ses ve Gürültü Kontrolü (Muhtemelen “Beyaz Ses” Ortamı Kullanarak)
- Renk, Doku ve Kaplama Uygulamaları
- Çevre / Sanat, Müzik Ve Bitki Kullanımı (Department of Veterans Affairs, 2009)

Tezin bu bölümünde polikliniklerin varış mekânları, dolaşım mekânları, yollar, bekleme alanları ve diğere çeşitli sosyal alanları için kanıta dayalı tasarım yaklaşımından örnekler ve her tasarım kararı ile çözümünün dayandığı bilimsel araştırma sonuçları tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 4.1 Varış mekânları (iç mekân) (UK Department of Health, 2014)

Kanıt	Tasarımda dikkate alınan hususlar
Araştırmalar, hastaların doğal ışık, doğa öğeleri, yatıştırıcı renkler, anlamlı ve değişken uyarıcılar, huzur verici sesler, hoş manzaralar ve güzellik hissi içeren ortamlarda olumlu sonuçlar yaşadığını ortaya koyuyor.	• Girişi daha fazla aydınlatmak ve canlandırıcı bir yer haline getirmek için renkler kullanılabilir. • Girişteki renk parlak, açık, canlı ve doğal olmalıdır. • Koyu, donuk ve soğuk renklerden kaçınılmalıdır, girişin soğuk ve resmi görünmesine yol açar. • Katlarda yolları belirlemeye yardımcı olmak amacıyla renk kullanılabilir. • Resepsiyon, bekleme alanı veya kafe gibi yerlerde birleşik renk kullanılarak daha fazla dikkat çekilebilir.
Hastalar ve çalışanlar mahremiyetlerini ve başkalarıyla etkileşimlerini kontrol edebilmeyi severler. Buna uygun binalarda ve yerlerde, insanlar çevreleriyle ilgili memnuniyetlerinin arttığını bildirmiştir.	• Ambulansla gelen, yaralı veya sıkıntılı hastalar için klinik alanlara hızlı ve özel yollar oluşturulmalıdır. • Girişten hasta alanları görülmemelidir.

Tablo 4.2 Varış mekânları (iç mekân) (devamı)

Araştırmalar hem personelin hem de hastaların binanın dışını ve çevresini görebilmesinin streste ve anksiyetede azalma ve iyileşmeye katkıda bulunma gibi birçok faydaya sahip olduğunu gösterir. İnsanlar neler olup bittiğini görmek ve bilmek isterler.	• Girişin etrafında ve ilerisinde görüş alanının açık ve engelsiz olması gerekir. • Resepsiyon, bilgi veya yardım masası hemen dikkati çekmelidir, ancak insanların mekânın geri kalan kısmını görmesini engellememelidir. • İnsanlar giriş çok dolu olsa bile işaretleri görebilmeli ve okuyabilmelidir. • Girişte dükkânları, kafeyi, tuvaleti, bankamatikleri ve diğer tesisleri görebilmek insanları bunlardan haberdar eder ve işaret ihtiyacını azaltır. • Girişten merdivenleri ve asansörleri görebilmek, insanların yollarını daha çabuk bulmasına yardımcı olur.
--	--

Tablo 4.3 Dolaşım mekânları ve yollar (UK Department of Health, 2014)

Kanıt	Tasarımda dikkate alınan hususlar
Bilimsel çalışmalardan elde edilen kanıtlar, yalnızca rahat koşulların değil, farklı yerlerdeki rahatlık seviyelerini kontrol etme yeteneğinin stresin ve anksiyetenin azaltılmasında çok önemli olduğunu göstermektedir.	• Koridorlardaki gömme oturma alanları, hasta ve personelin buluşup dinlenebileceği yerler sağlar. • Koridorlardan dışarısının görülebildiği oturma yerleri, hastaların, çalışanların ve ziyaretçilerin rahatlmasını sağlar.
Kullanım sonrası değerlendirmeler, önemli sayıda benzer yerlerin (koridorlar, koğuşlar gibi) olduğu yerlerde, muhtemelen renk, yapı veya malzeme yoluyla önemsiz değişiklikler yapılmasının insanların kendilerini anlamlı hissetmelerini sağladığını göstermektedir.	• Geniş, açık dolaşım alanlarındaki zemin renkleri ve / veya malzemeleri ile geçiş yolları oluşturabilir. • Koridorda yürürken tavandan asılı ve çıkıntılı işaretlerin görülebilmesi duvara sabitlenen işaretlerden daha kolaydır. • Kavşaklarda sahte perdeler ve eşikler kullanılması karar noktalarının işaret edilmesine yardımcı olur. • Kilit karar noktalarının önüne işaretler koymak insanların hazırlanmasına yardımcı olur. • Uzun koridorlar boyunca yönlerin tekrarlanması güven sağlar. • Zemin döşemesindeki değişiklikler, tercih edilen yolların ve “girilmez” alanların önerilmesine yardımcı olabilir. • Sanat, heykel ve tasarım öğeleriyle yer işaretleri oluşturmak dolaşıma yardımcı olur.
Hastalar ve çalışanlar mahremiyetlerini ve başkalarıyla etkileşimlerini kontrol edebilmeyi severler.	• Dolaşım alanlardan yatakların ve hasta alanlarının görülmesi sınırlı olmalıdır.

Tablo 4.4 Bekleme alanları (UK Department of Health, 2014)

Kanıt	Tasarımda dikkate alınan hususlar
Bekleme alanları mümkün olduğunca diğer faaliyetlerle birleştirilmelidir. İnsanlar normalde beklemeyi tercih etmezler. Buradaki zorluk beklemenin boş ve amaçsız niteliğini öne çıkarmayan yerler hazırlamaktır. İnsanları rahat ettirmek ve diğer bir şekilde zaman geçirmelerini sağlamak temel amaçtır. Bu yerleri mümkün olduğunda perakende satış, rahatlama ve performans yerleriyle ilişkilendirmek düşünülebilir. İnsanların çevrede dolaşmasına ve nerede bekleyeceğini seçmesine izin veren hasta çağrı sistemlerinin kullanılması düşünülebilir.	*Bekleme alanları, özellikle yaralı ve sıkıntılı insanlar için mümkün olduğunca mahremiyet sağlamalıdır. • Tanımlanmış ve ayrı kişisel alan, bekleme alanında çok önemlidir. • Oturma düzenlemeleri, akrabaların ve arkadaşların birlikte oturmasına izin vermeli, ancak diğer tarafları ayrı tutmalıdır. • İnsanların yabancıların yanında oturmasına neden olan oturma düzenlemeleri stresi, kaygıyı ve sinirliliği şiddetlendirebilir. • Oturma, tek kişilerin yanı sıra küçük gruplara da izin vermelidir.
Hastalar, diğer birçok insanı tam görmeyecek şekilde, gerçek kapı ile bulundukları yerin yakınında olmayı ve tuvaletleri temiz olmayı tercih eder. Ayrıca tuvaletlerin ve banyoların bir dereceye kadar ses mahremiyetine sahip olmasını ve koku oluşturmamasını istiyorlar	• Tuvaletlerin yerleri hemen görülebilir ve uygun uzaklıkta olmalıdır. • Tuvalete girişler ayrı tutulmalı ve bekleme alanının görüşünde bulunmamalıdır.
Kullanım sonrası değerlendirmeler, kullanıcıların görevlerini yerine getirebildiklerinde, binada yer alan sağlık sistemi ve tesislerini işletmede daha az şikayet yaşadıklarını ortaya koymaktadır.	• Okuma materyalleri mevcut, ilginç ve güncel olmalıdır. • İçeceklerin, kitapların ve eşyaların yerleştirileceği çok sayıda masa bulunmalıdır.

Tablo 4.5 Alışveriş mekânları (UK Department of Health, 2014)

Kanıt	Tasarımda Dikkate Alınan Hususlar
Alışveriş mekânları insanların normal yaşamın temel işlevlerini yerine getirdiği tüm yerleri içerir. Normal bir yerde olma hissi, özellikle uzun süre beklemiş olan hastalar için yararlı olabilir. Bununla birlikte, çok yoğun ticari atmosferden veya koşuşturmadan kaçınılmalıdır. İnsanlar genellikle homojen ve tekdüze olmayan, ancak çeşitlilik ve ölçek çeşitliliğine sahip olan yerlerden hoşlanırlar. İyi korunmuş ve kişisel hissettiren oturma yerlerine sahip olmak, özellikle bu yerlerin sağlık hizmetlerinde yararlıdır. Sessizce otururken hayatın devam ettiğini izleyebilmenin sakinleştirici ve oyalayıcı bulunur.	• Sosyopetal (yaklaşırıcı) fakat sosyofugal (uzaklaşırıcı) olarak ayrılmış oturma düzenlerinin popüler olması muhtemeldir (az sayıda insanı birbirine yakınlaştıran, ancak perdelerle ve yönlendirmeyeyle diğer gruplardan ayrılmış koltuk grupları). • Güvenlik hissi vermek için, koltukların bir kısmı serbestçe dağıtılmak yerine belirli bir yere yerleştirilmiş hissi vermelidir. Ayrıca çiçeklikler, perdeler ve diğer sabit donanımlar yardımcı olabilir. • Yüksek alanlarda, oturma alanlarında daha küçük ölçek hissi vermek amacı ile çizgi, şekil ve renklerin kullanılması düşünülmelidir.
Kullanım sonrası değerlendirmeler, insanların bunları karmaşık binalar arasında gezinirken yer işaretleri olarak kullandığını göstermektedir. Onlara isim vermek ve açık tanımlamalar yapmak bu süreçte yardımcı olabilir.	• Bu yerler ayrıca karmaşık bir binada yol bulmak amacıyla yer işaretleri görevi görebilir. • Bunların girişler ve bilgi noktaları gibi diğer ana dolaşım karar noktalarına bağlanması düşünülmelidir. Ayrıca genel olarak daha ilginç yerler oluşturmak için perakende, bakım ve dinlenme yerlerini gruplandırma düşünülebilir. • Klinik alanlara geri giden yollar açık olmalıdır.

Tablo 4.6 Dini ve manevi alanlar (UK Department of Health, 2014)

Kanıt	Tasarımda Dikkate Alınan Hususlar
Bu yerler kişisel sessizlikten, resmi dini tören danışmanlığına kadar çeşitli ihtiyaçlara hizmet edebilir. Hastalar veya personel, bazı kişisel dini törenleri veya özel yükümlülükleri yerine getirmek isteyebilir. Bazı dinler, küçük bir cemaat tören hizmeti sunmak isteyebilir. Doğal ve yavaşça hareket eden nesnelerin sakinlik hissi uyandırdığı görülmüştür.	• Basit sakin formlar ve alanlar, insan yapımı veya doğal renk ve dokuya odaklanarak tamamlandığında çok etkili olabilir. • Paralel olarak farklı alternatiflerde sunulmadığı sürece, tek bir dinden veya inancı şiddetle savunan açık sembolizmden kaçınılmalıdır. • Sakin ve düzenli olan ancak yine de ince yorumlar isteyen formlar, sessiz bir mutluluk duygusu oluşmasına yardımcı olur. Dikkatlice seçilmiş sanat eserleri yardımcı olabilir.
İnsanlar sırtı korumalı olarak oturmayı, yavaşça değişen doğa ve yaşam sahnelerini izlemeyi severler.	İlginç ama sakin manzara, iyileştirici huzur ortamı sağlanmasına yardımcı olur.

4.1.2. Kullanıcı Odaklı Tasarım

Kullanıcı odaklı teori, kullanıcı deneyimi ile hem mikro ölçekte hem de yapılı ortamın nasıl üretilip sunulduğuna ilişkin makro perspektifte biriken bilgi arasında bağlantılar kurulmasını sağlar. Yapı kullanıcısının deneyimi, yapılı ortam teorisinin temelini oluşturur. Kullanıcı merkezli teorinin ilk koşulu, yapılı ortamın barındırdığı kullanıcıların faaliyetlerini desteklemek amacıyla var olmasıdır (Vischer, 2008). Ürün tasarımı genel bir husus olarak Kullanıcı Merkezli Tasarım (KMT) süreci, ürünü kimin kullanacağını derinlemesine anlamaya odaklanırken, aynı zamanda tasarım ve gelişim döngüsü boyunca aşamaları ana hatlarıyla belirtir. Kullanıcı merkezli tasarımın temelinde yatan birçok ilke vardır. Tasarım, kullanıcıların, görevlerin ve ortamların

açık bir şekilde anlaşılmasına dayanır; kullanıcı merkezli değerlendirme vasıtasıyla yönlendirilir ve rafine edilir; tüm kullanıcı deneyimi dikkate alınır (Fronczek-Munter, 2017).

Hastaneler gibi birçok kullanıcı türüne sahip karmaşık binalarda, tüm kullanıcıların sayısız, farklı ve çelişkili gereksinimlerini karşılamak zor bir süreçtir (Fronczek-Munter, 2017). Sağlık tesisleri binalarında kullanıcı odaklı tasarım, insan ve çevre arasında gerçekleşen etkileşimli süreçleri tanımak, insanlaştırma kavramını oluşturmak, hastanın ihtiyaçlarının (kabul ve aşinalık duygusu, mahremiyete saygı, mekan ve duygusal rahatlık, oryantasyon kolaylığı) karşılandığı, aynı anda stres faktörlerinin yok edildiği tasarım ortamları ve mekânsal dağılımlar anlamına gelir. (Giuseppe Pellitter, Flavia Belvedere, 2010)

Genel olarak “kullanıcı odaklı” kavramı sadece insan yapımı ürünlerde geçerli olmayıp insanlara sunulan hizmetlerin de kullanıcı odaklı olması hizmet sektöründe öneme sahiptir. Sağlık hizmetleri literatürde; kullanıcı odaklı sağlık hizmeti, hastalar ve hasta yakınlarının ihtiyaçları ve isteklerine yönelik alttaki özelliklere sahip olmalıdır:

- Bakımın doğru yerde, doğru zamanda sağlanması
- Bakımın hasta rahatına elverişli bir ortamda sağlanması
- Bakımın koordine edilmesi
- Ailelerin ve bakıcıların ihtiyaçlarının ele alınması (Health Services Planning Unit, 2012).

Görüldüğü gibi kullanıcı odaklı sağlık hizmetinin sunumunda hastalar ve hasta aileleri de yer almaktadırlar. Ayrıca, kullanıcı odaklı bir sağlık hizmetinin sunumu için uygun ortam önemli bir faktör sayılır. Kullanıcı odaklı sağlık tesisi mimarisi, tesisteki sunulan hizmet ve kullanıcı grubuna göre farklı yaklaşımlar kapsamında gerçekleşir. Çalışmanın bu bölümünde dünya genelinde kullanıcı odaklı sağlık tesisleri tasarımıyla ilgili çeşitli konseptler incelenmiştir.

4.1.2.1. Hasta Odaklı Sağlık Tesisi (Patient Friendly)

Tıp sektöründeki hasta odaklı (hasta merkezli) bakımda en çok memnun edilmeleri gereken grup, hastalardır (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017). Çağımızda hasta merkezli bakıma ve hasta memnuniyetine çekilen dikkatin artmasıyla birlikte hastaların ihtiyaçlarının ve tercihlerinin temin edilmesi önem kazanmıştır (Maqbool T, Raju S, In E, 2016). Bakımın kalitesi ve tıbbi sonuçlar, hastanın algıları genel olarak sağlık kurumunun itibarı üzerindeki en önemli etkenlerdir (Seung-Hee Nah, Egbe Osifo-Dawodu, 2017).

Hasta Merkezli Bakım (HMB) kavramı, aşağıdaki fiziki yapı özelliklerine sahip olan sağlık tesislerini ifade eder:

- Tasarımları hem fiziksel hem de psikolojik olarak hastaların iyiliğine odaklanmalıdır
- Bakım ortamındaki hastalar için mahremiyet sağlanmalıdır
- Fiziksel çevre, engellilerin, yaşa bağlı hizmetlerin, kültürel ihtiyaçların ve uygun olabilecek diğer kişilerin ihtiyaçlarını yansıtmalıdır
- Aileler hasta bakımının ayrılmaz bir parçası olarak bu yaklaşıma dâhil olmalıdır
- Kullanıcının eşyaları her zaman güven altında olmalıdır (JCI & AIA, 2015).

Sağlık sektöründe, ayakta bakım, hasta merkezli bir ortamda bakım kavramını ilke edinmiştir (Health Services Planning Unit, 2012). O yüzden, hasta merkezli tasarımın amacı, iyileşme ortamının gelişiminde hastalara söz hakkı vermek ve hastaların ihtiyaçlarını tasarım yoluyla ele alarak bakım ortamını iyileştirmektir (Institute for Patient-Centered Design, Inc., 2019). Bu amaçla hasta odaklı bakımdaki hasta katılımının boyutları ve diğer kavramlar özel olarak ele alınmalıdır (Department of Veterans Affairs, 2009). Bazı çalışmalarda ayakta tedavi kliniklerinin hasta bakımında optimum etkinliği sağlamak amacıyla, hasta memnuniyetini arttırmak için çözüm yolları araştırılmıştır. Bu hasta odaklı stratejiler, farklı yollardan hastaların bekleme sürelerini iyileştirmeyi ve stresi azaltmayı hedef almıştır (Maqbool T, Raju S, In E, 2016).

4.1.2.2. Yaşlı Odaklı Sağlık Tesisi (Elderly Friendly)

Bölüm 2’de açıklandığı gibi, yaşam döngüsü boyunca birçok kronik vakalar ortaya çıkabilir, ancak bunlar yaşlandıkça daha sıklıkla görülür, yaşam kalitesini tehlikeye sokabilir ve kısıtlamalara ve sakatlıklara neden olabilir. Birçok hastalık yaşla çok yakından bağlantılıdır; bu nedenle, örneğin, 60 yaş ve üstü insanların sayısındaki artış, daha fazla kanser vakasına yol açmaktır (Martin MacKee, 2002). Yaşlıların fiziksel sağlığındaki bileşik faktör, yaşlı popülasyonunda görülme oranı yükselen depresyonun varlığıdır (Ilene Morof Lubkin, 2013). Örneğin İstanbul’da 803 yataklı bir eğitim hastanesinin 3. seviye acil servisinde gerçekleştirilen 3 yıllık çalışma, acil servislerde geriatrik hasta sayısının arttığını göstermiştir. Çalışma döneminde geriatrik hastaların oranı %15 olup 2020 yılında bu oran %25’e yükselebileceği tahmin edilmiştir. Bu araştırmaya göre, hasta yaşındaki değişim acil bakım açısından zorluğa dönüşmektedir, çünkü yetişkin bakımı ile geriatrik bakım arasında önemli farklılıklar bulunur (Berrin Karadağ, Hüseyin Çat, Ali Osman Öztürk, Okcan Basat, Yüksel Altuntaş, 2009). Bu nedenle, geleceğin hastanelerinde, yaşlanan nüfusun özel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır (Martin MacKee, 2002). Ancak, yeni hastanelerin çoğu tasarım açısından yaşlıların kullanımı için güvenli olarak yapılmamaktadır. Yeni hastaneler giderek daha fazla sayıda yaşlı hastaya bakım sunacaktır. Ayakta bakıma doğru yönelim ilerledikçe hastanede yatan hastalar en sağlıksız ve en savunmasız durumda olacaktır. Hastanelerin her zamankinden daha fazla, bu hassas hastaları güvenli olarak barındıracak şekilde tasarlanması gerekecektir (The Joint Commission, 2008).

Bu ihtiyacın farkında olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bu doğrultuda “Yaşlı dostu sağlık merkezleri” bakım politikasını en önemli çalışmalardan biri olarak oluşturmuştur (O’Keeffe, 2004). Yaşlı dostu bir hastanede yönetim ve personel, aşağıdaki alanlarda yaşlı hastaların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla taahhütte bulunmalıdır:

- Fiziksel çevre
- Duygusal ve davranışsal çevre (O’Keeffe, 2004)

Böyle bir modelin sağlık tesislerinin mimari programına dâhil edilmesi sağlanarak “insan dostu” ve müşteri merkezli bir tesis ortaya çıkacaktır. Bu kuralların uygulanması, sadece yaşlıların ihtiyaçlarını karşılayan değil, aynı zamanda her yaştan, her eğitim, sakatlık ve kültür seviyesinden insanlar için “evrensel” dost olan fiziksel bir hastane ortamı yaratacaktır (O’Keeffe, 2004). Yaşlılara uygun bir fiziki ortam yaratmanın en önemli parçası, bu kullanıcı grubunun özelliklerini ve sağlık tesislerindeki ihtiyaçlarını bilmektir.

Yaşlanma, kademeli bir süreçtir. Bir insanın yetenek seviyesi, yaşlanma ilerledikçe kademeli şekilde düşer. İnsan yaşlandıkça görme, hareket, işitme, kavrama, algısal yetenek, genel fiziksel yetenek ve dayanıklılık özellikleri ortak olarak azalır. Bu normal yaşlanma sürecine ek olarak, yaşla birlikte görülme sıklığı artan farklı kronik, akut tıbbi durumlar ve semptomlar yaşlıların işlevsel yeteneklerini daha da azaltacaktır (Government of the Hong Kong, 2018).

Tablo 4.7 Yaşlılardaki oluşan zafiyetlere göre alan tasarımı kriterleri (Government of the Hong Kong, 2018)

Görme	İşitme	Fiziksel değişimler	Kavrama işlevi
Glokom, Katarakt, Maküler Dejenerasyon • Parlama duyarlılığı. • Değişen ışık seviyelerine uyum sağlama hızında azalma. • Düşük ışıktaki görüşte azalma. • Yaşlanan mercekte “sararma”. • Görme keskinliğinde azalma. • Görüş alanında azalma.	İşitme yeteneğinde azalma • işitme organları zafiyeti • Yüksek frekanslı seslere duyarlılık. • Arka plandaki gürültüyü filtrelemede zorluk.	Kas kuvvetinde azalma (% 40 - % 60’a kadar), esneklikte ve koordinasyonda azalma • Denge kaybı. • Refleks / reaksiyon süresinde azalma. • El becerisinde ve ince motor koordinasyonunda azalma. • Çevresel titreşim tepkisinde artma. • Termal tepkide azalma (daha düşük tolerans).	Yaşla birlikte demans prevalansında artma • Hafıza kaybı. • Görsel algıda değişiklik. • Akıl yürütme ve soyut düşünmede azalma. • İletişim değişiklikleri, dalgınlık duyarlılığında artma.

Yeni bir sağlık tesisi planlanırken, yaşı dostu fiziksel ortam oluşturmak amacıyla yaşlanma ile ilişkili değişiklikler konusunda pek çok tasarım faktörünün göz önünde bulundurulması gerekir. Engelsiz erişilebilirlik kuralları ve şu anda yürürlükte olan yapı yasaları, temel erişim gereksinimlerini karşılasa da, yaşlıların özel ihtiyaçları bu standartlarda tam olarak ele alınmamıştır. Mevcut standartlara ek olarak, minimum yaşı dostu standart kurallarını kullanmakla birlikte daha fazla araştırma yapmak gerekmektedir (Government of the Hong Kong, 2018). Yaşı odaklı bir sağlık tesisinde bulunan sosyal alanlarda yaşlılarla ilgili aşağıdaki konular dikkate alınmaları gereken örneklerden sayılır:

Bekleme Alanlarında:

- İşitme engelliler için gizli konuşmaya imkân veren küçük bekleme alanların bulunması
- Büyük bekleme alanlarında görsel ve işitsel ipuçlarını bir araya getirilmesi (Bir sonraki hastayı çağırmak için büyük elektronik rakam işareti).
- Tekerlekli sandalyeler / yürüyüş yapanlar için tam dönüt yarıçapı (yapı yasalarına göre) ve bakıcının tekerlekli sandalyeyi oturma alanlarında ve koltuklar arasında döndürebilmesi için alanın öngörülmesi

Koridorlarda:

- Yaşı kişilerin dayanıklılığı az olduğu için, merdiven inişlerinde veya uzun koridorlarda katlanır koltuklar gibi dinlenme yerleri sağlanmalı (Government of the Hong Kong, 2018).

4.1.2.3. Hasta Yakını Odaklı Sağlık Tesisi (Family Friendly)

Günümüzde sağlık kuruluşlarının liderleri, hasta ailelerin bakım sürecine doğrudan dâhil olmalarını istemekteler ve bu değişikliği en güçlü dönüşümsel değişim olarak belirtmektedirler (Seven Leadership Leverage Points, 2008). Araştırmalara göre ücretsiz ve ücretli bakıcılara duyulan ihtiyaç ABD nüfusu yaşlandıkça artacaktır. ABD’de 18 yaş ve üstü yetişkinlerin yaklaşık %25’i, son 30 günde uzun süreli hastalığı

veya sakatlığı olan bir kişiye bakım veya destek sağladığını bildirmişler (Older Adults, 2014).

Bir alan çalışmasında kanıtlar, ailelerin bakımını da içeren ciddi hastalığı olan hastaların bakımında holistik yaklaşım kullanıldığında, hasta, aile ve tıbbi sistem sonuçlarının iyileştiğini ortaya koymaktadır. Hastalar için karar alma süreçlerine dâhil olmalarını kapsayan aile üyeleriyle güçlü iletişimi sürdürmek, kaliteli yaşam boyu bakımı tanımlar. Ailelere hem duygusal hem de diğer şekilde yüklenilmemesini sağlamak, yaşamının sonuna gelmiş hastalar için de önemlidir (Saint, 2015). Ayrıca aile bakıcıları ağrı çeken kişiler açısından önemli bir destek olabilir. Ayakta bakımdaki artışla birlikte aileler medikal olarak ağrı yönetiminde daha fazla sorumluluk üstlenmektedirler (Naheed Ali, Moshe Lewis, 2015). Ciddi hastalığı bulunan hastaların çoğu aile bakıcılarından önemli destek bekler; ancak, bu zorlu rol sık sık anksiyete ve depresyon ile sonuçlanır ve ölüm riskinin artmasıyla ilişkilidir (Saint, 2015). Sağlık bakımındaki bu özellik “hasta yakını odaklı bakım” (family-centered care) olarak tanınır ve diğer medikal ve tedavi yaklaşımları gibi bu bakım ve tedavi konsepti ile faaliyet gösteren sağlık tesislerinin hasta yakını odaklı bakımı için uygun fiziki alana ihtiyacı duyulur.

Hastaların sağlığı genellikle aile üyelerinin sağlığıyla bağlantılı olduğundan akrabaların kendine yetme ve güçlenme duygusuna sahip olabileceği alanlar yaratmak, hasta merkezli tasarımın önemli bir bileşenidir. Bir araştırmada hasta yakını odaklı bir tesis tasarımında hasta yakınlarının dâhil olmaları önerilmiştir (Silvis, 2013). Hastalar ve aileleri, bakım sürecinde daha fazla yer aldıkça tesislerin değişen ihtiyaçlara ve gereksinimlere cevap vermesi gerekir (American Institute of Architects, 2001). Hasta yakını odaklı bir sağlık tesisinde, ciddi derecede sağlık problemi olan hastaların aile üyeleri de onların ihtiyaçlarına gösterilen özenden yararlanırlar (Saint, 2015).

Polikliniklerin mimari tasarımıyla ilgili standartlara bakıldığında, hasta yakınları ve refakatçileri pek çok konuda önemli bir faktör olarak vurgulanmıştır. Örnek olarak “Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2011” e göre; poliklinik bekleme alanları; muayene olmak için gelen hastaların eşlik edenler ile birlikte muayene olmayı bekledikleri öngörülen yeterli büyüklükteki alanlardır. Hasta ve yakınları, bu alanlarda

oturlar ve temel ihtiyaçlarını giderecek hizmetlerden yararlanırlar (Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, 2011). Ayrıca, hasta yakını odaklı tasarım sadece bir sağlık tesisi tasarımında uygulanan bir mimari tasarımı standardı olmayıp, tasarım öncesi hasta yakınlarının dâhil olduğu çalışmalara dayanarak yapılmalıdır. Buna örnek olarak Grande Prairie Religion Hospital'da; hastanenin yenileme mimari programında, hastane vakfi kurulu üyelerinin yanı sıra hastalar ve aile üyeleri de dâhil olmak üzere sosyal alanları ve hasta bakım alanları hakkında geri bildirim talep edilmiştir. Bu deneyimler yeni Grande Prairie Bölge Hastanesi'nde bakıma ihtiyaç duyduklarında ailelerin daha rahat hissetmelerine yardımcı olabilecekleri öngör÷lmüştür. Bu geri bildirim bazı sosyal ve hasta bakım alanlarının görünümü, alan organizasyonu ve kullanıcı sirkülasyonu konusunda fayda sağlamıştır (News, 2014).

4.1.3. Sanat Eserleri ve Doğa Unsurları İçeren Tasarım Yaklaşımları

Araştırmalar, hastaların doğal ışık, doğanın unsurları, yatıştırıcı renkler, anlamlı ve değişken uyaranlar, huzurlu sesler, hoş manzaralar ve güzellik hissi içeren bir ortamda olumlu sonuçlar yaşadığını belirtmektedir (UK Department of Health, 2014). Mekânda sanat veya doğa ile ilgili alanların bulundurulduğunda hastalarda gerginliğin azaldığını tespit eden çalışmalar yapmışlardır (ERGENOğLU, 2006) , (Nicoletta Setola, Sabrina Borgianni, 2016). Araştırmacılar görsel sanatların psikolojik olarak uygun olanlarının kullanımının, stres ve ağrıyı azalttığını bulmuşlardır ve doğayla teması sağlanan hastaların, katıldıkları eğitimlerde daha başarılı oldukları gör÷lmüştür (ERGENOğLU, 2006).

Çalışmanın bu bölümünde sağlık tesislerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımda sanat ve doğa unsurlarının kullanımı ve bu doğrultuda takip edilen mimari tasarım yaklaşımları incelenmiştir.

4.1.3.1. Mekânsal Sanat-Tasarım İlişkisi

Sanat ve sanat eserlerinin mimariye dâhil olması çok eski dönemlere bağlı bir konudur. Tasarımcılar sanat algısı açısından başarılı mimarinin büt÷nleşik bir yaklaşımdan geldiğini söylerler (Subcommittee, 2016). Günümüzde sağlık tesisleri binalarının iç alanlarında sanat ve sanat eserlerinin kullanımı, sadece sanatsal açıdan değil, işlevsel

ve bilimsel açıdan çok gelişmiştir. Uygun sanat ve dekorun, hastaların ve personelin fiziksel ve duygusal stresini azalttığını gösteren yeterli kanıt bulunmaktadır (UK Department of Health, 2014). Sanat eserlerinin hasta sağlığı sonuçları üzerinde olumlu bir etkisi olduğu, stres ve kaygıyı azalttığı, ağrı algısını azalttığı gözlenmiştir (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016). Sağlık tesislerinde bulunan sosyal alanlarda sanatın sosyalleştirici etkisi vardır; ayrıca, hastanın önerilen tedavilere uyumunu arttırır ve ağrı kesici ilaçların kullanımını azaltır. Sanat, izleyicinin sağlık hissini arttırır, stresi azaltır (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016) ve son olarak bekleme sürelerinin oluşturduğu olumsuzlukların giderilmesine yardımcı olabilir (ACEM, 1998-2014).

Sağlık tesislerinde sanatın işlevselliğe sağladığı faydalara bakıldığında, sanat eserlerinin tesislerdeki yollar ve koridorlarda yönlendirme amacıyla kullanımı en önemli konulardan birisidir. Bu alanlarda sanat eserleri yol bulmaya yardımcı olmak amacıyla da kullanılabilir ve tüm tasarıma entegre edilmelidir (UK Department of Health, 2014) (Şekil 4.1,4.2 ve 4.3). Sanat eserlerinin hasta ve ziyaretçiler için gezinti yer işaretleri ve yol bulma desteği, sanatın stratejik kullanım örneğidir (J. Todd Robinson, Earl Swensson, , 2016). Belirli yolları ve odaları tanımlamak için renklerin ve sanat eserlerinin kullanımı, gerekli işaret sayısının azalmasına yardımcı olabilir. Ancak, bazı kapılar, örneğin yangın çıkış kapıları, özel etiketleme gerektirecektir (UK Department of Health, 2014)

Hastanelerde sanat üzerine yapılan az sayıda çalışma, doğa unsurları araştırmalarından elde edilenlere paralel bulgular sağlamıştır. Sonuçlar, hastaların büyük çoğunluğunun temsili doğa sanatına olumlu yanıt verdiğini, ancak çoğunun kaotik soyut sanata olumsuz yanıt verdiğini tutarlı bir modeli ortaya koymaktadır (Ulrich, 2002). Sanat eserlerinin sağlık tesislerinde kullanımıyla ilgili yapılan bir alan çalışmasında, hastalar doğa resimlerinde olumlu hisler ve bağlar bulunduğunu bildirmişler (Roger Ulrich, Xiaobo Quan, Craig Zimring, Anjali Joseph, Ruchi Choudhary,, 2004). Örneğin, Carpman ve Grant (1993) rastgele seçilen 300 yatılı hastanın tercihlerini incelenmiş ve hastaların sürekli olarak doğa görüntülerini tercih ettiğini, ancak soyut sanattan hoşlanmadığı sonucuna varmışlardır. Doğa resimleri ve

diğer duygusal olarak uygun sanat olumlu yanıtlar ortaya çıkarsa da, uygun olmayan sanat stillerinin veya resim öznelerinin stresi artırdığına ve diğer sonuçları daha da kötüleştirdiğine dair kanıtlar vardır (Ulrich, 2002). Sanatın konuya ve stile göre çok önemli farklılıklar gösterdiği, sanatın duygusal olarak zorlayıcı veya kışkırtıcı olması nedeniyle, tüm sanat eserlerinin yüksek stresli sağlık alanları için uygun olması beklenmemelidir. Sağlık ortamlarında duygusal olarak zorlayıcı sanat sergilemenin riskleri, psikiyatri hastaları tarafından yapılan bir çalışma ile ortaya çıkarılmıştır (Ulrich, 2002). Dolayısıyla bu tesislerde sanat eserlerinin kullanımında, beğenilmeyen sanatın stres ve sağlık için olumsuzlukları vardır (ERGENOĞLU, 2006) ve yerel topluluğa ait sanat eseri kullanımı bu hususta fayda sağlayacaktır (UK Department of Health, 2014). Büyük sağlık tesisi projelerinde, kapsamlı bir sanat stratejisinin oluşturulmasını ve sanat eserinin binanın dokusuna uygun şekilde entegre edilmesini sağlamak amacıyla ilk aşamada bir sanat koordinatörü grubu tarafından yapılması önerilmiştir (UK Department of Health, 2014). Sağlık tesisinde seçilen yerel popülasyona ve kültürüne uygun olan eserlerin sergilenmesinde aşağıdaki hususlar ek olarak önerilmiştir:

- Yerli / Maori sanatının istenip istenmediğinin araştırılması
- Yerel sanatçılardan destek almak
- Çocuk sanatına önem vermek
- Duvar resimleri kullanmak
- İnteraktif elektronik ekranlar kullanmak (ACEM, 1998-2014)



Şekil 4.1 İki farklı kat asansörü koridorunda kullanılan farklı tablo ve renk kombinasyonu - Bloomberg Children's Center (hopkinsmedicine, 2018)



Şekil 4.2 Koridor duvarında yol bulma ve yönlendirme amaçlı sanat eseri - South Galasgow üniversitesi çocuk hastanesi (Art, poetry and local storytelling at a new NHS hospital in Glasgow, 2020)



Şekil 4.3 Koridor duvarlarında yol bulma ve yönlendirme amaçlı sanat eseri ve tabela – Seatel Çocuk Hastanesi (Headley, 2018)

4.1.3.2. Doğa Unsurlarını İçeren Mekân Tasarımı

Doğayla temasın faydaları çoğu zaman tekrarlanan deneyimlere dayanır. İnsanlar, doğaya bağlı olma konusunda doğuştan gelen bir eğilime sahip olabilirler, ancak bireyleri insan yapan şeylerin çoğu gibi, bu biyolojik eğilimin işlevsel olması için beslenmesi ve geliştirilmesi gerekir (Stephen R. Kellert, Elizabeth F. Calabrese, 2015).

Sağlık sektöründe, son yıllarda hoş ve stres azaltıcı özelliklere sahip, fonksiyonel olarak verimli ve hijyenik ortamlar yaratma ihtiyacına yönelik artan bir farkındalık gelişmiştir. Bu farkındalık için önemli bir ivme, ruh-beden tıbbında kaydedilen en önemli ilerleme olmuştur (Ulrich, 2002). Çalışmalar, hastanelerde peyzaj düzenlemesinin ziyaret edilmesi ve izlenmesinin, hastanın ameliyat sonrasında iyileşmesini hızlandırdığını ve personeli zihinsel yorgunluktan kurtarmaya yardımcı olduğunu göstermiştir (Kaowen Grace Chang, Hungju Chien, 2017). Hastane yönetimi perspektifinden bakıldığında, kaliteli bir peyzaj inşa etmek aynı zamanda ciddi bir yatırımdır ve bu nedenle, hastane yönetimi ve peyzaj mimarı, insanların sürekli kullanım yoluyla ortamdan faydalanmalarını beklerler. Bu nedenle, kullanıcıların ihtiyaçlarını belirlemek ve algılarını anlamak, ortamın insanlara ve onların amaçlarına başarılı bir şekilde hizmet edip etmeyeceğini belirlemeye yardımcı olur. Kullanıcı özelliklerini anlamak, çevre planlama ve tasarımında öne çıkan bir görevdir. Kullanıcıların rolleri ile hastanelerdeki peyzaj düzenlemelerinde tercih ettikleri özellikler arasında bir ilişki olduğuna dair güçlü bir varsayım olmasına rağmen, iki değişken arasında bilimsel bir bağlantı için çok az deneysel kanıt bulunur (Kaowen Grace Chang, Hungju Chien, 2017). Hastanelerde doğa unsurlarının kullanımıyla ilgili yapılan araştırmalara dayanarak birçok hastane tasarımı yönetmeliğinde yeşil ve doğa ile ilgili alanların tasarlanması önerilmiştir. Bu mekanların ekolojik tasarımlarla zenginleştirilmesi, kullanıcının doğal bir ortamdaymışçasına vakit geçireceği mekanlar oluşturmak, farklı malzemeler ve dekoratif elemanlarla mekanı zenginleştirmek, hastanelerde yeni trendlerin hastane ortamından farklı bir ortamda hissi vermesine yönelik olduğu dikkate alındığında, bu mekanların etkin kullanımının sağlanmasında etkili bir faktör olabilir (Güç, 2010).

Hastane bahçeleri, yalnızca iyileştirici veya sakinleştirici doğa manzaraları sağlamakla kalmaz, aynı zamanda, sosyal desteğe erişimi teşvik etmek ve stresli klinik ortamlarda pozitif kaçış ve kontrol duygusu için fırsatlar sağlamak gibi diğer mekanizmalarla stresi azaltabilir ve sonuçları iyileştirebilir. Bazı kullanım sonrası çalışmalarda hastane bahçelerini kullanan hastaların ve ailelerin ruh halinde olumlu değişiklikler ve streste azalma görüldüğü bildirilmiştir. Bu raporlar ayrıca hastanelerdeki bahçelerin ve

doğanın, hasta ve ailesinin genel bakım kalitesi memnuniyetini arttırabileceğini ortaya koymaktadır (Roger Ulrich, Xiaobo Quan, Craig Zimring, Anjali Joseph, Ruchi Choudhary,, 2004). Sağlık ortamlarındaki doğa unsurlarının hastalar ve diğer kullanıcılar üzerindeki etkilerin araştırıldığı çalışmalar, gerçek veya simüle edilmiş doğa düzenlemeleri ile üç dakika veya en çok beş dakikada gibi oldukça kısa bir süre içerisinde stresten önemli bir iyileşme sağlayabildiğine dair güçlü kanıtlar elde edilmiştir. Araştırmacılar, yalnızca sürekli olarak doğayı izlemenin bile stresi azaltan veya onarıcı faydalarının, olumlu duygusal ve fizyolojik değişiklikler kümesi olarak ortaya çıktığını bildirmektedirler (Clare Cooper Marcus, Marni Barne, 1995).

Son yıllarda binalarda bahsi geçen doğa unsurlarının faydalarından yararlanma için tasarım ve uygulama yöntemlerini içeren, “Biyofilik Tasarım” olarak tanınan bir tasarım yaklaşımı oluşturulmuştur. Biyofilik tasarım, insanın doğası gereği biyofiliya olarak bilinen doğal sistemler ve süreçlerle ilişkilendirmeye yönelik, eğilim anlayışın bilinçli olarak dönüştürülmesi girişimi olarak tanımlanan mimari tasarım konseptidir. Biyofilik tasarım öğelerinin ilk ve en belirgin olanı, doğal dünyanın nispeten iyi tanınan; renk, su, hava, güneş ışığı, doğal malzemeler, cephe yeşillendirmesi, peyzaj ve hayvanlar gibi özelliklerinin yapıli ortamda kullanılması ile ilgilidir (Kellert) (Şekil 4.5 ve 4.6).

Hastanelerdeki yeşil alanlar, hastane ve hastane bölümünün özellikleri ve işlevlerine göre farklı şekillerde yapılabilir:

1. Peyzajlı Zeminler: Bu tür açık alanlar, binalar arasında açık alan oluşturan, eşseviyeli peyzaj alanlarından meydana gelir. Binalar arasında genellikle yürüyüş yolu; yemek yeme veya bekleme ortamı, ayakta tedavi gören veya tekerlekli sandalye kullanan hastalar için ayrılmış alan olarak kullanılır.

2. Ön Veranda: Çoğu hastanenin ana girişinde bir evin ön verandasına benzeyen bazı yapılar vardır. Bunlar, sarkık veya veranda tavanı, araçla alma ve bırakma için dönüş yeri, koltuk, yön işaretleri, posta kutusu, telefon, otobüs durağı vb. içerebilir.

3. Avlu: Bu doughnut deliği gibi bina kompleksinin “merkezini” oluşturan bir alandır. İdeal olarak, ziyaretçilerin ve hastaların orada bulunduğunu bilmeleri için hastaneye girerken hemen görülmeli veya belirgin olmalıdır.
4. atı Terası: Binanın tepesinde yer alan veya genellikle her tarafı açık olan çatı bahçesinden farklı olarak çatı terası, bir tarafından binaya bağlı, genellikle uzun ve dar bir “balkon” oluşturan erişilebilir açık alandır. Bu alanın özellikleri bitkiler; çeşitli oturma grubu türleri; mahremiyet ve güneş/gölgenin dikkate alındığı oturma yerleri seçenekleri; potansiyel kullanıcılara erişilebilirlik / görünürlük olarak sayılabilir.
5. şıfa Bahçesi: Bu, hastanelerde yönetim veya tasarımcı tarafından özel olarak şıfa bahçeleri olarak tasarlanan açık veya kapalı bahçe alanlarını içeren bir kategoridir.
6. atı Bahçesi: Burası, hastalar, personel ve ziyaretçiler tarafından kullanılmak üzere, bazı durumlarda ofis ve hastane birimlerinden izlenmek amacıyla tasarlanmış ve peyzajı düzenlenmiş hastane binasının üzerindeki bir alandır.
7. Meditasyon Bahçesi: Bu, yönetim ve / veya tasarımcı tarafından meditasyon bahçesi olarak özellikle işaretlenmiş küçük, çok sessiz, kapalı bir alandır.
8. Ss Bahçesi: Alan ve bütçe kısıtlamaları nedeniyle bazı hastanelerde bulunan girilemeyen, ancak binanın içinden görülebilen küçük bir bahçedir (Clare Cooper Marcus, Marni Barne, 1995) (şekil 4.4).



Şekil 4.4 Balgrist Üniversitesi Kemik Hastalıkları Hastanesi iç avlu ve süs bahçesi – Zürih (Araz TAHERİ Arşivinden)



Şekil 4.5 MD Anderson Kanseri Hastanesinin ikinci katında kapalı tropik parkı (MD Anderson Cancer Center, 2020)



Şekil 4.6 Hastane içindeki kapalı yeşil alan - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi (Celebrating 10 Years in Oakland County, 2020)

4.2. Çağdaş Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Sosyal Alan Tasarımı Örnekleri

Son yıllarda, çalışmanın bu bölümünde tanımlanan tasarım yaklaşımları pek çok yeni yapılan ve ya yenilenen üçüncü basamak hastane polikliniklerinin mimari tasarımında takip edilmiştir. Bu tesislerdeki sosyal alanlarda tesiste takip edilen bakım yaklaşımının takibinde pek çok inovatif mimari tasarım çözümleri üretilmiştir. Bu tez çalışması için tüm dünyadan yüz adet üçüncü basamak hastane polikliniği incelenmiştir ve onların arasından sosyal alanlarında en çok yenilikçi mimari çözümleri kullanılan poliklinikler örnek olarak bu çalışmada gösterilmiştir. Seçilen sekiz hastane tıp bilimi açısından ülkeler arasında en üst seviyelerde olan hastanelerdir. Ayrıca bu tesislerin fiziksel yapıları, başta gelen hastane akreditasyon kurumları tarafından akredite olunmuştur veya mimari tasarımları ödüllendirilmiştir.

4.2.1. Guys and St Thomas Hastanesi - Londra

Londra'da yer alan bu hastane, sağlık bakımı hizmetinde hastaları misyonunun odak noktasına koyarak, olabilecek en kaliteli sağlık hizmeti ortamını hazırlamaya çalışmıştır. (About Us, 2020) Bu hastane kanser, kalp ve damar hastalıkları ve çocuk hastalıklarında üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan tanınmış hastanelerden sayılır (Innovation, 2020). Pek çok uluslararası hastası olan bu hastanede hastalar ve hasta

yakınları için poliklinik alanlarında manevi destek alanı yaratılmıştır. Pastoral, ruhsal ve dinsel destek konusunda tüm yönleriyle yardım sunan 24 saatlik hizmet sunulmaktadır. Bu hizmet, tüm hastalara ve akrabalarına açıktır. Ekipte bir dizi resmi onaylı din adamları bulunur (Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, 2019).

Bu hastanedeki hastalar ve refakatçilerinin dini vecibeler ve dua yapmaları için alttaki alanlar bulundurulmaktadır:

1. Budistlere Budist meditasyonu için ufak bir oda
2. Müslümanların Cuma namazı için sinema bölümünde uygun bir alan
3. Anglikan Hristiyanlar için hasta yatış alanlarında uygun alan
4. Katolik Hristiyanlar için özel dua odası
5. Musevilerin şabbat töreni için uygun alan ve törende kullanmak için kuruyemiş alma imkânı (Patients, 2020)

4.2.2. Great Ormond Street Çocuk Hastanesi - Londra

Hasta odaklı tasarıma sahip olan bu modern hastane, çocuk hastalıkları alanında üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır (Rebuilding and refurbishment, 2020). Bu hastanede Hastalar ve hasta yakınları için poliklinik alanlarında alttaki alanlar yaratılmıştır: (Great Ormond Street Hospital Children's Charity, tarih yok)

1. Etkinlik Merkezi: Yaşları 0-19 arasında ve her yetenekten, yatarak veya ayakta tedavi gören gençler için; eğitici ve eğlenceli oyuncaklar, oyunlar, birçok sanat ve el sanatları kaynağı ile hoş bir dinlence alanı yapılmıştır. Bu alanda bir dizi BİT ekipmanı ve çok sayıda kitap ve DVD bulunmaktadır.
2. GOSH Arts alanları: görsel sanattan müziğe, danstan geniş yelpazede kültürel geçmişten kullanıcıların yaş gruplarına hitap eden aktiviteler için özel alanlar öngörülmüştür. Bu tesiste hasta, ziyaretçi ve personel çeşitliliğini yansıtarak hastane ortamının iyileştiren bir mekân olması hedeflenmiştir.



Şekil 4.7 Tasarımında çeşitli çözüm bulunan poliklinik ana bekleme alanı. İki farklı bekleme koltuk dizimi, hasta bilgilendirme standı, zemin kaplama tasarımı ve lobideki en büyük duvarın çocuklara uygun grafik tasarımı - Great Ormond Street Çocuk Hastanesi (Take a virtual tour of Great Ormond Street Hospital, 2020)



Şekil 4.8 Giriş lobisi ve ana bekleme alanın duvarındaki 100 genç çocuğun çizdiği sanat eseri - Great Ormond Street Çocuk Hastanesi (Seascape, 2020)



Şekil 4.9 Hastanedeki ibadet alanı - Great Ormond Street Çocuk Hastanesi (Take a virtual tour of Great Ormond Street Hospital, 2020)



Şekil 4.10 Koridor duvarlarındaki interaktif dijital duvar kaplaması - Great Ormond Street Çocuk Hastanesi (Nature Trail, 2020)



Şekil 4.11 Yol bulma ve yönlendirme amaçlı koridorlarda yer alan deniz altı ve orman akvaryümü - Great Ormond Street Çocuk Hastanesi (Imaginary Worlds, 2020)

4.2.3. Stanford Çocuk Hastanesi - Stanford

Dünya çapında bilimsel olarak en üst düzeyde olan ve Amerika Birleşik Devletlerinde 2019 yılının en iyi çocuk hastanesi seçilen bu üçüncü basamak hastanede, hasta yakını (family centered) sağlık hizmeti sunulmaktadır. Stanford çocuk hastanesinde, aile merkezli bakım sağlamak, çocukların ve ailelerin çeşitli ihtiyaçlarını ve tercihlerini tanımak ön planda tutulmuştur. Bu hastanede Hastalar ve hasta yakınları için poliklinik alanlarında alttaki alanlar yaratılmıştır: (Stanford Children's Health, 2019)

1. Dini Destek: Hastalar ve aileleri hastalık ve hastanede kalma telaşında iken hayatlarında anlam ararlar. Bu mekânda din görevlileri manevi güçlere ve kaynaklara erişmek için hastalar ve aileleriyle birlikte manevi bakım sağlanmaktadır. Ayrıca, din görevlileri, günlük yaşamda ve tedavilerle ilgili karar vermede önemli olan gelenekler, uygulamalar ve değerler konusunda ailelere ve hastalara destek olmaktadır (Şekil 4.12).

2. Hikâye Köşesi: Bu mekân ailelerin bir gönüllü veya kütüphaneci ile okuma ve hikâye anlatma gibi etkinlikler için toplanabilecekleri çok amaçlı bir alandır. Raflar her yaş için kitaplarla dolu olup, oturup okumak için yumuşak ve rahat noktalar bulunur. Genç hastalar ve aileleri yeni arkadaşlar edinebilir, ortak deneyimlerde güç bulabilir ve yaratıcılıklarını keşfedebilirler (Şekil 4.13 ve 4.14).
3. Dunlevie Bahçesi: Bu yeşil alanın içerisinde hastalar ve ailelerin eğlenmesi için farklı alanlar bulunmaktadır. Bu yeşil alanda hastalar tarafından seçilen pek çok hayvan heykeli sanatçılar tarafından yapılmıştır.
4. Emerald Bahçesi: Bu bahçede çocuklar için deniz temalı bir oyun alanı yapılmıştır. Bu bahçe sağlık fuarları, çiftçi pazarları ve yiyecek kamyonları gibi çeşitli açık hava etkinliklerine ev sahipliği yapmaktadır.



Şekil 4.12 Dini destek alanı - Stanford Çocuk Hastanesi (suport and education, 2020)



Şekil 4.13 İçinde kitap rafları ve interaktif ekran bulunan Hikâye Köşesi - Stanford Çocuk Hastanesi (Child and Family, 2020)



Şekil 4.14 Hikâye Köşesi - Stanford Çocuk Hastanesi (Schechter, 2017)

4.2.4. Northwell LIJ Katz Kadın Hastanesi – New York

Kalp ve damar hastalıkları, kemik hastalıkları, beyin cerrahisi ve organ transplantında en üst seviyede üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan bu hastane Amerika Birleşik Devletlerinin 2019 yılının en iyi sağlık hizmeti sunan hastane ödülünü kazanmıştır (Setting the standard of health care, 2020). Hasta odaklı ve hasta yakını odaklı bakım yaklaşımı takip edilen bu hastanede hastalar ve hasta yakınları için poliklinik alanlarında alttaki alanlar yaratılmıştır: (Long Island Jewish Medical Center, 2019)

1. Dini ve Manevi Destek: Farklı inançlara sahip hastalara (Katolik, Yahudi ve Müslüman) ve ailelere profesyonel din adamları tarafından duygusal ve manevi destek sağlanır
2. meditasyon odası
3. Botanik bahçesi



Şekil 4.15 Botanik bahçesi - Northwell LIJ Katz Kadın Hastanesi (A Home of Their Own: North Shore-LIJ Breaks Ground, 2009)



Şekil 4.16 Doğal aydınlatma imkânına sahip ve iç yeşil alanları olan loung alanındaki koltuklar farklı gruplarda çeşitli dizimle yerleştirilmiştir - Northwell LIJ Katz Kadın Hastanesi (Nortwell Health, 2020)



Şekil 4.17 Loung alanında görünebilirlik ve doğal aydınlatma imkânı sağlamak için kullanılan cam duvar - Northwell LIJ Katz Kadın Hastanesi (Nortwell Health, 2020)

4.2.5. Hackensack Üniversitesi Tıp Merkezi – New Jersey

Kalp ve damar hastalıkları, kanser, kadın hastalıkları ve yaşlı hastalıkları (geriatrics) alanında üst seviyede sağlık hizmeti sunan bu üniversite hastanesinde hasta ve kullanıcı güvenliği ön planda tutulmuştur (Patient Safety & Quality, 2020). Bu hastanede hastalar ve hasta yakınları için poliklinik alanlarında alttaki alanlar yaratılmıştır: (Hackensack University Medical Center, 2019)

1. SPA ve güzellik merkezi: Sağlık ve zindelik için eşsiz bir tedavi yaklaşımı sunmak amacıyla eski tekniklerin modern tıp ile birleştirildiği sakin ortam ve erkekler ve kadınlar için bu merkez, hastanedeki personel, hastalar ve refakatçilere SPA ve güzellik hizmet vermektedir.
2. Yaşam bitimi destek: Bu hastanede ölümcül hastalığı olan ve terminal aşamasında olan hastalar ve aileleri için özel manevi ve psikolojik destek sunulmaktadır.

4.2.6. Ronald Reagan UCLA Tıp Merkezi – Los Angeles, California

Bu hastanenin mimarisinde pek çok tasarım stratejileri ve çözümleri mevcuttur. Bu tesisteki mimari tasarımın ana hedefi benimsenmiş bir tasarım konsepti ve en son teknoloji kullanımıyla, hastalar için optimum bir iyileşme süreci oluşturmaktır. Hastane binasının büyüklüğünün hastaları olumsuz etkilememesi için hastane dört farklı kule şeklinde tasarlanmıştır. Bu nedenle olabildikçe hastaların bulunduğu alanlardan diğer blokların görünmemesine dikkat edilmiştir. Ayrıca yapının iç mekânlarında ferahlık ve aydınlık özellikle ön planda tutulmuştur (Designed for Comfort and Efficiency, 2020). Pek çok modern çağdaş hastanede olduğu gibi bu hastanede hastalar ve hasta yakınları için poliklinik alanlarında dini ve manevi destek alanı, meditasyon alanı ve çocuk oyun odası gibi sosyal alanlar yapılmıştır. Ayrıca bu hastanede alttaki sosyal alanlar kullanıcılar için bulundurulmuştur:

1. İnsan-Hayvan İlişkisi Programına Uygun Sosyal Alanlar: Bu program kapsamında hastanede insan-hayvan ilişkisinin iyileştiren yönünden faydalanarak hastalar ve refakatçilerin stres atmasına yardımcı olmaktadır (Ronald Reagan UCLA Medical Center , 2019).

2. İç ve dış patyolar (Cam veranda): Bu yeşil alanlar hastalar ve ailelerin gezinmesi için yapılmıştır. Ayrıca bu alanlarda grup terapiler için uygun alanlar öngörülmüştür (Designed for Comfort and Efficiency, 2020).

4.2.7. Henry Ford West Bloomfield Hastanesi - Michigan

Bu hastanede sağlık hizmeti kalitesi ve hasta güvenliği ön planda tutulmaktadır. Kaliteli sağlık hizmeti sağlamak için farklı bir bakış açısıyla bu husustaki önemli olan faktörlerin entegre edilmiş bir şekilde dikkate alınmıştır. Bu doğrultuda özel bir hastane ortamının yaratılması hedeflenmiştir. Amaç, iyileşmede zihin, vücut ve ruhun birlikte dâhil olmasıdır. (About Henry Ford, 2020) Bu hastanede Hastalar ve hasta yakınları için polikliniklerde alttaki alanlar yaratılmıştır: (Henry Ford West Bloomfield Hospital, 2019)

1. Yaklaşık iki dönümlük sera ve beraberinde eğitim merkezi olan Henry Ford West Bloomfield Hastanesi'ndeki sera, hastaların sağlıklı yaşamlarına sürmesine yardım etmek hedefiyle yapılmıştır (Şekil 4.18). Bu sera, Michigan'daki ilk hastane merkezli organik seradır. Sera programları, toplumun aşağıdaki hususlarda dâhil olmak üzere gıdaların iyileştirici gücünü anlamalarına yardımcı olmak amaçlı eğitimler sunulmaktadır:

- Özel atölyeler, saha gezileri ve turlar
- Gösterimli sağlıklı yemek pişirme dersleri (Şekil 4.22)
- Bahçecilik dersleri
- Çocuklar için eğitim programları

2. Terapi Köpekleri: Bu hastanede hastaların ve aile üyelerinin anksiyete duygusunu azaltmak ve personelin stresini azaltmak için terapi köpekleri kullanılmaktadır (Araştırmalar terapi köpeklerinin tansiyonu düşürdüğünü, yalnızlık duygusunu azalttığını ve hastanede yatan hastalarda stresi en aza indirdiğini gösteriyor)(Şekil 4.21).

3. Palyatif tıp ve manevi destek alanları: Bu alanlarda masaj terapisi, akupunktur, reiki, yoga ve fitnes imkânları hastalar, aileler ve personel için yaratılmıştır (Şekil 4.20).

4. Henry Ford Şifa Sanatları Programı: Bu program kapsamında yaratıcı sanatları ve estetik deneyimleri iyileşme sürecine entegre ederek, hastalar, ziyaretçiler ve personel için sakinleştirici bir ortam oluşturmak amaçlanmıştır. Program, hizmet verdiği toplulukların kültürel çeşitliliğini göstermek amacıyla görsel, uygulamalı ve performanslı sanat deneyimleri gerçekleştirir. Şifa sanatları, ağrı, kaygı ve stresi azaltmak için sanatı olumlu bir zaman geçirme aracı olarak kullanarak hasta deneyimini geliştirir. Bu programa sanat terapisi ve müzik terapisi de dâhildir.



Şekil 4.18 Organik sera - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi (Greenhouse, 2020)



Şekil 4.19 Kapalı yeşil alandaki ibadethane - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi (Celebrating 10 Years in Oakland County, 2020)



Şekil 4.20 Meditasyon odası - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi (Celebrating 10 Years in Oakland County, 2020)



Şekil 4.21 Terapy köpekleri - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi (Celebrating 10 Years in Oakland County, 2020)



Şekil 4.22 Sağlıklı yemek eğitimi salonu - Henry Ford West Bloomfield Hastanesi (Celebrating 10 Years in Oakland County, 2020)

4.2.8. Md Anderson Kanser Merkezi - Texas

Bu üçüncü basamak üniversite hastanesinde, tüm kanser türleri tedavi edilmektedir. 2019 yılında en iyi kanser hastanesi seçilen bu tesiste hastaların kanserle ilgili eğitimleri ön planda tutulmaktadır. Dünya çapında en büyük kanser hastanelerinden birisi olan bu hastanede hastalar ve hasta yakınları için poliklinik alanlarında alttaki alanlar yaratılmıştır: (MD Anderson Cancer Center, 2019)

1. Çok amaçlı salon (İş Merkezi): Hastalar ve aile üyelerinin, ayakta tedavi randevuları arasında veya yatılı konaklamalar sırasında rahatlamaları ve kişisel iş gereksinimlerini yönetmeleri için uygun bir yer sunulmuştur. Merkez, yatar koltuklar, bilgisayar, yazıcı, telefon, faks makinesi ve fotokopi makinesi içeren sessiz bir alana sahiptir (Şekil 4.23).
2. Kim'in Yeri: 15-30 yaşları arasındaki ergen ve genç yetişkin hastalar ve refakatçiler için rahatlama imkânı sağlar. Video oyunları, bilardo masası, müzik kutusu, internet erişimi olan bilgisayarlar ve ücretsiz atıştırmak için yiyecekler, kullanıcılar için bulundurulmuştur (Şekil 4.24).
3. Hasta eğitim ve bilgilendirme merkezi: Bu merkez kanser bakımı, destek, önleme ve genel sağlık ve sağlıklı yaşam konularında en son bilgileri içeren ücretsiz bir kullanıcı sağlığı kütüphanesidir (Şekil 4.25).
4. Hasta Rahatlama Alanı: hastaların ve ailelerin dinlenebileceği, okuyabileceği ve kendini yenilebileceği bir yerdir. Yatar koltuklar, sıcak battaniyeler, kitaplar ve dergilerle bu sessiz alanda kullanıcılar için bulundurulmuştur. Bilgisayarlar, faks makinesi ve yazıcı gibi cihazlar bulunmaktadır. Bu mekân klinik randevuları arasında veya hastanede kalışlar sırasında dinlenmek için uygun bir alan olarak yapılmıştır.



Şekil 4.23 Çok amaçlı salon: iş ve dinlenme amaçlı - Md Anderson Kanser Merkezi (MD Anderson Cancer Center, 2020)



Şekil 4.24 Kim'in yeri - Md Anderson Kanser Merkezi (MD Anderson Cancer Center, 2020)



Şekil 4.25 Hasta eğitim ve bilgilendirme merkezi - Md Anderson Kanser Merkezi (MD Anderson Cancer Center, 2020)

4.3. Bölüm Sonucu

Sağlık tesislerinin mimari tasarımında takip edilen tasarım yaklaşımlarının hedefi, sunulabilecek en iyi sağlık hizmeti için optimum fiziki alanların yaratılmasıdır. Tıp literatürüne bakıldığında, bu tasarım yaklaşımlarının karşılığı bakım yaklaşımları olarak mevcuttur. Hem mimari tasarım yaklaşımları hem de bakım yaklaşımlarının odak noktası kullanıcılarıdır. Aslında, bu yaklaşımlar, sağlık tesislerinin mimari tasarım standartlarını her bir sağlık tesisinin özelliklerine yönelik en verimli şekilde kullanmak için bir yöntem sayılırlar ve her bir yaklaşımın hedeflerine ulaşmak için, tesisin işlevi ve tesis kullanıcılarının özelliklerinin iyi bir şekilde tanımlanması önemli role sahiptir. Bu iki konunun (tesis işlevi ve kullanıcıların özellikleri) ayrıntılı bir biçimde tanımlanması, tesisteki tüm ihtiyaçların tanımlanmasına ve onların her birisi için uygun bir fiziki alanın yapılmasına yol açacaktır. Ancak uygun fiziki alanların yapılması ve doğru mimari çözümlerin oluşması için bu tanımlamalar bilimsel araştırmalar ve doğru bilgi toplama yöntemlerine dayanarak gerçekleşmelidir. Bu durum üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımında da geçerlidir. Bu mekânların mimari tasarımının her birinde farklı tasarım yaklaşımı veya farklı bir mimari çözümün geçerli olması büyük bir olasılıktır. Onun için bu mekânların mimari tasarımı için polikliniğin işlevi ve bu işlevden doğan ihtiyaçlar ve kullanıcıların özellikleri ve bu özelliklerden doğan ihtiyaçlar iyi bir şekilde tanımlanmalıdır. Bu tanımlama sonucunda sosyal alanların mimari tasarım standartlarının yetersiz kaldığı konular, standartların kısıtlılık oluşturduğu yerler ve bu standartların uygulama şeklini belirler.

İncelenen üçüncü basamak hastane polikliniklerine bakıldığında, bu tesislerdeki sosyal alanların mimarisinde pek çok inovatif tasarımlar olduğu görünür. Bu hususta dikkat çeken konu, hastane kurucularının tesisin mimari tasarımını, sundukları sağlık hizmetinin kalitesi ve verimliliğinde önemli bir faktör olarak değerlendirmeleridir. Bu tesislerde sağlık stratejilerinin ve bakım yaklaşımlarının izleri tüm alanların mimarisinde de görülmektedir. İncelenen polikliniklerin kurucuları tarafından bu tesislerdeki sosyal alanların mimarisinde, bu çalışmada araştırılan “medikal konular”, “psikolojik faktörler” ve “sosyokültürel faktörlerin” ön planda tutulması beyan

edilmiştir. Bu düşüncenin sonucu; incelenen polikliniklerde kullanıcıların özelliklerine ve ihtiyaçlarına uygun, çeşitli sosyal alanların yaratılmasıdır. Bu amaçla, kullanıcıların psikolojik durumları, sosyokültürel özellikleri, profilleri, aile yapıları, hastalığın normal hayatlarında oluşturduğu kısıtlılıklar ve pek çok konunun dikkate alınmasıyla; oyun alanları, dini ve manevi alanlar, rekreasyon alanları, yeşil alanlar, çalışma alanları gibi birçok sosyal alan tasarlanmıştır. Bu sosyal alanların oluşturulmasının asıl hedefi, her bir poliklinikte kullanıcıların psikolojisinin üst seviyede tutulmasıyla iyileşme sürecinin hızlandırılmasıdır. Bunlara ek olarak, hastalar ve refakatçi olarak polikliniklerde bulunan ailelerin bilgilendirme ve eğitimi için gösterilen özen, incelenen polikliniklerin sosyal alanlarındaki önemli bir husustur. Kronik hastalıklar için uygun medikal bakım, öz bakım ve sağlıklı yaşam tarzı konularında hastalar ve ailelerine verilen eğitim, iyileşme sürecinin hızlandırılmasında ve tesisteki personelin yükünün hafiflemesinde önemli rol oynamaktadır. İncelenen örnek polikliniklere bakıldığında, iç ve dış mekânların hepsinde kütüphane, okuma köşesi, eğitim materyali standı, grup eğitim aktiviteleri ve eğitim içeren aktiviteler için özel mekânlar yaratılmıştır.

Çağdaş mimari tasarım yaklaşımları ve örnek üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanların incelenmesinde görülen önemli konulardan birisi, sanat eserleri ve doğa unsurların bu alanların mimarisi ile entegre edilmiş bir biçimde kullanımıdır. Bu iki öğenin polikliniklerdeki sosyal alanlarda doğru yöntemlerle kullanılmaları, kullanıcı grupların üzerinde olumlu psikolojik etkiler bıraktığı kanıtlanmıştır. Ayrıca bu iki öğenin işlevsellik açısından sağladıkları ciddi faydalarından dolayı, sosyal alanlarda kullanılmaları tavsiye edilmektedir. Buna örnek olarak, iyi bir kullanıcı sirkülasyonunun sağlanması için, görünmeleri zor olan ve kafa karıştırıcı yönlendirme işaretlerinin yerine, sanat eserlerinin ve doğa unsurlarının kullanılmasıdır.

Sonuç olarak, iyi psikolojik durum, kronik hastalığı olan hastaların iyileşme sürecinin hızlandırılmasında önemli faktörlerden birisidir. Bu sürecin hızlandırılması, hastalar ve aileler için kaliteli bir yaşam sağlayacaktır. Bu nedenle, üçüncü basamak hastane

polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımıyla ilgili takip edilen tasarım yaklaşımları ve üretilen farklı tasarımsal ve mekânsal çözümlerin odak noktası hastalar ve ana hedefi hastalar ve refakatçilerin psikolojisinin üst seviyede tutulması olmalıdır.

İstanbul'da Yer Alan Üç Örnek Üçüncü Basamak Hastane Polikliniğindeki Alan Çalışması

Genel olarak sağlık tesisleri tasarımı, geniş yelpazede bilgi toplamak, bunları tutarlı bir fikir kümesi altında birleştirmek ve son olarak, bu fikirlerin nesnel bir mimari formunu oluşturmak için karmaşık bir süreci gerektirir (Mojtaba Parsaee, Parinaz Motealleh, Mohammad Parva,, 2016). Bu tasarım sürecindeki bilgi toplama, araştırma ekiplerinin gözlemleri, hasta, hasta refakatçileri ve çalışanların fikirleri ve deneylerine dayanarak yapılır (Mojtaba Parsaee, Parinaz Motealleh, Mohammad Parva,, 2016).

Başarılı bir bina projesi, o binanın kullanıcı ihtiyaçlarına göre tasarlanır (Per Christiansson, Kjeld Svidt, Kristian Birch Pedersen, Ulrik Dybro, , 2011). Sağlık tesislerindeki hastalar ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının tanımında, bu kullanıcı grubunun tesislerdeki deneyimi birincil faktördür. Araştırmalara göre hastalar deneyimleri konusunda daha iyi hissederler ve sağlık sistemiyle daha iyi bağlantı kurarlar (News, 2014). Hastanelerin mimari tasarımında, hasta ve yakınlarının görüşlerine başvurulmadan veya bu konuda daha önce yapılmış çalışmalar göz önüne alınmadan tasarlanmış bu tür mekânlar, kullanıcı grubunu rahatlatmak yerine onlar üzerinde baskı ve strese neden olabilmektedir. Tasarımcılar, hiçbir zaman hastalara sorulacak sorulara tahmini cevaplar verip yönlerini böylece çizmemelidirler (ERGENOĞLU, 2006). Hastalar için destekleyici bir ortamın sağlanması, mekânın her boyutunun tasarımıyla sağlanmalıdır. Bu sadece, mekânların ölçüsü veya şekli gibi fiziksel özellikleriyle değil, aynı zamanda hastalar tarafından, tıbbi işlemler sırasında gözlemlenen ve çevreyi de saran görsel, işitsel ve kokusal uyaranlara yönelik yanıtları da içermelidir. Özellikle odak noktasında hasta olan ve iyileştiren bir sağlık tesisi tasarımı için vazgeçilemez bir özellik; 'kullanıcı katılımlı tasarım'dır (ERGENOĞLU, 2006). Bu katılım, anket çalışmaları (hospital performance, 2003) mevcut tesislerin izlemi (Karlen, 2009) ve benzer saha çalışmalarıyla gerçekleşir.

Bu tez doğrultusunda, üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımıyla ilgili araştırılan konuların örnek tesislerde test edilmesi, tesislerdeki durumun izlenmesi ve bu poliklinik kullanıcılarının görüşlerini alma amacıyla bir alan çalışması yapılmıştır.

Anket çalışmasının gerçekleştirilmesi için anket örnekleri Yıldız Teknik Üniversitesi Etik Kuruluna sunulup bu kurulun onayı, seçilen hastanelerin izni için Sağlık Bakanlığı, İstanbul Kamu Hastaneleri Birliğine ve İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsüne gönderilmiştir.

5.1. Alan Çalışmasının Amacı, Kapsamı, Yöntemi ve Kısıtlılıkları

Bu alan çalışması için üç farklı kronik hastalığın tedavisi yapılan ve farklı uzmanlık dallarında üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastane polikliniği seçilmiştir. Bu hastanelerin biri devlet üniversitesi hastanesi ve diğer ikisi Türkiye Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleridir. Bu üç hastane kendi uzmanlık alanlarında Türkiye çapında bilimsel açıdan en üst seviyede olan hastanelerden sayılıp ileri seviyede tanı ve tedavi teknolojilerine sahiptirler.

-Amaç:

Bu tezdeki alan çalışmasının amacı, araştırma esnasında üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımına ilişkin konuları İstanbul'daki benzer polikliniklerin sosyal alanlarında test edilmesi, izlenmesi ve bu alanları kullanan hastalar ve refakatçilerin ihtiyaçları hakkında deneyimleri ve görüşlerinin alınmasıdır.

-Kapsam:

Bu alan çalışması İstanbul'da bulunan farklı uzmanlık dalında üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan üç örnek üçüncü basamak hastane polikliniklerinin sosyal alanlarında gerçekleşmiştir. Bu üç hastane polikliniğinin her birinde farklı kronik hastalıkların tanı, tedavi ve bakım işlemleri yapılmaktadır. Çalışma bu polikliniklerde bulunan ayakta bakım hizmetleri bölümlerindeki bekleme alanları, koridorlar ve giriş lobileri gibi

sosyal alanlarda gerçekleşmiştir. Çalışmaya katılanlar hastalar ve hastalara eşlik eden refakatçilerden oluşmaktadır. Çalışmadaki anket soruları, hastalar ve refakatçilerin özellikleri ve bu poliklinikteki ihtiyaçlarına yönelik mekânsal imkânlar ve çözümler doğrultusunda düzenlenmiştir.

Tablo 5.1 İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Polikliniği (H1).

Hastane Türü	Üniversite Hastanesi
İşleten Sektör	İstanbul Üniversitesi
Sunulan Sağlık Hizmeti	Üçüncü Basamak
Yapım - Yenileme Yılı	1933-2005
Yatak Sayısı	53
Bölümler	Radyasyon Onkolojisi ve Medikal Onkoloji -Radyoterapi- Kemoterapi-Çocuk Radyoterapisi- Brakiterapi- Radyoloji (Girişimsel Radyoloji- Ultrasonografi)- Patoloji
Anket Çalışmasının Yapıldığı Bölümler	Radyasyon Onkolojisi ve Medikal Onkoloji
Anket Çalışmasına Katılan Hasta Sayısı	35

Tablo 5.2 İstanbul Metin Sabancı Baltalamanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniği (H2).

Hastane Türü	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İşleten Sektör	Türkiye Sağlık Bakanlığı
Sunulan Sağlık Hizmeti	Üçüncü Basamak
Yapım - Yenileme Yılı	1858-2003
Yatak Sayısı	136
Bölümler	Ortopedi ve Travmatoloji (Omurga Cerrahisi Grubu - Tümör Cerrahisi - Çocuk Ortopedisi ve Deformite - El Cerrahisi Eğitim Kliniği - Radyoloji (MR- BT- Kemik Yoğunluğu Ölçümü).
Anket Çalışmasının Yapıldığı Bölümler	Ortopedi Polikliniği
Anket Çalışmasına Katılan Hasta Sayısı	35

Tablo 5.3 İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniği (H3).

Hastane Türü	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İşleten Sektör	Türkiye Sağlık Bakanlığı
Sunulan Sağlık Hizmeti	Üçüncü Basamak
Yapım - Yenileme Yılı	1948 - 2000
Yatak Sayısı	360
Bölmeler	Nükleer Tıp - Solunum Fonksiyonları (Sft) - Efor Laboratuvarı - Holter Laboratuvarı - Elektrokardiyografi - Ekokardiyografi Laboratuvarı - Radyoloji - Mikrobiyoloji - Kan Merkezi - Biyokimya - Anjiyo Laboratuvarı - Kardiyoloji - Pediyatrik Kardiyoloji - Göğüs Hastalıkları - Göğüs Cerrahisi - Pediyatrik KVC - Kalp ve Damar Cerrahisi - Anestezi Ve Reanimasyon - Acil - Ağrı Polikliniği (Akupunktur)
Anket Çalışmasının Yapıldığı Bölmeler	Kardiyoloji - Pediyatrik Kardiyoloji - Göğüs Hastalıkları
Anket Çalışmasına Katılan Hasta Sayısı	35

-Yöntem:

Alan çalışması, araştırmacının izlemi ve sahadaki hasta ve hasta refakatçileriyle yüz yüze yapılan anketlerle gerçekleştirilmiştir.

Anket çalışması kâğıt üzerinde basılı olarak her bir hastane polikliniğinin sosyal alanlarında, 35'i hasta olmak üzere toplam 105 tedavi işlemleri için bekleyen kişilere uygulanmıştır. Katılımcıların anket formlarını doldurdukları esnada onların anketteki konularla ilgili soruları araştırmacı tarafından cevaplanıp gereken açıklamalar yapılmıştır. Katılımcılar rastlantısal olarak tedavi işlemlerini beklemekte olan hastalar, hastaların tedavi işlemlerinin bitmesini bekleyen hasta refakatçileri ve tedavi işlemlerinin takibini yapan hasta veya hasta refakatçilerinden oluşmuştur. Hastaların çalışmaya katılmalarından önce tedavi işlemlerine kalan süre sorulup yeterli zamanları

olan bireylerle çalışmaya devam edilmiştir. Anket çalışması sonuçlarının değerlendirilmesi SPSS programında yapılarak grafikler ve şemalar oluşturulmuştur (Ek1: Anket çalışmasının istatistik verileri) ve bu bilgilere dayanarak araştırmacı tarafından yorumlanmıştır.

-Kısıtlılıklar:

Diğer alan çalışmalarında görüldüğü gibi bu anket çalışmasında da bazı kısıtlılıklar ortaya çıkmıştır ancak bu kısıtlılıklar çalışmanın hedefine varmasını engelleyecek boyutta değildir.

İlk kısıtlılık anket çalışmasının onayıdır. Anket çalışması için başvurulmuş sağlık bakanlığına bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan on adet eğitim ve araştırma hastanesinden sadece üçünden olumlu dönüş alınabilmektedir.

İkinci kısıtlılık olarak bu anket çalışmasının hastanelerin yatan hasta ve poliklinik bölümlerindeki sosyal alanlarda yapılması planlanmışken, hastanelerin yönetimlerince yatılı hastaların kronik hastalıklarından dolayı birçoğunun kritik durumu olduğundan çalışmanın yatan hasta bölümlerinde yapılması uygun bulunmamıştır. Özellikle onkoloji enstitüsündeki (H1) yatan hastaların terminal durumda oldukları, enfeksiyon kapma ihtimallerinin yüksek olması ve hasta ve refakatçilerin psikolojik durumlarının iyi olmaması nedeniyle izin verilmemiştir.

Üçüncü kısıtlılık olarak sağlık durumu ciddi olan hastalar anket çalışmasına katılmamıştır. Ayrıca bu durumda olan hasta refakatçileri de ankete katılmaktan imtina etmişlerdir. Anket çalışmasına katılmayanların on ikisi onkoloji polikliniğinde, biri kemik hastalıkları polikliniğinde ve dört tanesi kalp damar hastalıkları polikliniğinde tedavi gören hastalardandır.

Bu kısıtlılığa rağmen polikliniklerin sosyal alanlarında uzun zaman beklenerek farklı sağlık durumu olan hastalara zaman içerisinde yaklaşıp çalışmanın amacını belirterek hastaların çalışmaya katılmaları sağlanmıştır.

5.2. Anket Tasarımı

İki sayfadan oluşan basılı anket formları, 5 bölüm ve 44 sorudan oluşmuştur. Anketin birinci sayfasında 4 bölüm yer almaktadır. Anketin birinci bölümü çalışmanın yapıldığı mekân ve zaman bilgileri, ikinci bölümü hastanın genel bilgileri ve profili hakkında sorular, üçüncü bölümü hastanın hastalığı ve medikal işlemleri hakkında sorular ve dördüncü bölümü hasta refakatçisinin genel bilgileri ve profili hakkında soruları içerir. Anketin beşinci bölümü, ikinci sayfada ve polikliniklerin sosyal alanları hakkında katılımcıların görüşleri ve bu alanlardaki hastalar ve refakatçilerin ihtiyaçları hakkında 13 soruyu içerir.

Anketlerdeki sorular bu çalışmadaki kaynaklardan ve çalışmada elde edilmesi hedeflenen bilgilere göre tasarlanmıştır ve genel sorular benzer anket çalışmalarından alınmıştır.

HASTA VE HASTA REFAKATÇISI PROFİLİ VE İHTİYAÇLARININ TANIMI ANKETİ	
HASTANE:..... BÖLÜM:.....	
ANKETÖR:..... TARİH:..... .2017 SAAT:..... :..... ANKET NO:.....	
HASTA GENEL BİLGİLERİ : (1-11)	
CİNSİYET: KADIN ☐ ERKEK ☐ YAŞ: <15 ☐ 15-30 ☐ 30-45 ☐ 45-60 ☐ 60-75 ☐ 75+ ☐ EVLİLİK DURUMU: EVLİ ☐ BEKAR ☐	
BEDENSEL ENGELLİLİK: VAR ☐ YOK ☐ ENGEL TÜRÜ: GÖRME ☐ İŞİTME ☐ FİZİKSEL ☐ ZEHİNSEL ☐ QZBAKIM ☐	
ÜLKE: TÜRKİYE ☐ DİĞER ☐ KAMETGAH İLE İSTANBUL ☐ DİĞER ☐ EVDEKİ ÇOCUK: VAR ☐ YOK ☐ REFAKATÇİ: VAR ☐ YOK ☐	
EĞİTİM DURUMU: YOK ☐ İLKOKUL ☐ ORTA OKUL ☐ İLİSE ☐ DÜĞÜSANS ☐ İLİSANS ☐ İLİSANS ÜSTÜ ☐	
ÇALIŞMA DURUMU: ÇALIŞMIYOR ☐ ÖĞRENCİ ☐ ÇALIŞIYOR ☐ EV HANIMI ☐	
HASTALIK VE TEDAVİ BİLGİLERİ : (12-19)	
ANA HASTALIK:..... AYKARTILAN TEDAVİ: EVET ☐ HAYIR ☐ TÜRÜ: MUAYENE ☐ İLAHALE ☐ ÇEŞİŞ ☐	
SON 12 AYDA MURACAAT SAYISI: <5 ☐ 5-10 ☐ 10-15 ☐ 15-20 ☐ 20-30 ☐ 30-40 ☐ 40-50 ☐ 50-60 ☐ 60-70 ☐ 70-80 ☐ 80-90 ☐ 90-100 ☐ 100-110 ☐ 110-120 ☐ 120-130 ☐ 130-140 ☐ 140-150 ☐ 150-160 ☐ 160-170 ☐ 170-180 ☐ 180-190 ☐ 190-200 ☐ 200-210 ☐ 210-220 ☐ 220-230 ☐ 230-240 ☐ 240-250 ☐ 250-260 ☐ 260-270 ☐ 270-280 ☐ 280-290 ☐ 290-300 ☐ 300-310 ☐ 310-320 ☐ 320-330 ☐ 330-340 ☐ 340-350 ☐ 350-360 ☐ 360-370 ☐ 370-380 ☐ 380-390 ☐ 390-400 ☐ 400-410 ☐ 410-420 ☐ 420-430 ☐ 430-440 ☐ 440-450 ☐ 450-460 ☐ 460-470 ☐ 470-480 ☐ 480-490 ☐ 490-500 ☐ 500-510 ☐ 510-520 ☐ 520-530 ☐ 530-540 ☐ 540-550 ☐ 550-560 ☐ 560-570 ☐ 570-580 ☐ 580-590 ☐ 590-600 ☐ 600-610 ☐ 610-620 ☐ 620-630 ☐ 630-640 ☐ 640-650 ☐ 650-660 ☐ 660-670 ☐ 670-680 ☐ 680-690 ☐ 690-700 ☐ 700-710 ☐ 710-720 ☐ 720-730 ☐ 730-740 ☐ 740-750 ☐ 750-760 ☐ 760-770 ☐ 770-780 ☐ 780-790 ☐ 790-800 ☐ 800-810 ☐ 810-820 ☐ 820-830 ☐ 830-840 ☐ 840-850 ☐ 850-860 ☐ 860-870 ☐ 870-880 ☐ 880-890 ☐ 890-900 ☐ 900-910 ☐ 910-920 ☐ 920-930 ☐ 930-940 ☐ 940-950 ☐ 950-960 ☐ 960-970 ☐ 970-980 ☐ 980-990 ☐ 990-1000 ☐ 1000-1010 ☐ 1010-1020 ☐ 1020-1030 ☐ 1030-1040 ☐ 1040-1050 ☐ 1050-1060 ☐ 1060-1070 ☐ 1070-1080 ☐ 1080-1090 ☐ 1090-1100 ☐ 1100-1110 ☐ 1110-1120 ☐ 1120-1130 ☐ 1130-1140 ☐ 1140-1150 ☐ 1150-1160 ☐ 1160-1170 ☐ 1170-1180 ☐ 1180-1190 ☐ 1190-1200 ☐ 1200-1210 ☐ 1210-1220 ☐ 1220-1230 ☐ 1230-1240 ☐ 1240-1250 ☐ 1250-1260 ☐ 1260-1270 ☐ 1270-1280 ☐ 1280-1290 ☐ 1290-1300 ☐ 1300-1310 ☐ 1310-1320 ☐ 1320-1330 ☐ 1330-1340 ☐ 1340-1350 ☐ 1350-1360 ☐ 1360-1370 ☐ 1370-1380 ☐ 1380-1390 ☐ 1390-1400 ☐ 1400-1410 ☐ 1410-1420 ☐ 1420-1430 ☐ 1430-1440 ☐ 1440-1450 ☐ 1450-1460 ☐ 1460-1470 ☐ 1470-1480 ☐ 1480-1490 ☐ 1490-1500 ☐ 1500-1510 ☐ 1510-1520 ☐ 1520-1530 ☐ 1530-1540 ☐ 1540-1550 ☐ 1550-1560 ☐ 1560-1570 ☐ 1570-1580 ☐ 1580-1590 ☐ 1590-1600 ☐ 1600-1610 ☐ 1610-1620 ☐ 1620-1630 ☐ 1630-1640 ☐ 1640-1650 ☐ 1650-1660 ☐ 1660-1670 ☐ 1670-1680 ☐ 1680-1690 ☐ 1690-1700 ☐ 1700-1710 ☐ 1710-1720 ☐ 1720-1730 ☐ 1730-1740 ☐ 1740-1750 ☐ 1750-1760 ☐ 1760-1770 ☐ 1770-1780 ☐ 1780-1790 ☐ 1790-1800 ☐ 1800-1810 ☐ 1810-1820 ☐ 1820-1830 ☐ 1830-1840 ☐ 1840-1850 ☐ 1850-1860 ☐ 1860-1870 ☐ 1870-1880 ☐ 1880-1890 ☐ 1890-1900 ☐ 1900-1910 ☐ 1910-1920 ☐ 1920-1930 ☐ 1930-1940 ☐ 1940-1950 ☐ 1950-1960 ☐ 1960-1970 ☐ 1970-1980 ☐ 1980-1990 ☐ 1990-2000 ☐ 2000-2010 ☐ 2010-2020 ☐ 2020-2030 ☐ 2030-2040 ☐ 2040-2050 ☐ 2050-2060 ☐ 2060-2070 ☐ 2070-2080 ☐ 2080-2090 ☐ 2090-2100 ☐ 2100-2110 ☐ 2110-2120 ☐ 2120-2130 ☐ 2130-2140 ☐ 2140-2150 ☐ 2150-2160 ☐ 2160-2170 ☐ 2170-2180 ☐ 2180-2190 ☐ 2190-2200 ☐ 2200-2210 ☐ 2210-2220 ☐ 2220-2230 ☐ 2230-2240 ☐ 2240-2250 ☐ 2250-2260 ☐ 2260-2270 ☐ 2270-2280 ☐ 2280-2290 ☐ 2290-2300 ☐ 2300-2310 ☐ 2310-2320 ☐ 2320-2330 ☐ 2330-2340 ☐ 2340-2350 ☐ 2350-2360 ☐ 2360-2370 ☐ 2370-2380 ☐ 2380-2390 ☐ 2390-2400 ☐ 2400-2410 ☐ 2410-2420 ☐ 2420-2430 ☐ 2430-2440 ☐ 2440-2450 ☐ 2450-2460 ☐ 2460-2470 ☐ 2470-2480 ☐ 2480-2490 ☐ 2490-2500 ☐ 2500-2510 ☐ 2510-2520 ☐ 2520-2530 ☐ 2530-2540 ☐ 2540-2550 ☐ 2550-2560 ☐ 2560-2570 ☐ 2570-2580 ☐ 2580-2590 ☐ 2590-2600 ☐ 2600-2610 ☐ 2610-2620 ☐ 2620-2630 ☐ 2630-2640 ☐ 2640-2650 ☐ 2650-2660 ☐ 2660-2670 ☐ 2670-2680 ☐ 2680-2690 ☐ 2690-2700 ☐ 2700-2710 ☐ 2710-2720 ☐ 2720-2730 ☐ 2730-2740 ☐ 2740-2750 ☐ 2750-2760 ☐ 2760-2770 ☐ 2770-2780 ☐ 2780-2790 ☐ 2790-2800 ☐ 2800-2810 ☐ 2810-2820 ☐ 2820-2830 ☐ 2830-2840 ☐ 2840-2850 ☐ 2850-2860 ☐ 2860-2870 ☐ 2870-2880 ☐ 2880-2890 ☐ 2890-2900 ☐ 2900-2910 ☐ 2910-2920 ☐ 2920-2930 ☐ 2930-2940 ☐ 2940-2950 ☐ 2950-2960 ☐ 2960-2970 ☐ 2970-2980 ☐ 2980-2990 ☐ 2990-3000 ☐ 3000-3010 ☐ 3010-3020 ☐ 3020-3030 ☐ 3030-3040 ☐ 3040-3050 ☐ 3050-3060 ☐ 3060-3070 ☐ 3070-3080 ☐ 3080-3090 ☐ 3090-3100 ☐ 3100-3110 ☐ 3110-3120 ☐ 3120-3130 ☐ 3130-3140 ☐ 3140-3150 ☐ 3150-3160 ☐ 3160-3170 ☐ 3170-3180 ☐ 3180-3190 ☐ 3190-3200 ☐ 3200-3210 ☐ 3210-3220 ☐ 3220-3230 ☐ 3230-3240 ☐ 3240-3250 ☐ 3250-3260 ☐ 3260-3270 ☐ 3270-3280 ☐ 3280-3290 ☐ 3290-3300 ☐ 3300-3310 ☐ 3310-3320 ☐ 3320-3330 ☐ 3330-3340 ☐ 3340-3350 ☐ 3350-3360 ☐ 3360-3370 ☐ 3370-3380 ☐ 3380-3390 ☐ 3390-3400 ☐ 3400-3410 ☐ 3410-3420 ☐ 3420-3430 ☐ 3430-3440 ☐ 3440-3450 ☐ 3450-3460 ☐ 3460-3470 ☐ 3470-3480 ☐ 3480-3490 ☐ 3490-3500 ☐ 3500-3510 ☐ 3510-3520 ☐ 3520-3530 ☐ 3530-3540 ☐ 3540-3550 ☐ 3550-3560 ☐ 3560-3570 ☐ 3570-3580 ☐ 3580-3590 ☐ 3590-3600 ☐ 3600-3610 ☐ 3610-3620 ☐ 3620-3630 ☐ 3630-3640 ☐ 3640-3650 ☐ 3650-3660 ☐ 3660-3670 ☐ 3670-3680 ☐ 3680-3690 ☐ 3690-3700 ☐ 3700-3710 ☐ 3710-3720 ☐ 3720-3730 ☐ 3730-3740 ☐ 3740-3750 ☐ 3750-3760 ☐ 3760-3770 ☐ 3770-3780 ☐ 3780-3790 ☐ 3790-3800 ☐ 3800-3810 ☐ 3810-3820 ☐ 3820-3830 ☐ 3830-3840 ☐ 3840-3850 ☐ 3850-3860 ☐ 3860-3870 ☐ 3870-3880 ☐ 3880-3890 ☐ 3890-3900 ☐ 3900-3910 ☐ 3910-3920 ☐ 3920-3930 ☐ 3930-3940 ☐ 3940-3950 ☐ 3950-3960 ☐ 3960-3970 ☐ 3970-3980 ☐ 3980-3990 ☐ 3990-4000 ☐ 4000-4010 ☐ 4010-4020 ☐ 4020-4030 ☐ 4030-4040 ☐ 4040-4050 ☐ 4050-4060 ☐ 4060-4070 ☐ 4070-4080 ☐ 4080-4090 ☐ 4090-4100 ☐ 4100-4110 ☐ 4110-4120 ☐ 4120-4130 ☐ 4130-4140 ☐ 4140-4150 ☐ 4150-4160 ☐ 4160-4170 ☐ 4170-4180 ☐ 4180-4190 ☐ 4190-4200 ☐ 4200-4210 ☐ 4210-4220 ☐ 4220-4230 ☐ 4230-4240 ☐ 4240-4250 ☐ 4250-4260 ☐ 4260-4270 ☐ 4270-4280 ☐ 4280-4290 ☐ 4290-4300 ☐ 4300-4310 ☐ 4310-4320 ☐ 4320-4330 ☐ 4330-4340 ☐ 4340-4350 ☐ 4350-4360 ☐ 4360-4370 ☐ 4370-4380 ☐ 4380-4390 ☐ 4390-4400 ☐ 4400-4410 ☐ 4410-4420 ☐ 4420-4430 ☐ 4430-4440 ☐ 4440-4450 ☐ 4450-4460 ☐ 4460-4470 ☐ 4470-4480 ☐ 4480-4490 ☐ 4490-4500 ☐ 4500-4510 ☐ 4510-4520 ☐ 4520-4530 ☐ 4530-4540 ☐ 4540-4550 ☐ 4550-4560 ☐ 4560-4570 ☐ 4570-4580 ☐ 4580-4590 ☐ 4590-4600 ☐ 4600-4610 ☐ 4610-4620 ☐ 4620-4630 ☐ 4630-4640 ☐ 4640-4650 ☐ 4650-4660 ☐ 4660-4670 ☐ 4670-4680 ☐ 4680-4690 ☐ 4690-4700 ☐ 4700-4710 ☐ 4710-4720 ☐ 4720-4730 ☐ 4730-4740 ☐ 4740-4750 ☐ 4750-4760 ☐ 4760-4770 ☐ 4770-4780 ☐ 4780-4790 ☐ 4790-4800 ☐ 4800-4810 ☐ 4810-4820 ☐ 4820-4830 ☐ 4830-4840 ☐ 4840-4850 ☐ 4850-4860 ☐ 4860-4870 ☐ 4870-4880 ☐ 4880-4890 ☐ 4890-4900 ☐ 4900-4910 ☐ 4910-4920 ☐ 4920-4930 ☐ 4930-4940 ☐ 4940-4950 ☐ 4950-4960 ☐ 4960-4970 ☐ 4970-4980 ☐ 4980-4990 ☐ 4990-5000 ☐ 5000-5010 ☐ 5010-5020 ☐ 5020-5030 ☐ 5030-5040 ☐ 5040-5050 ☐ 5050-5060 ☐ 5060-5070 ☐ 5070-5080 ☐ 5080-5090 ☐ 5090-5100 ☐ 5100-5110 ☐ 5110-5120 ☐ 5120-5130 ☐ 5130-5140 ☐ 5140-5150 ☐ 5150-5160 ☐ 5160-5170 ☐ 5170-5180 ☐ 5180-5190 ☐ 5190-5200 ☐ 5200-5210 ☐ 5210-5220 ☐ 5220-5230 ☐ 5230-5240 ☐ 5240-5250 ☐ 5250-5260 ☐ 5260-5270 ☐ 5270-5280 ☐ 5280-5290 ☐ 5290-5300 ☐ 5300-5310 ☐ 5310-5320 ☐ 5320-5330 ☐ 5330-5340 ☐ 5340-5350 ☐ 5350-5360 ☐ 5360-5370 ☐ 5370-5380 ☐ 5380-5390 ☐ 5390-5400 ☐ 5400-5410 ☐ 5410-5420 ☐ 5420-5430 ☐ 5430-5440 ☐ 5440-5450 ☐ 5450-5460 ☐ 5460-5470 ☐ 5470-5480 ☐ 5480-5490 ☐ 5490-5500 ☐ 5500-5510 ☐ 5510-5520 ☐ 5520-5530 ☐ 5530-5540 ☐ 5540-5550 ☐ 5550-5560 ☐ 5560-5570 ☐ 5570-5580 ☐ 5580-5590 ☐ 5590-5600 ☐ 5600-5610 ☐ 5610-5620 ☐ 5620-5630 ☐ 5630-5640 ☐ 5640-5650 ☐ 5650-5660 ☐ 5660-5670 ☐ 5670-5680 ☐ 5680-5690 ☐ 5690-5700 ☐ 5700-5710 ☐ 5710-5720 ☐ 5720-5730 ☐ 5730-5740 ☐ 5740-5750 ☐ 5750-5760 ☐ 5760-5770 ☐ 5770-5780 ☐ 5780-5790 ☐ 5790-5800 ☐ 5800-5810 ☐ 5810-5820 ☐ 5820-5830 ☐ 5830-5840 ☐ 5840-5850 ☐ 5850-5860 ☐ 5860-5870 ☐ 5870-5880 ☐ 5880-5890 ☐ 5890-5900 ☐ 5900-5910 ☐ 5910-5920 ☐ 5920-5930 ☐ 5930-5940 ☐ 5940-5950 ☐ 5950-5960 ☐ 5960-5970 ☐ 5970-5980 ☐ 5980-5990 ☐ 5990-6000 ☐ 6000-6010 ☐ 6010-6020 ☐ 6020-6030 ☐ 6030-6040 ☐ 6040-6050 ☐ 6050-6060 ☐ 6060-6070 ☐ 6070-6080 ☐ 6080-6090 ☐ 6090-6100 ☐ 6100-6110 ☐ 6110-6120 ☐ 6120-6130 ☐ 6130-6140 ☐ 6140-6150 ☐ 6150-6160 ☐ 6160-6170 ☐ 6170-6180 ☐ 6180-6190 ☐ 6190-6200 ☐ 6200-6210 ☐ 6210-6220 ☐ 6220-6230 ☐ 6230-6240 ☐ 6240-6250 ☐ 6250-6260 ☐ 6260-6270 ☐ 6270-6280 ☐ 6280-6290 ☐ 6290-6300 ☐ 6300-6310 ☐ 6310-6320 ☐ 6320-6330 ☐ 6330-6340 ☐ 6340-6350 ☐ 6350-6360 ☐ 6360-6370 ☐ 6370-6380 ☐ 6380-6390 ☐ 6390-6400 ☐ 6400-6410 ☐ 6410-6420 ☐ 6420-6430 ☐ 6430-6440 ☐ 6440-6450 ☐ 6450-6460 ☐ 6460-6470 ☐ 6470-6480 ☐ 6480-6490 ☐ 6490-6500 ☐ 6500-6510 ☐ 6510-6520 ☐ 6520-6530 ☐ 6530-6540 ☐ 6540-6550 ☐ 6550-6560 ☐ 6560-6570 ☐ 6570-6580 ☐ 6580-6590 ☐ 6590-6600 ☐ 6600-6610 ☐ 6610-6620 ☐ 6620-6630 ☐ 6630-6640 ☐ 6640-6650 ☐ 6650-6660 ☐ 6660-6670 ☐ 6670-6680 ☐ 6680-6690 ☐ 6690-6700 ☐ 6700-6710 ☐ 6710-6720 ☐ 6720-6730 ☐ 6730-6740 ☐ 6740-6750 ☐ 6750-6760 ☐ 6760-6770 ☐ 6770-6780 ☐ 6780-6790 ☐ 6790-6800 ☐ 6800-6810 ☐ 6810-6820 ☐ 6820-6830 ☐ 6830-6840 ☐ 6840-6850 ☐ 6850-6860 ☐ 6860-6870 ☐ 6870-6880 ☐ 6880-6890 ☐ 6890-6900 ☐ 6900-6910 ☐ 6910-6920 ☐ 6920-6930 ☐ 6930-6940 ☐ 6940-6950 ☐ 6950-6960 ☐ 6960-6970 ☐ 6970-6980 ☐ 6980-6990 ☐ 6990-7000 ☐ 7000-7010 ☐ 7010-7020 ☐ 7020-7030 ☐ 7030-7040 ☐ 7040-7050 ☐ 7050-7060 ☐ 7060-7070 ☐ 7070-7080 ☐ 7080-7090 ☐ 7090-7100 ☐ 7100-7110 ☐ 7110-7120 ☐ 7120-7130 ☐ 7130-7140 ☐ 7140-7150 ☐ 7150-7160 ☐ 716	

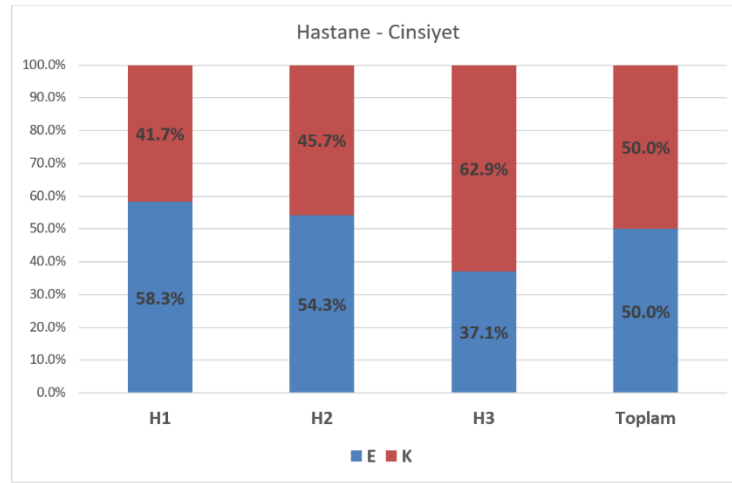
5.3. İstanbul Üçüncü Basamak Hastane Polikliniklerinde Anket

Çalışmasının Sonuçları

Anket sonuçları çalışmanın yapıldığı üçüncü basamak hastane polikliniklerine müracaat eden hastalar ve hasta refakatçilerinin polikliniklerdeki sosyal alanların genel olarak kalitesi ve niteliğinin değerlendirilmesi ve bu alanlarda bulunmasına ihtiyaç duyulan bölümleri ortaya koymaktadır. Bu bölümde, anketlerdeki bilgilerin istatistiksel değerleri analiz edilip polikliniklerdeki sosyal alanların mimari tasarımında kullanılabilecek bir şekilde yorumlanmıştır.

5.3.1. Hastaların Profili

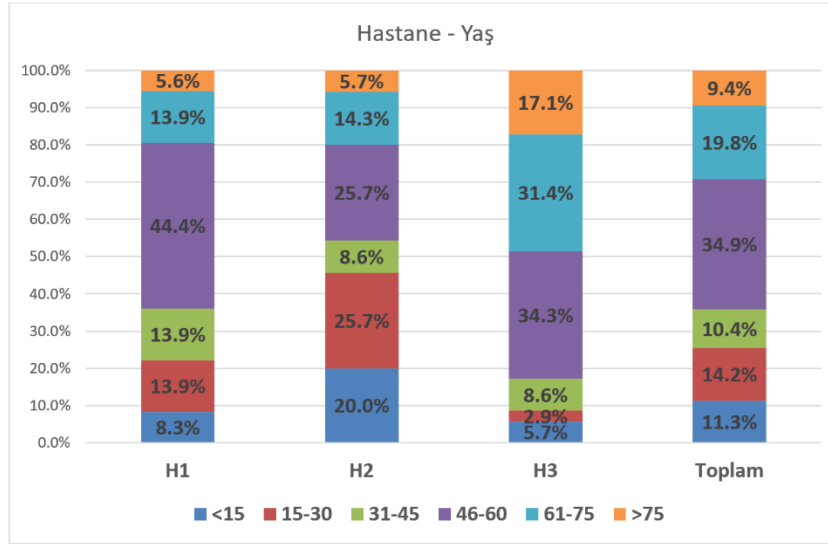
Üçüncü basamak hastane polikliniklerine müracaat eden hastaların profiline bakıldığında, cinsiyet açısından, üç hastanenin genelinde hastaların %50'si erkek ve %50'si kadındır. İÜOE (H1) polikliniğinde bu oran %58,3'ü erkek ve %41,7'si kadın, MSBKH (H2) polikliniğinde %54,3'ü erkek ve %45,7'si kadın ve SEKGH (H3) polikliniğinde %37,1'i erkek ve %62,9'u kadın olup bu hastanedeki hastaların cinsiyet dağılımı diğer iki hastane ile farklı durumdadır.



Şekil 5.2 Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Hastaların yaşları açısından bakıldığında, üç hastanenin genelinde hastaların çoğunluğu 46-60 yaş grubundan olup toplamda kronik hastalıkların bilimsel olarak en önemli yaş grubu yani 15 yaşın üstündeki hastalar %88.5 oranıyla çoğunluğu ve 15 yaş

altındaki hastalar %11,5 oranıyla azınlığı oluşturmaktadır. Diğer hastanelerde ise çoğunluk bu yaş grubu hastalara aittir ancak hastaneler arasında ve diğer yaş gruplarındaki hastalar arasında farklılıklar görülmektedir. On beş yaşın altında olan hastaların oranı İÜOE (H1) polikliniğinde %8,3, MSBKH (H2) polikliniğinde %20 ve SEKGH (H3) polikliniğinde %5,7’dir.



Şekil 5.3 Hastaneler Göre Hastaların Yaş Grubu

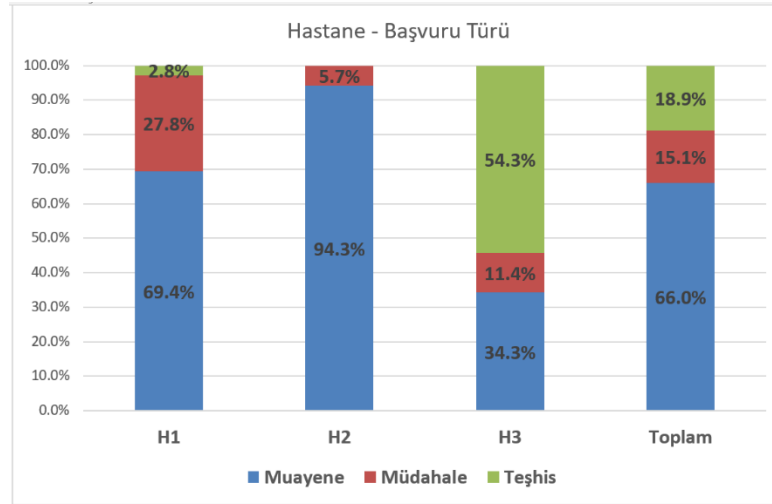
Yaş gruplarının detaylı analizi ile üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanlarının mimari tasarımında farklı şekillerde yorumlanması tasarım kriterlerini etkileyebilir. Farklı yaş gruplarındaki hastaların sosyal alanlardaki ihtiyaçları, psikolojik durumları, güvenlik kriterleri, refakatçi profili, algı gücü ve fiziki durumu gibi özellikleri değişkenlik göstermekle beraber sosyal alanlarının tasarımında farklı kriterlerin uygulanmasını gerektirebilir.

5.3.2. Hastaların Müracaat Türü ve Medikal İşlemleri

Bu bölümde analiz edilen “hastaneye müracaat türü”, “son 12 ayda müracaat sayısı” ve “müracaattaki bekleme süresi”, üçüncü basamak hastane polikliniklerinin mimari tasarımı hakkında çok önemli bilgiler verip bu alanların mimari tasarımını etkileyen birçok faktörü ortaya koyar.

Hastaların, polikliniklere başvuru türü analizi, poliklinik bölümlerinin kullanım hacmi, trafiği ve kapasitesi, acil durumlar özelliği ve havalandırma gibi önemli özelliklerini belirler. Ayrıca, hastaların bu bölümlere başvurdıkları zaman, psikolojik durumları ve sağlık açısından dikkat edilecek durumları bir birinden farklı olduğu için bu bölümlerde bulunan sosyal alanlarının mimari tasarımında farklı önlemlerin alınmasını gerektirir.

Bu çalışmadaki polikliniklerin genelinde, hasta müracaatlarının %66'sı muayene, %15,1'i müdahale ve tedavi işlemleri ve %18,9'u teşhis bölümlerine yapılmıştır. Ancak, bu oran poliklinikler arasında ciddi farklılık gösterip polikliniklere muayene için başvuran hastaların oranı İÜOE (H1) polikliniğinde %69,4, MSBKH (H2) polikliniğinde %94,3 ve SEKGH (H3) polikliniğinde %34,3'tür. Bir ayrı fark da müdahale ve tedavi işlemleri için polikliniklere müracaatta bulunan hastaların oranındadır. Bu oran, İÜOE (H1) polikliniğinde %27,8, %5,7 ve SEKGH (H3) polikliniğinde %11,4'tür ve bu polikliniklerdeki teşhis bölümlerine başvuran hastaların oranı ise İÜOE (H1) polikliniğinde %2,8 ve SEKGH (H3) polikliniğinde %54,3'tür.



Şekil 5.4 Hastaneye Göre Katılımcıların Müracaatta Medikal İşlem Türü

Hastaların son 12 aydaki polikliniklere müracaat sayısı ve bu müracaatlardaki bekleme süresinin analizi, bu mekânlarda daha çok ihtiyaç duyulacak ve verimli olan sosyal alanların türünü ve mimari tasarımın şeklini belirlemekte etkili olur.

Son 12 ayda polikliniklere müracaat sayısı açısından, hastaneler arasında ciddi farklılık görülmektedir. İÜOE (H1) polikliniğinde hastaların %58,8'i SEKGH (H2) polikliniğinde hastaların %9,7'si ve SEKGH (H3) polikliniğinde hastaların %29'u son 12 ayda, 10'un üstünde hastaneye müracaatta bulunmuşlardır.

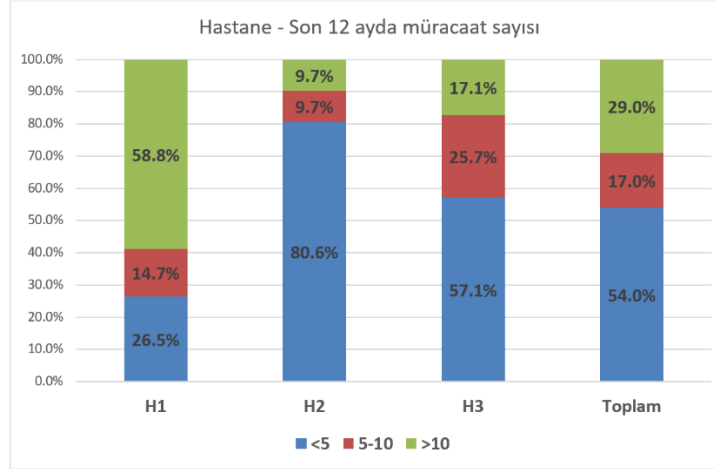
İÜOE (H1) polikliniğinde müracaat sayıları 10'un üstünde olan hastaların arasında, son 12 ayda 20, 25, 13, 40, 50 ve 100 müracaatı olan hastalar bulunmaktadır ve bu hastalar 10 müracaattan fazlası olan hastalar olup son 12 ayda 10 müracaattan fazlası olan hastaların yaklaşık %20'sine tekabül etmektedir. Farklı bir deyişle, son 12 ayda İÜOE (H1) polikliniğinde 10 seferden fazla başvuranların %20'sinin 20 ila 100 poliklinik müracaatları olmuştur. Bu şekilde müracaatları olan hastaların sayısı, MSBKH (H2) polikliniğinde bulunmamakta olup SEKGH (H3) polikliniğinde 1 kişidir.

Hastaların polikliniklere müracaatlarındaki bekleme süreleri ise poliklinikler arasında ciddi fark göstermekte olup bu tesislerdeki sosyal alanlarının mimari tasarım kriterlerini etkileyen faktörlerden birisi sayılır.

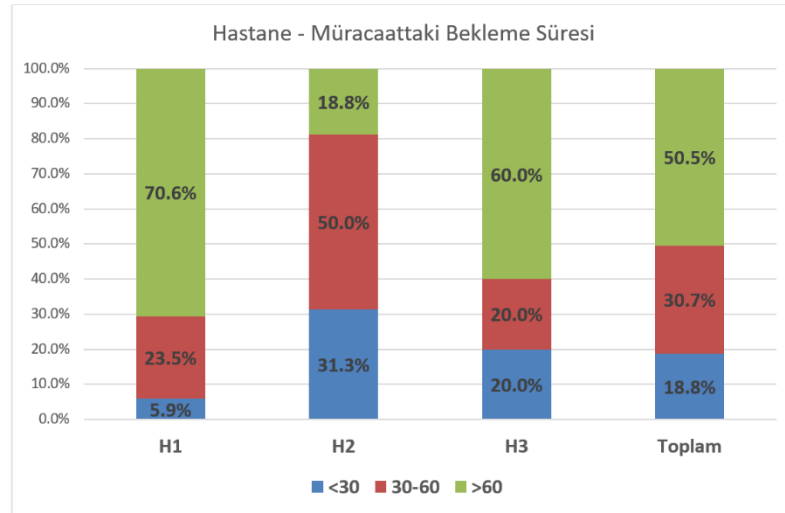
İÜOE (H1) polikliniğine başvuran hasta ve hasta refakatçilerinin, %70,6'sı, MSBKH (H2) polikliniğine başvuran hastaların sadece %18,8'i ve SEKGH (H3) polikliniğine başvuran hastaların %60'ı 1 saatten fazla medikal işlemlerinin yapılması için bu hastanelerde zaman geçirmişlerdir.

Bu polikliniklerde, 1 saatten fazla bekleme süreleri olan hastaların, İÜOE (H1) polikliniğinde yaklaşık %50'si, 3 ila 8 saat, MSBKH (H2) polikliniğinde yaklaşık %30'u, 3 ila 4 saat ve SEKGH (H3) polikliniğinde yaklaşık %52'si, 4 ila 8 saat tedavi işlemleri için bekleme süreleri olmuştur.

Çapraz veri analizi yapıldığında, İÜOE (H1) polikliniği ve SEKGH (H3) polikliniğindeki son 12 ayda 10 müracaattan fazlası olan hastaların, aynı zamanda bekleme süreleri 2 saatten fazla olan hastalar olup başvurdukları bölüm (başvuru türüne göre) tedavi ve teşhis işlemlerinin yapıldığı bölümlerdi.



Şekil 5.5 Hastaneye Göre Katılımcıların Son 12 Ayda Polikliniğe Müracaat Sayısı



Şekil 5.6 Hastaneye Göre Katılımcıların Müracaatta Bekleme Süreleri

Tablo 5.4 Hastanelerde Müracaatta Medikal İşlem Türüne Göre Bekleme Süresi

Hastane			Müracaattaki Bekleme Süresi		
			<30	30-60	>60
H1	Türü	Muayene	8,3%	33,3%	58,3%
		Müdahale			100,0%
		Teşhis			100,0%
H2	Türü	Muayene	32,3%	51,6%	16,1%
		Müdahale			100,0%
H3	Türü	Muayene	41,7%	33,3%	25,0%
		Müdahale		25,0%	75,0%
		Teşhis	10,5%	10,5%	78,9%
Total	Türü	Muayene	25,4%	41,8%	32,8%
		Müdahale		7,1%	92,9%
		Teşhis	10,0%	10,0%	80,0%
	Total		18,8%	30,7%	50,5%

5.3.3. Hasta Refakatçilerinin Durumu

Bu çalışmadaki polikliniklere refakatçi eşliğinde başvuran hastaların sayısı ve ona bağlı bilgiler, sosyal alanlarının mimari tasarımı bu alanların kapasitesi hakkında bilgi sağlar.

İÜOE (H1) polikliniğinde hastaların %72,2'si, SEKGH (H2) polikliniğinde hastaların %74,3'ü ve SEKGH (H3) polikliniğinde hastaların %88,6'sı başvurularını refakatçi eşliğinde yapmışlardır.

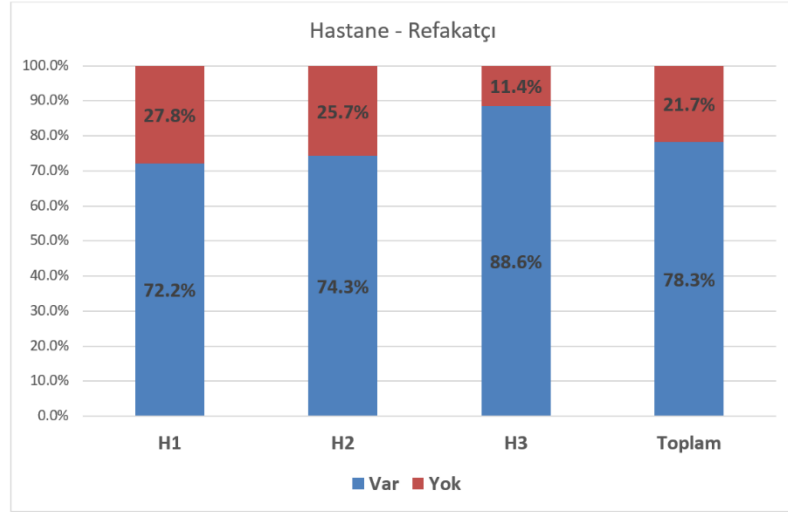
Refakatçi eşliğinde başvuran hastaların içinde, İÜOE (H1) polikliniğinde hastaların %19,2'si 2 veya 3 refakatçiyle, SEKGH (H2) polikliniğinde hastaların %38,5'i 2 ila 4 refakatçiyle ve SEKGH (H3) polikliniğinde hastaların %16,1'i 2 veya 3 refakatçiyle başvuruda bulunmuşlar.

Bu bilgiye göre bu polikliniklerde hasta başına düşen refakatçi sayısı sırasıyla 0,9 kişi, 1,2 kişi ve 1,06 kişi temel alınabilir.

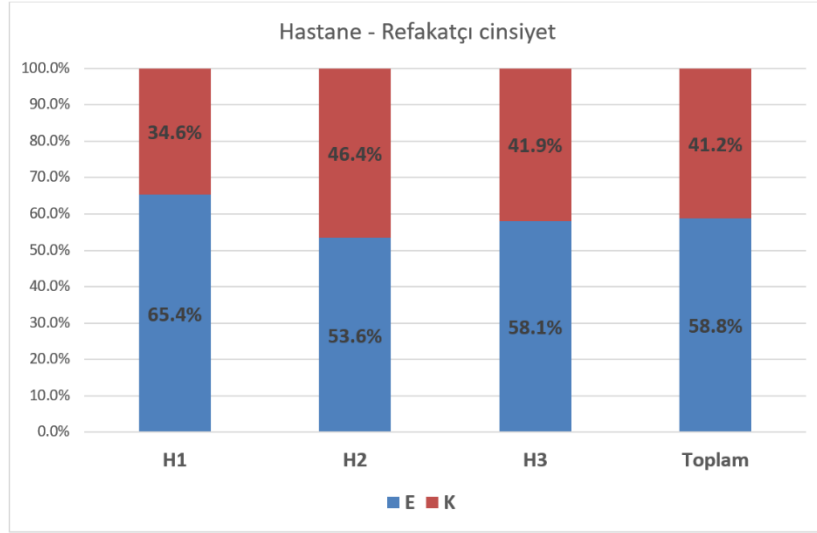
Başvuruyu refakatçi eşliğinde yapan hastaların cinsiyetine bakıldığında, polikliniklerin toplamında bu hastaların %49,4'ü erkek ve %50,6'sı kadın olup refakatçilerin cinsiyeti ise polikliniklerin toplamında %58,8'i erkek ve %41,2'si kadın olup polikliniklerin arasında çok ciddi bir fark görülmemektedir.

Hasta refakatçilerinin yaş özelliğine bakıldığında, polikliniklerin toplamında %19'u 15-30 yaş grubu %36,9'u 31-45 yaş grubu %31'i 46-60 yaş grubu %11,9'u 61-75 yaş grubu ve %1,2'si 75 yaşın üstündeki yaş grubundan oluşuyor.

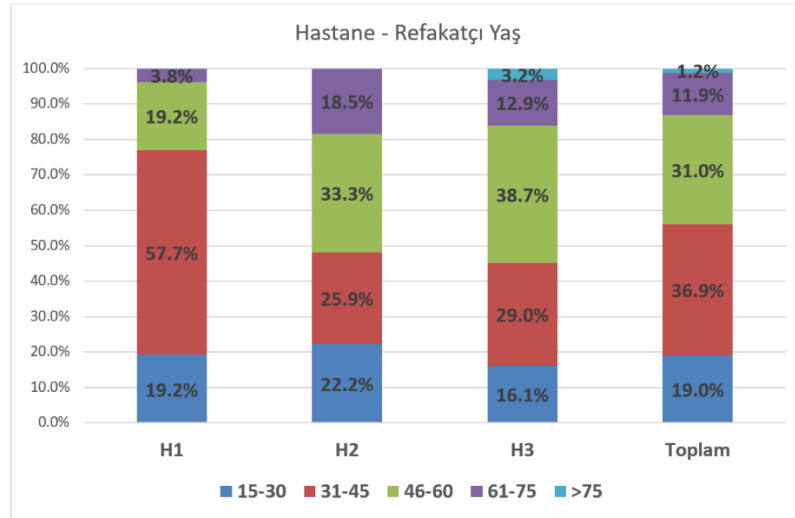
Bu bilgiye göre, refakatçilerin %86,9'unun yaşı 15 ila 60 arasında olup %13,1'inin yaşı 60'ın üstündedir.



Şekil 5.7 Hastaneye Göre Refakatçisi Olan Hastaların Dağılımı



Şekil 5.8 Hastaneye Göre Refakatçilerin Cinsiyet Dağılımı



Şekil 5.9 Hastaneye Göre Refakatçilerin Yaş Grupları

5.3.4. Hastalar ve Refakatçilerdeki Engellilik Durumu

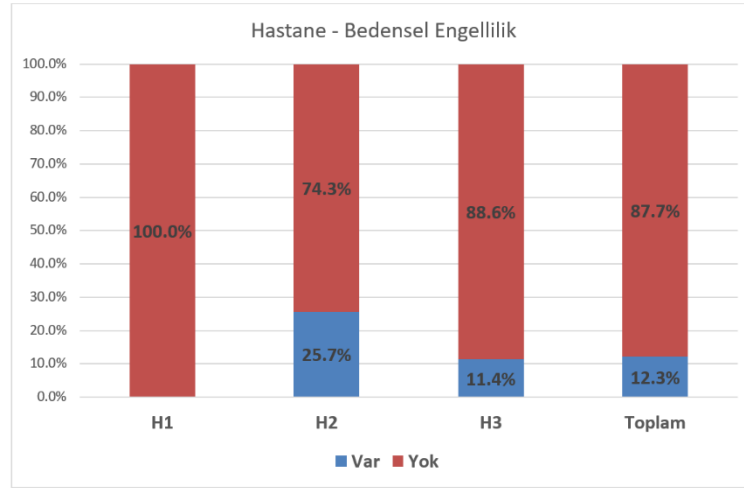
Kullanıcıların engellilik durumu, binaların mimari tasarımında en önemli konulardan birisi sayılıp, ulaşılabilirlik ve kullanılabilirlik açısından mimari tasarımın kriterlerinde her zaman ön planda tutulmalıdır.

Bu konu, hastanelerde bulunan hastaların hastalıktan dolayı fiziki kısıtlılıkları ve buna ek olarak, kronik hastalıklar için tedavi hizmetlerinin sunulduğu üçüncü basamak hastanelerde yaşlı grupların bulunmalarından dolayı daha fazla dikkate alınmalıdır.

Üç polikliniğin toplamında, bu çalışmaya katılan hastaların arasında engellilik oranı %12,3'tür.

Ayrıca, hastalık nedeniyle polikliniklere tekerlekli sandalye veya sedyede müracaat eden hastaların oranı, İÜOE (H1) polikliniğinde %8,6, SEKGH (H2) polikliniğinde %22,9 ve SEKGH (H3) polikliniğinde %8,6'dır.

Bu oranların başvuran engelli hasta oranlarıyla birleştirildiğinde, polikliniklerdeki engelli hastaların oranı, İÜOE (H1) polikliniğinde %8,6, SEKGH (H2) polikliniğinde %48,6 ve SEKGH (H3) polikliniğinde %20 olur.



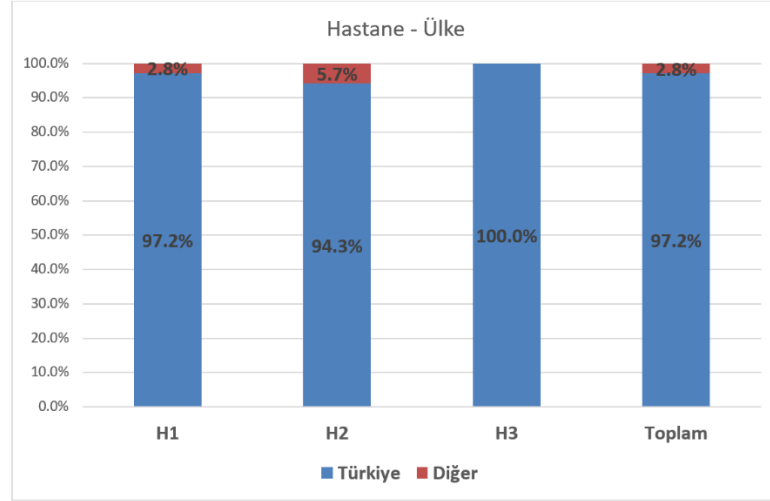
Şekil 5.10 Hastanelerde Katılımcı Engelli Hastaların Dağılımı

5.3.5. Yabancı Hastalar ve İstanbul Dışından Müracaat Eden Hastalar

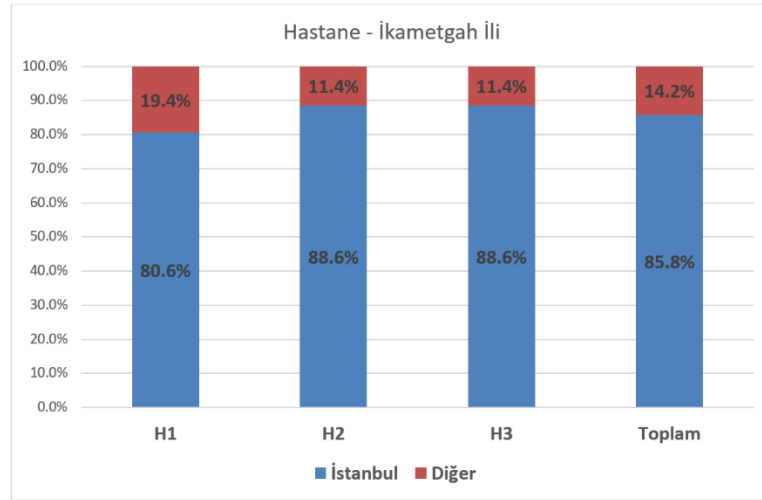
Polikliniklerde bulunan yabancı hastalar ve İstanbul dışından müracaat eden hastaların sosyal alanlarının mimari tasarımı iki farklı açıdan dikkate alınmalıdır. Birincisi her iki hasta grubunun sosyokültürel özellikleri ve ikincisi İstanbul dışından ve çoğunlukla günübirlik müracaat eden hastaların ihtiyaçlarıdır. Üç hastanenin toplamında yabancı hastaların oranı %2,8 olmak üzere bu oran İÜOE (H1) polikliniğinde %2,8 ve SEKGH (H2) polikliniğinde %5,7'dir.

Polikliniklere, İstanbul dışından müracaat eden hastaların oranı ise üç poliklinikte %14,2 olup bu oran polikliniklerin arasında çok ciddi bir değişiklik göstermemektedir.

Sosyokültürel özelliklerin analizinde, çalışmanın diğer faktörlerinin dâhil edilmesi daha detaylı bilgiler ortaya koyup bu tesislerdeki sosyal alanların mimari tasarımını etkileyecek farklı etkenleri belirler. Örneğin SEKGH (H2) polikliniğine, tekerlekli sandalyede müracaat eden 10 yaşında yabancı hasta, fiziksel ve zihinsel engelli olup anne, baba, kardeş ve bir tercüman müracaatta ona eşlik etmekteydi.



Şekil 5.11 Hastanelerde Yabancı Hastalar



Şekil 5.12 Hastaneye Göre İstanbul Dışından Müracaat Eden Hastalar

5.3.6. Hastalar ve Refakatçiler Tarafından Bölümlerin Arasındaki Yolların Değerlendirilmesi

Sağlık tesislerinin genelinde bölümler arasındaki yollar ve koridorlar sosyal alanlarının en önemli unsurudur. Bu geçiş alanlarının, akıcı, rahat ve sağlıklı sirkülasyonunun sağlanması poliklinikteki performansın akımını olumlu etkiler ve hastalar ve refakatçilerinin memnuniyetinin artırmasına neden olur. Polikliniklerdeki bölümlerin arasındaki yolların özellikleri, hastalar ve hasta refakatçilerinin değerlendirmesinde; yolların yönlendirici olması, yolların kısa olması ve yolların düzayak olması arasındaki tercihleri alttaki sonuçlar verdi : (Hob2)

- Birinci tercihte hastaların %60'ı yolların yönlendirici olmasını ve %40'ı yolların düzayak olmasını seçmişler
- İkinci tercihte hastaların %28,8'i yolların yönlendirici olmasını, %21,2'si yolların kısa olmasını ve %50'si yolların düzayak olmasını seçmişler
- Üçüncü tercih olarak hastaların %11,5'i yolların yönlendirici olmasını %78,8'i yolların kısa olmasını ve %9,6'sı yolların düzayak olmasını seçmişler
- Birinci tercihte refakatçilerin %62,5'i yolların yönlendirici olmasını, %3,6'sı yolların kısa olmasını ve %33,9'u yolların düzayak olmasını seçmişler

Bu sonuçlara göre sağlık tesislerinin mimari tasarım standartları ve birçok araştırmada bu tesislerdeki yolların yönlendirici olmasının önemi hastalar tarafından yapılan tercihte ortaya çıktı. Ayrıca ulaşılabilirlik açısından yolların düzayak olması ilgili standartlarda vurgulandığı gibi katılımcılar tarafından da tercih edilmiştir.

5.3.7. Hastalar ve Refakatçiler Tarafından Bekleme Alanlarının Niteliği ve Kalitesinin Değerlendirilmesi

Sağlık tesislerinin niteliği ve bakımı hem sağlık konuları açısından ve hem bu tesislerin kullanıcılarının üzerindeki psikolojik etkiler açısından öneme sahiptir. Bu konu, bir taraftan düzen ve bakım açısından tesisin işletme hizmetlerine bağlı olup, diğer taraftan alanların ferah olması ve dış görüntünün olması veya manzaranın görünmesine bağlıdır.

Anket çalışmasına katılanlar tarafından, polikliniğin niteliği ve kalitesinin değerlendirilmesinin sonucu alttaki gibidir : (Hob3)

- Hastanenin niteliğinin önemli olması sorusunu katılımcıların %91,1'i evet ve %8,9'u fark etmez olarak cevaplamışlar.
- Bu tercihte yaş, hastaneye yıllık müracaat sayısı ve hastanede bekleme süresi çok değişkenlik göstermemektedir.
- Refakatçiler ise hastanenin niteliğinin önemli olması sorusunu %90,7'si evet ve %9,3'ü fark etmez olarak cevaplamışlar.
- Seçeneklerdeki "hayır" cevabı seçilmemiştir.

Katılımcıların; fiziki alanların bakımlı olması, ferah olması ve manzaranın görünmesi seçenekleri arasından seçtikleri tercihler alttaki gibidir : (Hob 4)

- Birinci tercihte, hastaların %54,2'si alanların ferah olması ve %45,8'i bakımlı ve düzenli olmasını seçmişler.
- İkinci tercihte hastaların %45,5'i alanların ferah olması, %45,5'i bakımlı ve düzenli olması ve %9,1'i manzaranın görünmesini seçmişler
- Üçüncü tercih olarak hastaların %9,1'i bakımlı ve düzenli olması ve %90,9'u manzaranın görünmesini seçmişler.
- Bu tercihlerde hastaların hastaneye yıllık müracaat sayısı ve hastanede bekleme süresi çok değişkenlik göstermemektedir.
- Refakatçiler ise, %45,8'i ferah olması, %50'si bakımlı ve düzenli olması ve %4,2'si manzaranın görünmesini seçmişler.

Bu verilere göre hastane alanlarının niteliği ve kalitesi hastalar açısından çok önemli olarak değerlendirilip bu alanların başta ferah olması ve ondan sonra bakımlı ve düzenli olması önemsenmektedir. Bu sonuca göre manzaranın görünmesi, polikliniklerdeki bulunan hastalar açısından çok önemli olmaması ortaya çıkmaktadır.

5.3.8. Hastalar ve Refakatçiler Açısından Hastane Ortam ve Alanlarında

Bulunan Rahatsız Edici Unsurlar

Polikliniklerdeki sosyal alanların özellikleri, bu alanlardaki hastaları rahatsız edici etkenler bakımından değerlendirilmeye alınmıştır. Bu alanlarda gürültü, nafoş koku

ve kalabalık ortam tercihleri, katılımcı hastalar ve refakatçiler tarafından alttaki gibi değerlendirilmiştir: (Hob 5)

- Birinci tercihte, hastaların %27,1'i gürültünün olması ve %58,3'ü nahoş kokunun olması ve %14,6'sı kalabalık olmasını seçmişler.
- İkinci tercihte hastaların %56,5'i gürültünün olması, %23,9'u nahoş kokunun olması ve %14,6'sı kalabalık olmasını seçmişler.
- Üçüncü tercih olarak hastaların %13,3'ü gürültünün olması, %22,2'si nahoş kokunun olması ve %64,6'sı kalabalık olmasını seçmişler.
- Refakatçiler ise birinci tercihlerinde %25'i gürültünün olması, %63,6'sı nahoş kokunun olması ve %11,4'ü ortamın kalabalık olmasını rahatsız eden unsurlar olarak seçmişler.

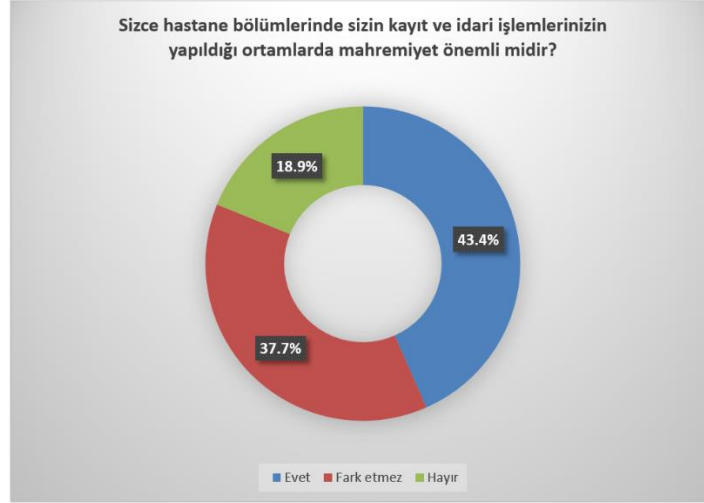
Bu bilgilere göre, polikliniklerdeki sosyal alanlarda nahoş koku ve onun ardından gürültünün olması, kullanıcıları en çok rahatsız eden etken olarak dikkate alınmalı ve sağlık tesislerinin mimari tasarım standartlarındaki havalandırma ve gürültü kontrolü yönetmelikleri diğer alanlar gibi polikliniklerdeki sosyal alanlarının tasarımında da uygulanmalıdır.

5.3.9. Polikliniklerdeki Kayıt İşlerinin Yapıldığı Alanlarda Mahremiyetin Önemi

Mahremiyetin korunması, sağlık tesislerinin mimari tasarım standartlarında önemli konulardan birisi olarak tanınmıştır.

Polikliniklerdeki kayıt ve idari işlemlerin yapıldığı alanlarda, mahremiyetin korunmasının önemli olması sorusuna, çalışmaya katılan hastalar ve hasta refakatçilerinin verdikleri yanıt alttaki gibidir : (Hob 6)

- Bu soruya, hastaların %43,4'ü evet, %37,7'si fark etmez ve %18,9'u hayır cevabı vermişler.
- Bu soruya hasta refakatçilerinin %35,3'ü evet, %47,1'i fark etmez ve %17,6'sı hayır cevabı vermişler.



Şekil 5.13 Hastalar açısından kayıt ve idari işlemlerin yapıldığı alanlarda mahremiyetin önemi

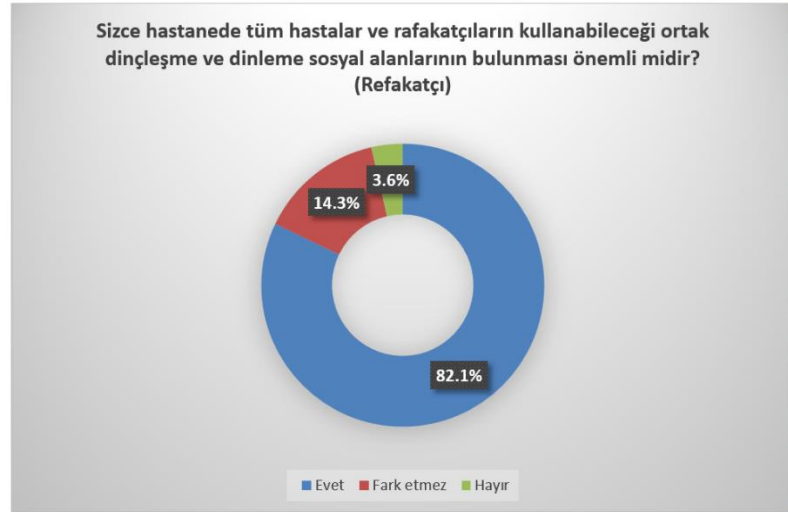
5.3.10. Hastalar ve Refakatçiler Açısından Ortak Dinleşme ve Dinlenme Sosyal Alanlarının Bulunması

Bu bölümde, polikliniklerde bulunan giriş ve geçiş alanları, lobiler, bekleme alanları ve kayıt alanları haricindeki sosyal alanların bulunması hakkında hastalar ve hasta refakatçilerinin görüşü alınmıştır.

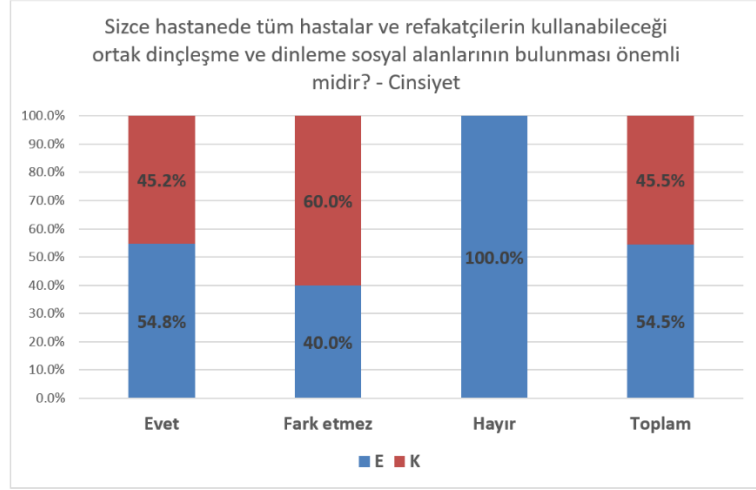
Katılımcıların görüşü, genel bir terimle “tüm hastalar ve refakatçilerin kullanabileceği ortak dinleşme ve dinlenme sosyal alan” olarak alınıp, sonuçları alttaki gibidir: (Hob 7)

- Hastaların %76,4’ü ve refakatçilerin %82,1’i bu alanların poliklinikte bulunmasını istemişler.
- Bu soruya evet cevabı verenlerin, %54,8’i erkek hastalar ve %45,2’si kadın hastalardan ve hayır diyen hastaların %100 erkek hastalardan oluşur.
- Evet diyen hastaların yaş grupları, anket çalışmasına katılan hastaların yaş grubuna yakın bir orantıdadır.
- Bu soruya evet cevabı verenlerin %54,8’i refakatçisi olan hastalar ve %45,2’si refakatçisi olmayan hastalardan oluşur.
- Evet diyen hastaların, son 12 ayda müracaat sayıları ve müracaattaki bekleme süreleri çalışmanın genel hasta bilgilerine yakın orantıdadır.

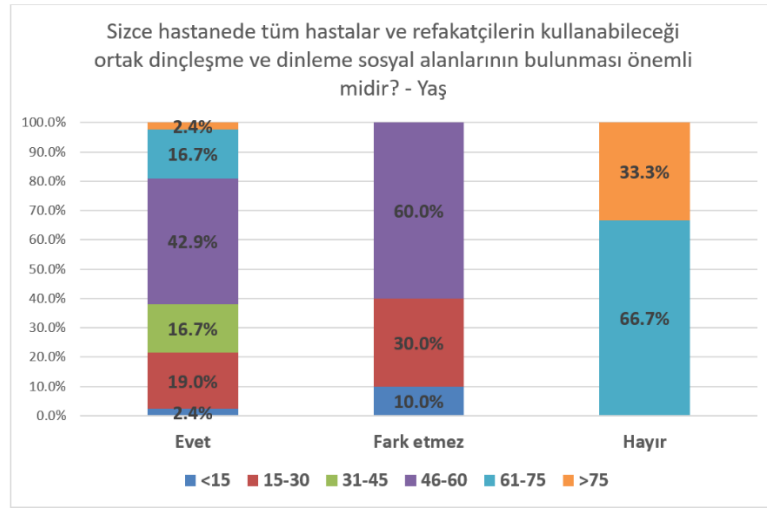
- Son 12 ayda polikliniğe müracaat sayısına bakıldığında, bu soruya “evet” cevabı verenlerin %58,2’si 5 kere’nin altında, %7,4’ü 5 ila 10 kez ve %34,4’ü 10 kereden fazla polikliniğe müracaatı olmuştur.
- Polikliniğe müracaat yaptıklarında bekleme süresine göre, bu soruya “evet” cevabı verenlerin %9,7’si 30 dakikanın altında, %36,6’sı 30 ila 60 dakika ve %53,7’si 60 dakikanın üzerinde poliklinikte bekleme süresi olmuştur.
- Hayır diyenler, 60 yaşın üstünde olan, eğitimi olmayan veya ilkokul olan, refakatçi eşliğinde müracaat yapan erkek hastalardan oluşur.
- Hayır diyen hastaların son 12 ayda polikliniğe müracaat sayısı 10’un altında olup müracaatlardaki bekleme sürelerinin %33,3’ü 30 dakikanın altında, %33,3’ü 30 ila 60 dakika ve %33,3’ü 60 dakikanın üstündedir.



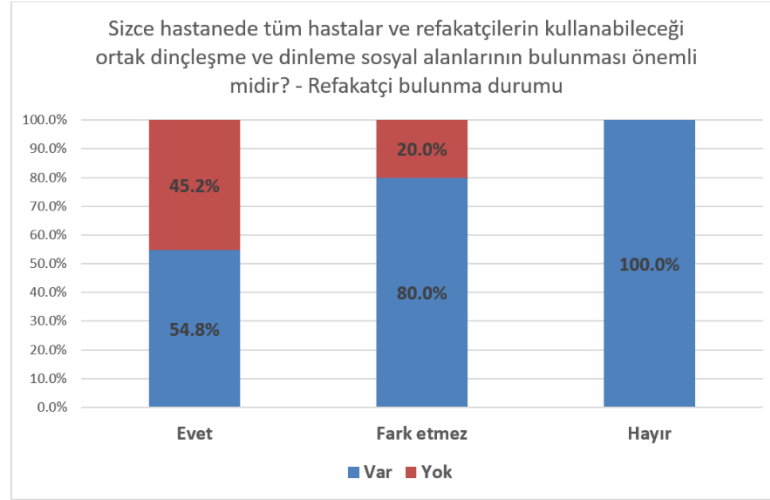
Şekil 5.14 Hastaların Sosyal Alanlarda Dinlenme ve Dinleşme Alanların Bulunmasına Karşı İstekleri



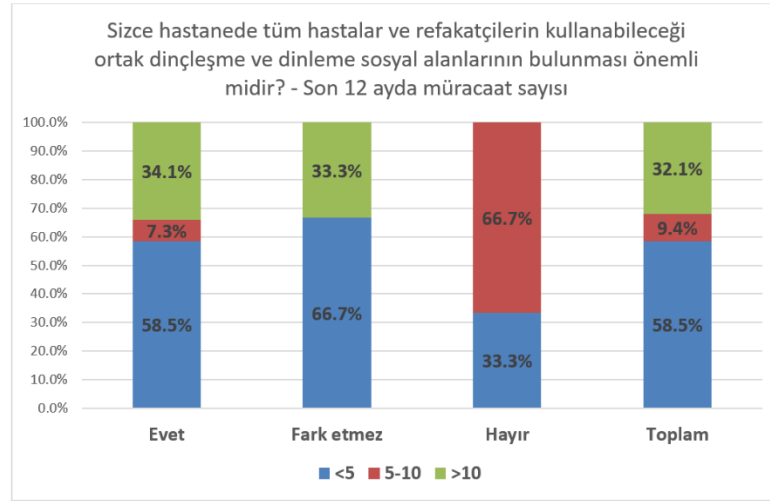
Şekil 5.15 Hastaların cinsiyetine göre sosyal alanlarda dinlenme ve dinleşme alanlarının bulunmasına karşı istekleri



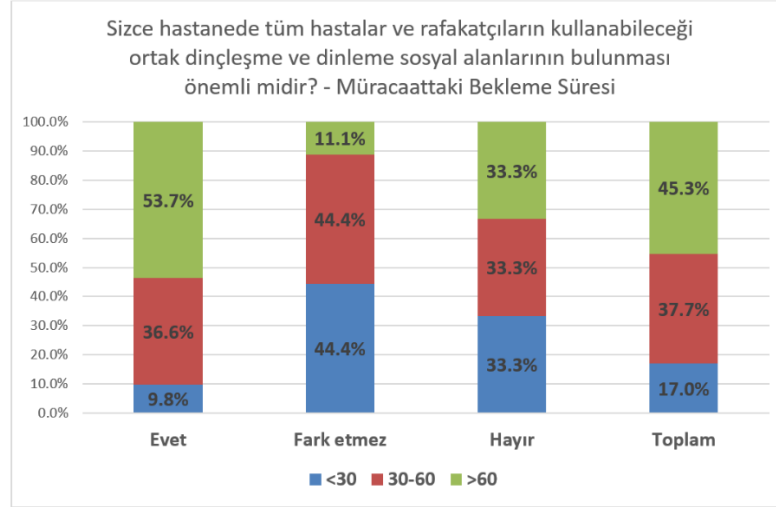
Şekil 5.16 Hastaların yaş gruplarına göre sosyal alanlarda dinlenme ve dinleşme alanlarının bulunmasına karşı istekleri



Şekil 5.17 Hastaların refakatçinin bulunmasına göre sosyal alanlarda dinlenme ve dinleşme alanların bulunmasına karşı istekleri



Şekil 5.18 Hastaların son 12 ayda polikliniğe müracaat sayısına göre sosyal alanlarda dinlenme ve dinleşme alanların bulunmasına karşı istekleri



Şekil 5.19 Hastaların polikliniklerdeki bekleme sürelerine göre sosyal alanlarda dinlenme ve dinçleşme alanlarının bulunmasına karşı istekleri

5.3.11. Hastalar ve Refakatçiler Açısından Tercih Edilen Ortak Dinçleşme ve Dinlenme Sosyal Alanları

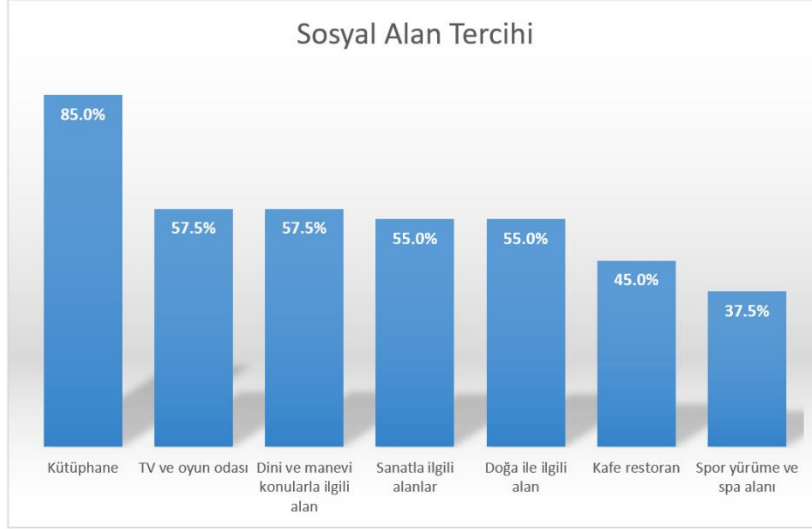
Çalışmanın yapıldığı polikliniklerde, tüm hastalar ve refakatçilerin kullanabileceği ortak dinçleşme ve dinlenme sosyal alanının olmasını isteyen katılımcılara 7 seçenek sunulup bu seçeneklerin arasında katılımcıların tercihleri alttaki gibi değerlendirilmiştir : (Hob 8).

- Üç polikliniğin anket sonuçlarına bakıldığında, sosyal alan türüne göre, sırasıyla hastaların %85,0'i birinci tercihte kütüphaneyi, %57,5'i ikinci ve üçüncü tercihte TV ve oyun odası, ve dini ve manevi konularla ilgili alanı, %55,0'i dördüncü ve beşinci tercihte sanatla ilgili alan, ve doğa ile ilgili alanları, %45,0'i altıncı tercihte kafe ve restoranı, ve %37,5'i yedinci tercihte spor, yürüme ve spa alanını seçmişler.

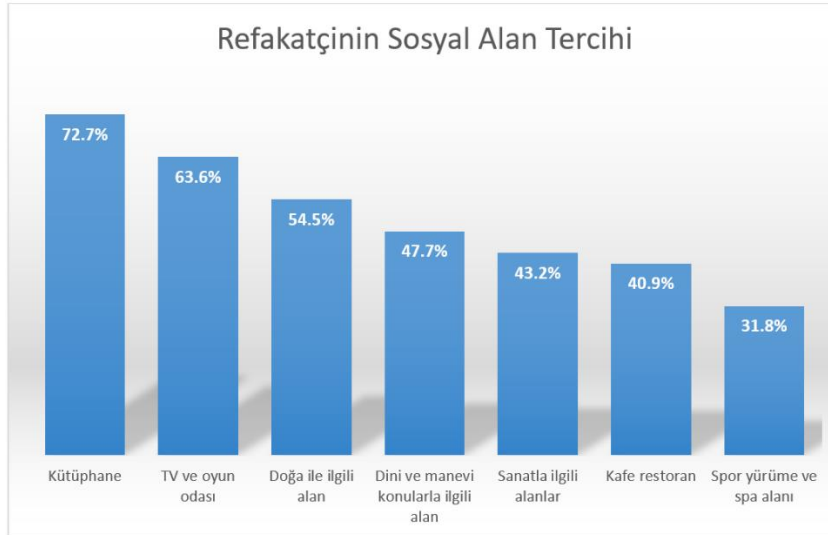
- Üç polikliniğin anket sonuçlarına bakıldığında, sosyal alan türüne göre tercihleri sırasıyla, refakatçilerin %72,7'si birinci tercihte kütüphaneyi, %63,6'sı ikinci tercihte TV ve oyun odasını, %54,5'i üçüncü tercihte doğa ile ilgili alanı, %47,7'si dördüncü tercihte dini ve manevi konularla ilgili alanı, %43,2'si

beşinci tercihte sanatla ilgili alanları, %40,9'u altıncı tercihte kafe restoranı ve %31,8'i yedinci tercihte spor, yürüme ve spa alanını seçmişler.

- Bu verilere göre, kafe restoran ve spor, yürüme ve SPA alanları, her iki grup katılımcının son 2 tercihi olarak baz alınabilir.



Şekil 5.20 Hastaların dinçleşme alanları türü tercihleri



Şekil 5.21 Refakatçilerin Dinçleşme Alanları Türü Tercihleri

Bu verilerin genel değerlendirmesi, çalışmanın yapıldığı üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki hastaların, diğer özelliklerini baz alarak, hastalar ve refakatçilerin

ihtiyaçları ve tercihleri arasındaki farklılıkları ortaya koyup bu alanların mimari tasarımına ilişkin önemli bilgilerin elde edilmesine neden olur.

Katılımcı hastaların, tüm hastalar ve refakatçilerin kullanabileceği ortak dinçleşme ve dinlenme sosyal alanının tercihi, üç hastane polikliniğinde farklılıklar ve benzerlikler göstermektedir.

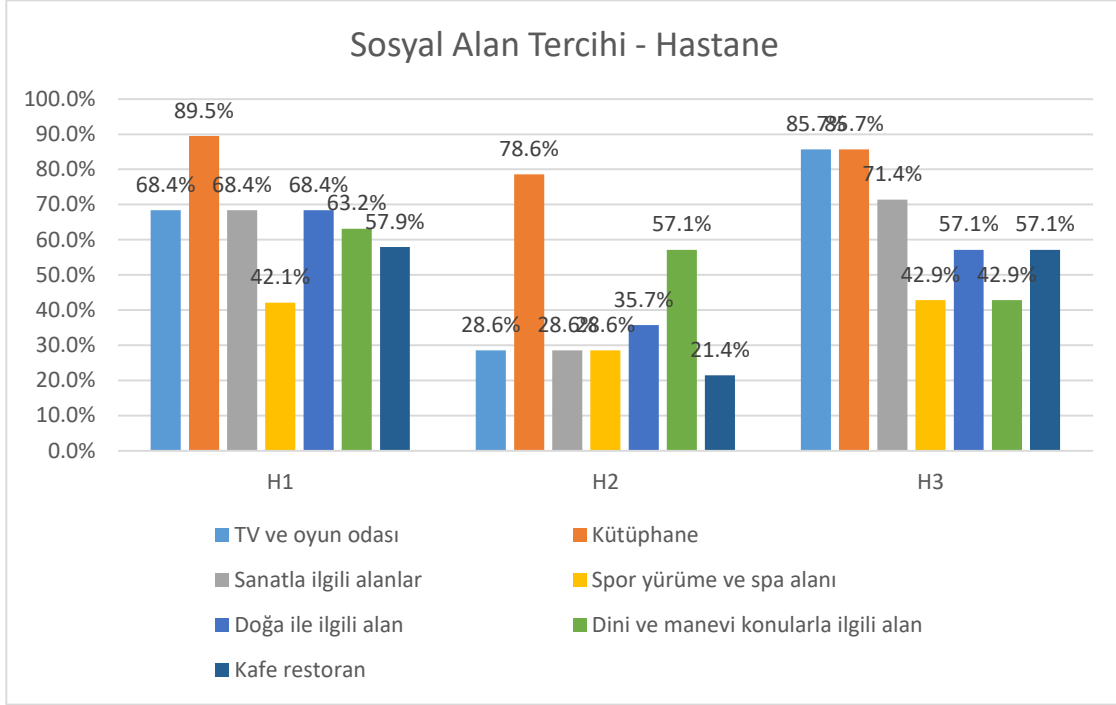
- Polikliniklerin her üçünde de kütüphane en çok tercih edilen sosyal alandır.
- SEKGH (H3) polikliniğinde, TV ve oyun odası, kütüphane ile eşit oranda birinci tercih olarak seçilmiştir.
- İÜOE (H1) polikliniğinde, TV ve oyun odası, sanatla ilgili alanlar ve doğa ile ilgili alanlar eşit oranla ikinci tercih olarak seçilmişler.
- MSBKH (H2) polikliniğinde, dini ve manevi konularla ilgili alan, ikinci tercih olarak seçilmiştir.
- SEKGH (H3) polikliniğinde, sanatla ilgili alanlar ikinci tercih olarak seçilmiştir.
- İÜOE (H1) polikliniğinde, dini ve manevi konularla ilgili alan üçüncü tercih olarak seçilmiştir.
- MSBKH (H2) polikliniğinde, doğa ile ilgili alanlar üçüncü tercih olarak seçilmiştir.
- SEKGH (H3) polikliniğinde, doğa ile ilgili alanlar ve kafe restoran eşit oranla üçüncü tercih olarak seçilmiştir.
- İÜOE (H1) polikliniğinde, kafe ve restoran dördüncü tercih olarak seçilmiştir.
- MSBKH (H2) polikliniğinde, doğa ile ilgili alanlar, sanatla ilgili alanlar ve spor, yürüme ve spa alanları dördüncü tercih olarak seçilmiştir.
- SEKGH (H3) polikliniğinde, dini ve manevi konularla ilgili alanlar ve spor, yürüme ve spa alanları eşit oranla dördüncü tercih olarak seçilmişler

Anketlerdeki seçeneklere ek olarak, çalışmaya katılan bireyler, bu alanlarla ilgili çeşitli yorumlar beyan etmişler:

- Uzun süren tedavi işlemlerinde hastaya yardımcı olmaları gereken refakatçiler, böyle alanların olmasına gerek duyulmadığını beyan ederek, bu tarz alanların

polikliniklerde bulunduğu takdirde, o alanlardan hastaları görebilecekleri bir biçimde konumlanmasını istemişler.

- Özellikle İÜOE polikliniğindeki hastalar TV odasında hastalıklar ve onların bakımı hakkında bilgi verilen programların yayınlanmasını önermişler.



Şekil 5.22 Hastaneye Göre Hastaların Dinleşme Alanları Türü Tercihleri

5.4. Anket sonuçları, kullanıcıların deneyimi ve araştırmacının gözleminin literatürle uyum kontrolü

Bu tez için gerçekleştirilen anket çalışmasının yanı sıra, çalışmaya katılan hasta ve refakatçilerin konuyla ilgili deneyimlerinin paylaşmak isteyen katılımcıların fikirleri de alınmıştır. Ayrıca, alan çalışması esnasında araştırmacı tarafından, bu polikliniklerin sosyal alanlarında gerçekleşen aktiviteler, olaylar ve kullanıcıların tepkileri de gözlemlenmiştir. Bu çalışmaların hepsinden toplanan verileri, araştırmada incelenen literatürle uyumu kontrol edilerek tartışılmıştır:

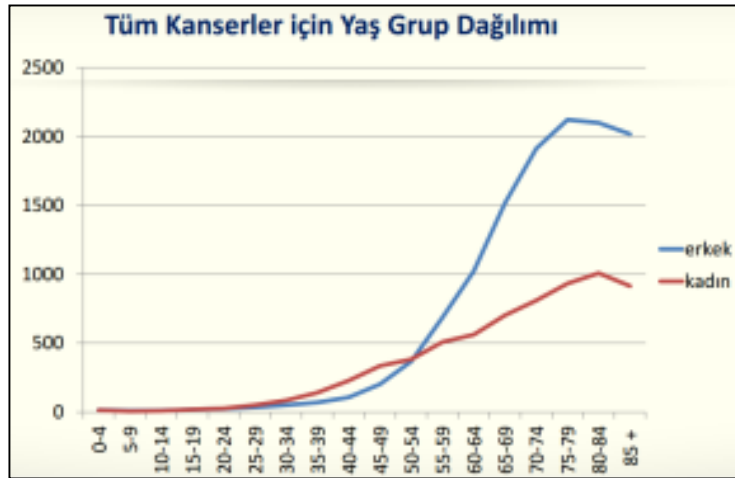
A. Hasta, Refakatçi ve Hastalık Bilgilerinde:

1. Hastaların Cinsiyet Dağılımı:

Tıp literatüründe kronik hastalıkların cinsiyet dağılımı, hastalıkların geneline göre yapılmayıp her hastalık grubu veya her hastalığa özel olarak cinsiyet dağılımı söz konusudur. Konu kronik hastalıkların önemli grubu yani kanser olunca, her kanser türü için bu dağılım ayrı olarak belirlenebilir. Örneğin, akciğer ve prostat kanseri erkeklerde daha çok görünür, tiroit ve meme kanseri kadınlarda en yaygın kanser türü olarak tanınır. Kalp damar hastalıklarında ise, Türkiye genelinde kadın hastaların sayısı erkek hastalardan daha fazla olmaktadır. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır.

2. Hastaların Yaş Grubu:

Tıp literatürüne göre, kronik hastalıkların en çok görüldüğü ve tıp araştırmalarının yapıldığı yaş grubu, 15 yaşın üstü olup bu yaş aralığında en önemli yaş grubu, 30-70 yaş grubudur. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır.



Şekil 5.23 Kanserlerin yaş gruplarına göre kadın ve erkek hastalarda dağılımı

3. Katılımcıların Engellilik Durumu:

Türkiye İstatistik Kurumunun 2002 verilerine göre, Türkiye nüfusunun %12,29'u engelli bireylerden oluşmaktadır. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır.

Engelli hasta grubunun arasında, daha farklı duruma sahip olan zihinsel engellilerin bulunması büyük bir olasıdır. Bu çalışmada, Siyami Ersek Kalp, Damar ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi polikliniğine başvuruda bulunan Alzheimer hastalığı olan kadın refakatçi ve iki ağır zihinsel engellinin refakatçileriyle anket çalışması yapıp, hastanın poliklinikteki durumu hakkında refakatçilerinden daha detaylı bilgiler alındı. Ağır zihinsel engeli olan, annesiyle polikliniğe muayene işlemi için başvuran 16 yaşındaki erkek hasta, kapalı alanlarda kendini huzursuz hissetmekteydi. Bu hasta bekleme alanına girdiğinde halüsinasyon yaşayarak bekleme alanının duvarındaki büyük bir tabelaya saldırdığı için, annesi hastayı dışarıya çıkarıp sakinleştirmek zorunda kalmıştı. Hastanın ara sıra bazı eşyalara takıntısı olduğu için sürekli elinde bir başörtüsü tutmaktaydı. Bu hastanın son 12 ayda 5 ila 10 sefer hastaneye müracaatı olup her seferinde 30 ila 60 dakika arasında bekleme süresi olmuştur. Başka bir ağır zihinsel engeli olan; anne, baba ve kardeşiyle polikliniğe muayene işlemi için başvuran 25 yaşındaki erkek hastada, sigara bağımlılığı olduğu için bekleme esnasında 10 dakika aralıklarla sigara içmek için, ailesi devamlı hastayı açık alana çıkarmak zorunda kalıyordu. Bekleme süresinde sürekli uzanmak isteyen aynı hasta bekleme alanında müsait yer bulamadığı için refakatçisinin kucağına yaslanıyordu. Gözlem esnasında, Alzheimer hastalığı olan 70 yaşında kadın refakatçi ve 75 yaşındaki eşi ile anket çalışması yapılmıştır (Şekil 5.38). 75 yaşında olan hasta, 4 saat süren nükleer tıp işlemi esnasında, poliklinikteki bekleme alanına gelip eşinin orada olup olmadığını kontrol ederek o alanda bekleyen diğer kişilerden eşine dikkat etmelerini istiyordu. Hasta, eşinin Alzheimer hastalığından dolayı yalnız bırakmadığı ve tüm poliklinik başvurularında eşini kendisiyle hastaneye getirmek zorunda kaldığını beyan etmiştir.

4. Refakatçi Bulundurma Durumu:

Uluslararası tıp literatüründe, hastalar ve özellikle kronik hastalığı olan hastaların bakım ve tedavi sürecinde, hasta refakatçilerinin bulunması önemli sayılarak, tavsiye edilen bir husustur. Bu konu, uluslararası ve ulusal sağlık tesislerinin mimari tasarım standartlarındaki poliklinik alanlarının tasarımında

öngörülmüştür. Yapılan alan çalışmasında üç hastane genelinde hastaların %78,3'ü refakatçi eşliğinde polikliniğe müracaat etmişlerdir. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır.

5. Refakatçilerin Cinsiyet Dağılımı:

Araştırılan literatürde, refakatçilerin cinsiyet dağılımı ile ilgili özel istatistiğe rastlanmamıştır. Ancak ABD'deki bir araştırma, o ülkedeki sağlık tesislerinde, refakatçilerin çoğunlukla kadınlardan oluştuğu beyan edilip, ülke genelinde ailelerin sağlık konularıyla ilgili kararların %75 kadınların katkısıyla verilmesi tahmin edilmiştir (Stephen A. Kliment, 2000). Bu çalışmada gerçekleşen alan çalışmasındaki refakatçilerin cinsiyet dağılımı üç hastanenin genelinde %58,8'inin erkek ve %41,2'sinin kadın olduğu tespit edilmiştir.

6. Polikliniğe Yıllık Müracaat Sayısı:

Tıp literatürüne göre, kronik hastalıkların bakımının sürekliliği, bu hastalıkların önemli özelliklerinden birisidir. Her kronik hastalığı ve her hastanın tedavisine özel, belirli aralıklarla polikliniklerde tedavi ve kontrollerin sağlanması, bu sürekliliğin nedenidir.

Türkiye'deki kronik hastalıkların durumu üzerinde yapılan bir araştırmada, kronik hastalıkların bu özelliğini gösteren örnek, kronik hastalığı olan bir hastanın bakım sürecini bu şekilde beyan ediyor:

“72 yaşındaki erkek hasta, son 15 yıldır iskemik kalp hastalığı, atrial fibrilasyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diabetes mellitus ve hipertansiyon nedeni ile çeşitli hastanelere yılda en az 2 kez yatırılıyor. Kendisi en az 2 ayda bir çeşitli tetkikler nedeni ile bir sağlık kurumuna gitmesi gerekiyor.”

Alan çalışmasının sonuçlarına göre, üç hastanenin toplamında hastaların %46'sının 2 ayda bir hastane müracaatları olmuştur. Bu oran, onkoloji polikliniğinde %73,5'e, kalp damar ve göğüs hastalıkları polikliniğinde %42,8'e ve kemik hastalıkları

polikliniğinde %19,4'e tekabül etmektedir. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır.

7. Polikliniklerde Geçirilen Zaman:

Tıp literatüründe, muayene, teşhis ve tedavi işlemleri için bekleme sürecinin önemli olduğu ve bu sürecin uzun olması hastaların iyileşmesi üzerinde olumsuz etkiler bıraktığı vurgulanmıştır. Çağımızda, bu bekleme sürecinin, üçüncü basamak hastane polikliniklerinde uzun olması, medikal bakımdaki önemli problemlerden birisi sayılır. Alan çalışmasının sonucuna göre üç hastanenin genelinde, hastaların %50,5'inin poliklinikteki işlemi için 60 dakikanın üzerinde bekleme süreleri oluşturmaktadır. Çalışmada bu sürenin bazı durumlarda 8 saate kadar uzaması görülmüştür. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır.

B. Hastane Ortamı Bilgilerinde:

1. Müracaat Edilen Bölümlerin Arasındaki Yolların Niteliği:

Sağlık tesisleri mimari tasarım standartlarında, bu tesislerdeki bölümlerin arasındaki yollar, ulaşım kolaylığı ve iş sirkülasyonu açılarından, öneme sahiptir. Aynı zamanda, mimari ve psikoloji literatüründe, bu yolların yönlendirici olması, en önemli faktör sayılıp aynı zamanda sağlık tesislerindeki yapılan araştırmalara göre kullanıcılar açısından çok önemli bir konu olarak tanınmıştır. Gerçekleşen alan çalışmasının sonucuna göre kullanıcıların %62,5'i polikliniklerdeki yolların yönlendirici olmasını bu alanların en önemli özelliği olarak seçmişlerdir. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır.

2. Bekleme Alanlarının Niteliği:

Psikoloji, mimari ve tıp literatürüne göre, bekleme alanlarının niteliği, kalitesi ve fiziki alan özellikleri; hastaların bekleme süresindeki psikolojileri, bekleme alanlarının fonksiyonu ve hastaların sağlık konuları açılarından, öneme sahiptir. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır. Ancak,

literatürde polikliniklerin bekleme alanlarında, manzaranın görünmesi önemli bir husus sayılırken, katılımcıların tarafından üç seçeneğin arasında sonuncu çıkmıştır.

3. Rahatsız Edici Unsurlar:

Sağlık tesislerinin mimari standartlarında, havalandırma ve gürültü kontrolü, bu tesislerdeki yapı fiziğinin iki önemli hususlarındandır. Araştırmalara göre bu konuların, sağlık tesislerinde doğru bir şekilde uygulanmaması, kullanıcıları olumsuz etkiler. Alan çalışmasına katılan hasta ve refakatçiler, poliklinik ortamındaki kötü koku ve gürültüyü iki rahatsız edici unsur olarak seçmişlerdir. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır. Bu çalışmada ortamın “kalabalık” olmasının rahatsız edici unsur seçmeyenler, testisteki sunulan hizmeti kullanmanın tüm hastaların hakkı olduğu ve oluşan kalabalığın normal olduğunu beyan etmişlerdir.

Anketlerdeki kaydedilen verilere ek olarak, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü ve Siyami Ersek Kalp, Damar ve Göğüs Hastalıkları Hastanesi polikliniklerindeki hastalar, bu alanların havadar olmasının ve özellikle kemoterapi tedavisi alan hastalar ve akciğer kanseri olan hastalar için çok önemli olmasını ayrıca beyan etmişlerdir.

Ayrıca, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Polikliniğindeki hastalar, kemoterapi tedavisi alan hastaların kokuya aşırı derecede hassas oldukları ve bu hastaların kalabalık alanlarda bulunmaları enfeksiyon kapma açısından çok tehlikeli olduğunu vurguladılar.

4. Mahremiyet:

Mimari, psikoloji ve tıp literatürlerinde, sağlık tesislerinin tüm alanlarında, mahremiyetin korunması vurgulanan konulardan birisidir. Polikliniklerdeki sosyal alanlarda herhangi bir medikal işlem yapılmadığı için, mahremiyet görsel açıdan incelenmemiştir. Ancak, bu çalışmanın sonuçlarına göre, mahremiyet konusu, poliklinikteki sosyal alanlarda farklı şekilde yorumlanmıştır ve literatürdeki verilen önem kadar, katılımcılar tarafından önemsenmemiştir. “Hasta kayıt

alanlarında mahremiyet önemli midir?” sorusuna katılımcıların %56,6’sı “fark etmez” ve “hayır” cevabı vermişlerdir. Bu kişilerin çoğu, o alanlardaki herkesin probleminin aynı olduğu için mahremiyetin önemli olmadığını beyan etmişlerdir.

5. Sosyal Alanlarında Ortak Dinleşme ve Dinlenme Alanlarının Bulunması:

Mimari, psikoloji ve tıp literatüründe özellikle medikal işlemlerin uzun sürdüğü polikliniklerde kullanıcılar için özel dinleşme alanların yapılması önerilmiştir. Bu çalışmaya katılan kullanıcıların %82,2’si bu alanların polikliniklerde olmasını tercih etmişlerdir. Bu alanların polikliniklerde bulunmasına olumlu bakan kullanıcılar, bekleme alanların çok sıkıcı olduğunu ve uzun zaman poliklinikte bulunma durumunun çok yorucu olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca, hastalar ve refakatçiler, polikliniklerde kullanıcıların moralini iyileştirebilecek her şeyin faydalı olduğunu beyan etmişlerdir. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır.

6. Ortak Dinleşme ve Dinlenme Sosyal Alanlarının Türü:

Mimari ve psikoloji literatürlerinde, bu tarz alanların, sağlık tesislerinde bulundurulmasının, hastalar tarafından tercihi, hasta profili ve hastalık türüne göre değişkenlik gösterebilir. İncelenen örnek üçüncü basamak hastane polikliniklerine bakıldığında, bu alanlar tesisteki kullanıcıların özellikleri ve medikal bakım işlemlerine uygun ve bu bakımı destekleyecek şekilde yapılmıştır. Alan çalışmasında bu alanların türü katılımcılar tarafından benzer bir şekilde seçilmiştir, aynı zamanda poliklinikler arasında alan türleri tercihi arasında farklılıklar görülmektedir. Anket çalışmasının sonuçları literatürdeki bu bilgilerle uyum sağlamaktadır.

Bu çalışmadaki hastalar tarafından yapılan seçimlerin arasındaki ortaya çıkan en önemli sonuçlardan birisi, sağlık problemlerin daha ciddi olduğu İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (H1), Siyami Ersek Kalp, Damar ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi (H3) polikliniklerinde hastaların doğa ve sanatla ilgili alanları yüksek oranda tercih etmeleridir. Buna ek olarak, çocuğu olan hastaların, çocuklarının

bakımını yapabilecekleri alan ve uyku zamanında yatıraabilecekleri alanların bulunmasını çok önemli bir konu olarak vurgulamışlardır (Şekil 5.25 ve Şekil 5.26).



Şekil 5.24 Poliklinik muayene bekleme alanı - İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (H1)



Şekil 5.25 Çocuk onkoloji bölümündeki bekleme salonda uyuyan bir hasta - İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (H1)



Şekil 5.26 Poliklinik muayene bekleme alanında uyuyan bir kanser hastası - İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (H1)



Şekil 5.27 Poliklinik girişindeki yeşil alan ve açık bekleme alanı - İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (H1)



Şekil 5.28 Neşeli ortam yaratmak ve hastalara moral vermek için polikliniğin sosyal alanlarındaki performans - İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü (H1)



Şekil 5.29 Polikliniğin ana bekleme alanı – Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi (H2)



Şekil 5.30 Poliklinik bekleme alanında sedye ile getirilen fiziksel ve zihinsel engeli olan hasta- Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi (H2)



Şekil 5.31 Poliklinik bekleme alanında sedye ile getirilen fiziksel engeli olan hasta- Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi (H2)



Şekil 5.32 Poliklinik bekleme alanında sedye ile getirilen yaşlı hasta– Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi (H2)



Şekil 5.33 Polikliniğe dört refakatçiyle müracaat eden 15 yaş altına olan hasta– Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi (H2)



Şekil 5.34 Poliklinik ana bekleme alanında oyun için toplanan çocuklar – Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi (H2)



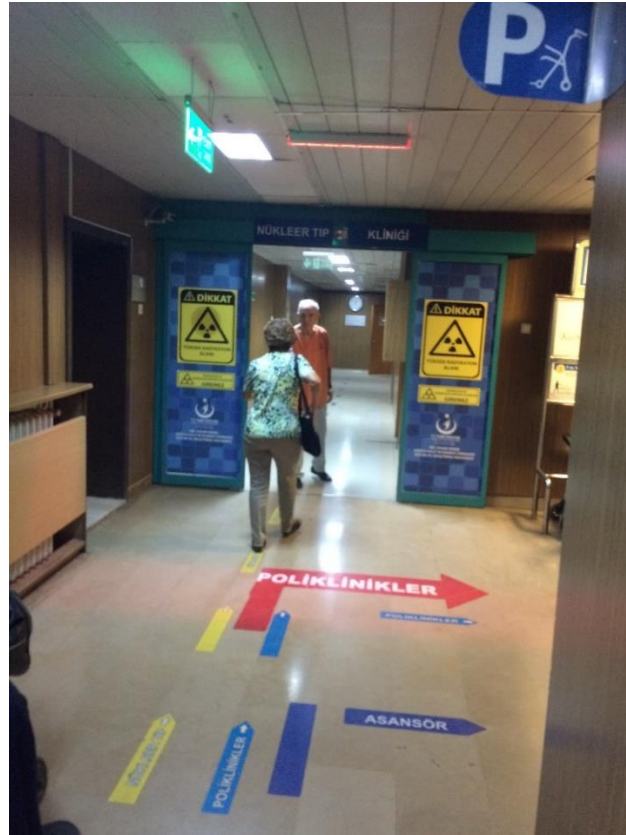
Şekil 5.35 Poliklinik ana bekleme alanı – Siyami Ersek Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi (H3)



Şekil 5.36 Çocuk kardiyoloji kliniği bekleme alanı – Siyami Ersek Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi (H3)



Şekil 5.37 Çocuk kardiyoloji kliniğine getirilen 3 aylık çocuk – Siyami Ersek Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi (H3)



Şekil 5.38 Nükleer tıp bölümünde tedavi işlemlerinde katkıda bulunması gereken refakatçilerin bekleme alanı – Siyami Ersek Kalp Damar ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi (H3)

5.5. Bölüm Sonucu

Bu tez kapsamında yapılan alan çalışması, literatürde sağlık tesisleri tasarımında vurgulanan tasarımcı gözlemi ve kullanıcı deneyiminin önemi doğrultusunda gerçekleşmiştir. İstanbul'da yer alan üç örnek üçüncü basamak hastane polikliniğindeki sosyal alanda yapılan bu alan çalışmasının sonucunda iki başlıkta çok değerli bilgiler elde edilmiştir. Birincisi, literatürdeki bu alanların mimari tasarımına ilişkin standartlar ve önerilerin test edilmesi ve ikincisi bu konuda çalışmanın yapıldığı tesislere özel ve yeni deneyimlerin elde edilmesidir.

Polikliniklerin sosyal alanlarının mimari tasarımıyla ilgili standartlarda ve araştırmalarda farklı öneriler bulunmaktadır. Bu bilgilerin alan çalışmasında test edilmesi, kullanıcıların önceliklerinin bilinmesine fayda sağlayacaktır. Bu öncelilerin her bir polikliniğin diğer polikliniklere göre ve her bir poliklinik bölümünün o poliklinikteki diğer bölümlere göre değişebilir. Bunun örneği, yapılan alan çalışmasında, katılımcıların literatürde vurgulanan mahremiyet, kalabalığın kullanıcıları rahatsız etmesi ve bekleme alanlarında manzaranın görünmesindeki farklı tercihlerin olmasıdır. Hastaların, sağlık durumunun daha ciddi olduğu polikliniklerde (onkoloji ve kalp-damar hastalıkları) sanat ve doğayla ilgili alanların sosyal alanlarda bulunması tercihi bunun başka bir örneğidir. Bu tercihler, kültürel farklılıklardan veya hastalıkların türünden dolayı farklılık gösterebilir.

Ayrıca alan çalışmasından elde edilen hasta deneyimleri, bu polikliniklerin mimari tasarımı hakkında önemli bilgiler ortaya çıkartabilir. Buna örnek olarak; yapılan gözlem ve hastalardan alınan bilgilere göre onkoloji polikliniğinde çocuk hastalar için uyku alanı önemli bir imkân sayılmaktadır. Tıp literatüründe kanser gibi kronik hastalıkların çeşitli nedenlerle hastalarda uyku bozukluğuna yol açtığı ve bu sorunun hastalar üzerinde ciddi olumsuzluklar oluşturduğu bilinir. Bu bilgiler ışığında onkoloji polikliniklerinde uzun süre bekleme olasılığı olan hastalar için uygun uyuma alanı yapılabilir. Kullanıcı deneyimlerinden elde edilen yeni bilgilerin önemli bir örneği; polikliniklerde bulunan zihinsel engelli bireyler ve bunlara eşlik eden kişilerin

deneyimleridir. Bu kişilerin polikliniklerdeki ihtiyaçları, diğer kullanıcılardan çok farklı ama çözülebilir ihtiyaçlardır.

Sonuç olarak, üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanların mimari tasarımında bütün kararların verilmesi, tasarım çözümleri ve yaklaşımların seçilmesi; hastalar ve hasta refakatçilerinin deneyimleri ve ihtiyaçlarına göre gerçekleşmelidir. Standartların kullanım şekli tasarım yaklaşımı seçimi bu bilgilerden belli olur. Bu çalışmalar tesisin tasarımına ilişkin kullanılmaları gereken zorunlu standartların uygulama şekli ve bu standartlarda yetersiz kalan konuların açıklanmasını sağlar. Bu kullanıcı grubunun deneyimi hakkında bilgilerin saha çalışmaları, karşılıklı görüşme ve gözlem yoluyla elde edilmesi daha çok fayda sağlayabilecektir.

Sonuç ve Öneriler

Çağımızda ülkeler için büyük bir sosyoekonomik yük olarak bilinen ve sağlık sektöründe ciddi zorluklar yaratan önemli konulardan biri, hızlı bir biçimde artmakta olan kronik hastalıklardır. Kronik hastalıkların artmasının sonuçlarından birisi, bu hastalıkların tedavisinin yapıldığı üçüncü basamak hastane polikliniklerine olan hasta müracaatlarının artması ve bu polikliniklerde kalabalık ve kaotik ortamların oluşmasıdır. Bu durum dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'deki üçüncü basamak hastane polikliniklerinde de yaşanmaktadır. Üçüncü basamak hastane polikliniklerinde oluşan kaotik ortam, bu polikliniklerde bulunan kronik hastalığı olan hastalar ve onlara eşlik eden refakatçiler üzerinde oluşturduğu negatif etkilere ilave olması, hastalar ve refakatçileri için ciddi bir tehdit haline gelmektedir. Bu ortamların kullanıcılar ve özellikle hastalar üzerindeki negatif etkileri ve bu etkiler nedeniyle hastaların iyileşme sürecinin uzaması hem sağlık ve hem mimari alanlarının en önemli konularından birisi sayılmaktadır.

Üçüncü basamak hastane polikliniklerin medikal işlevine bakınca, bu polikliniklerde tedavi gören hastaların hastalıkları kronik hastalıklar, uzun süren, ciddi hayati tehdidi olan veya kalıcı hastalıklardır. Bu hastalıkların teşhis, tedavi ve kontrol işlemleri, uzun süreli veya ağır medikal işlemlerden oluşur. Bu hastalıklar veya onların tedavisi hastaların üzerinde bazen geçici ve bazen kalıcı fiziki sakatlıklar bırakarak hastaların yaşamında aksaklıklar oluşturur ve bazen hastanın vücudunda ikinci veya üçüncü bir hastalığın oluşmasına neden olur. Bu özel şartlar, bir taraftan hem hastalar hem de refakatçilerin üzerinde negatif psikolojik etkiler bırakır ve diğer taraftan hastaların iyileşme sürecinin uzamasına neden olur.

Sağlık tesisleri mimari tasarım standartlarında, poliklinik binalarında uzmanlık dallarına göre bu alanlarda kullanıcıların ihtiyaçlarının giderilmesi için bulunması gereken alanlar, donanım ve bunların her biri için asgari ölçüler ve yapım özellikleri

zorunlu kılınmıştır. Bunlara ek olarak bu standartlar ve mimari tasarım yaklaşımında bu tesislerde bulunan kullanıcılar üzerindeki olumsuz etkilerinin yok edilmesi için pek çok çözüm önerilmiştir. Diğer taraftan tıp alanındaki önemli bilimsel çalışmalarda ağır hastalıklar ve özellikle kronik hastalıkların tedavisi yapılan polikliniklerdeki çevresel etkenler ve özellikle bu polikliniklerin sosyal alanlarının fiziki ortamının hastalara yönelik uygun şekilde yapılmasıyla ilgili pek çok öneriler sunulmuştur. Ancak, aynı zamanda, bu yönetmelikler ve standartlarda zorunlu kılınan tasarım ilkelerinin bir poliklinik binasının ideal mimariye sahip olabilmesi için yeterli olmamaları vurgulanmıştır. Bu literatürde, her bir tesisin kendine özel olması dikkate alınarak, mimari tasarımının belirli araştırmalara dayanarak yapılması önemle tavsiye edilmiştir.

Bu doğrultuda önerilen tüm çözümlerin odak noktası hastaların iyileşme sürecinin hızlanması ve bu alanlarda bulunan hastalar ve onlara eşlik eden refakatçilerin psikolojik durumlarının olumsuz etkilenmesinin engellenmesidir. Bunun sonucunda kronik ve diğer ağır hastalıkların ülkelere mal olan sosyoekonomik yükünün hafiflemesi beklenmektedir.

Bu tez çalışmasında bahsi geçen konuların tümü kapsamlı bir biçimde üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanlar üzerinde incelenmiştir. Polikliniklerdeki sosyal alanların bu araştırma için seçilme nedeni, hastalar ve refakatçilerin polikliniklerdeki zamanlarının çoğunu bu alanlarda geçirmeleri ve bu alanlardaki çevresel koşulların bire bir kullanıcılarla etkileşim halinde olmasıdır. Çalışmanın hedefi, üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımına derin ve farklı bir bakış açısından bakmak ve bu alanların daha verimli ve optimum bir fiziki yapı olmaları için mimari tasarım kriterleri belirlemektir.

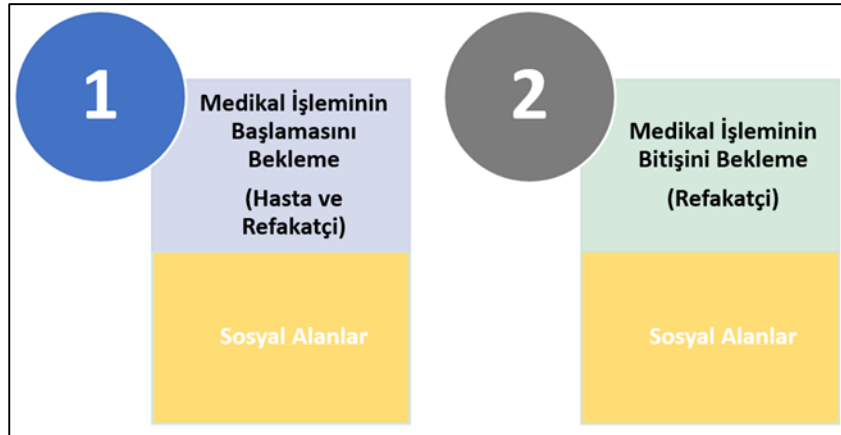
6.1. Değerlendirmeler

Üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımı bu polikliniklerin işlevi, hastalar ve refakatçilerin bu polikliniklerin çeşitli alanlarında gerçekleştirdikleri eylemler ve o alanlardaki durumlarından etkilenir. O nedenle bu alanların mimari tasarımıyla ilgili hem polikliniğin genel işlevi ve kullanıcıların genel

durumu, hem de poliklinikteki her bir bölümün işlevi ve o bölümdeki kullanıcıların durumunun tanımı, bu polikliniklerdeki sosyal alanların mimari tasarımında ilk aşama olarak gerçekleşmelidir. Bu polikliniklerdeki sosyal alanların fiziksel yapısını ve mimarisini bazı özellikleri polikliniklerin diğer alanlarından ayırır:

1. Bu alanlar polikliniklerin anatomisinin büyük kısmını oluşturur.
2. Sosyal alanlar, tüm bölümleri birbirine direk bağlantısı olan alanlardan oluşur.
3. Bu alanlarda hiçbir medikal işlem gerçekleşmez.
4. Bu alanlarda gerçekleşen eylemler ulaşım, bekleme, işlem takibi vb. ihtiyaçların giderilmesi gibi belli eylemlerden ibarettir.
5. Bu alanlarda bulunan kullanıcılar hastalar ve refakatçilerden oluşur.

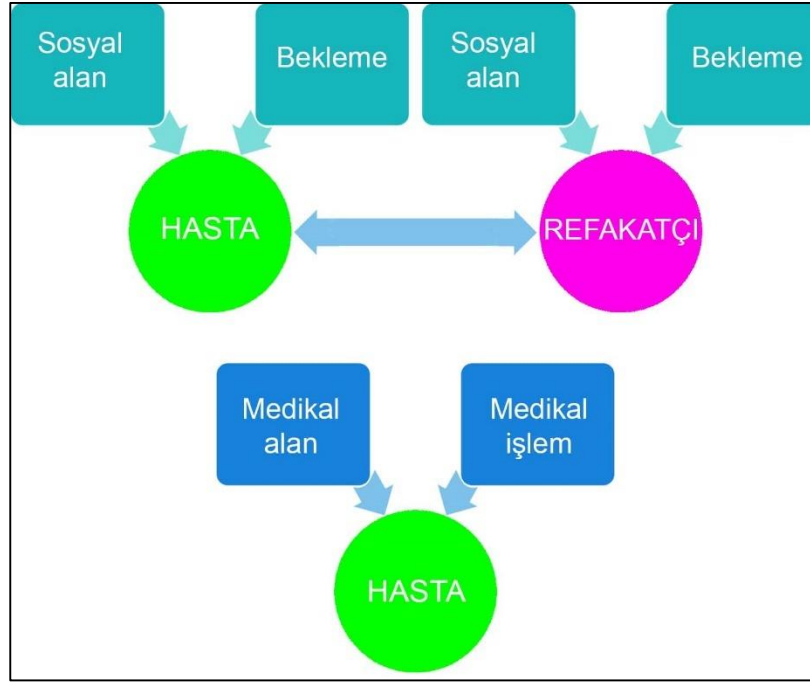
Hastalar ve refakatçilerin üçüncü basamak hastane polikliniklerinde geçirdikleri zamana bakıldığında, bu zaman iki ayrı dilime ayrılır. Birincisi hastalar ve refakatçilerin medikal işlemlerinin başlamasını bekleme zamanı ve ikincisi hastaların medikal işlemleri esnasında, refakatçilerin hastayı bekleme zamanı (Şekil 6.1).



Şekil 6.1 Hastalar ve refakatçilerin bekleme zamanlarının geçirdikleri alanlar

Şekil 6.1’de görüldüğü gibi, hastalara eşlik eden refakatçilerin sosyal alanlarda geçirdikleri zaman hastalardan daha fazladır. Tıp ve psikoloji alanında yapılan pek çok araştırmaya göre sağlık tesisindeki bekleme için geçirilen zaman, bekleyen bireye en çok zarar veren süre sayılmakta olup, bu zararın minimuma düşürülmesi için iki farklı çözümün uygulanması tüm sağlık tesislerinde ön planda tutulur. Bu çözümlerin

birincisi, bahsi geçen bekleme süresini ideal zamana düşürmektir. İkinci çözümse, bekleme zamanının değerlendirilmesi ve negatif etkilerinin azaltmasıdır (Şekil 6.2).



Şekil 6.2 Poliklinik alanlarındaki hasta ve refakatçiyi etkileyen etkenler

Üçüncü basamak hastane polikliniklerdeki bekleme süresinin ideal zamana düşürülmesi, uzun süren medikal işlemler ve sürekli artan hasta sayısı nedeniyle elde edilmesi zor olan bir husus sayılmaktadır. Ayrıca, bekleme süresinin birinci dilimi ideal zamana düşürülse de, refakatçilerin uzun süren tedavilerin bitmesini beklemeleri sonucunda bu alanlardaki negatif etkilenmeleri devam edecektir. Diğer taraftan, hastaların bu polikliniklere sürekli müracaatı nedeniyle hayatlarında oluşan aksaklık kaçınılmaz ve önemli bir problem olarak devam edecektir. Bu durumlar, tez çalışması için üçüncü basamak hastane polikliniklerinde yapılan alan çalışmasında somut örnek olarak görünmüştür. Alan çalışmasının sonuçlarına göre, onkoloji polikliniği hastalarının %58'inin yıllık 10 ila 100 müracaat yapmak zorunda olmaları ve hasta ve refakatçilerin bu poliklinikte %70'i ve kalp, damar ve göğüs hastalıkları polikliniğinde %60'ı polikliniklerin sosyal alanlarında 1 ila 8 saat zaman geçirdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca bu iki zaman diliminde hasta veya hasta refakatçisi, yapılacak veya uygulanma halinde olan medikal işlemlerin takibini polikliniklerin sosyal alanı sayılan mekânları

kullanarak gerçekleştirirler. Bu işlem takibi kayıt işlemleri, ilaç alma, test sonucu takibi, tedavinin sürecinde katkıda bulunma, tedaviyle ilgili bilgi ve eğitim alma ve konsültasyon gibi eylemlerden oluşur ve her birisi için farklı alanlara müracaat edilir. Sosyal alanlarda gerçekleşen bu işlem takibi hem işlevsel açıdan ve hem psikolojik açıdan dikkate alınmalıdır, çünkü her bir poliklinik için ve her polikliniğin içindeki bölümlerde bu işlem takibi farklı şekilde gerçekleşir ve farklı alan koşullarının öngörülmesini gerektirir. Üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanları kullanan hasta ve refakatçilerin bu alanlardaki şartlardan etkilenmeleri tablo 6.1.de gösterilmiştir.

Tablo 6.1 Polikliniklerdeki kullanıcıları etkileyen zorunlu durumlar

Zorunu Durum		Etki
Hasta	Hastalığın devam ettiği dönemde hastaların belirli aralıklarla polikliniğe müracaatı (kronik hastalıklarda bu müracaat ömür boyu devam edebilir)	Hastalığın oluşturduğu negatif psikolojik etki
		Sürekli müracaat sebebiyle normal hayatın aksamaması
	Poliklinikte yapılacak medikal işlemin uzun süreli bekleme zamanı	Uzun süre beklemenin oluşturduğu negatif psikolojik etki
		Uzun süre bekleme sebebiyle normal hayatın aksamaması
		Uzun süre beklemenin hastalığın oluşturduğu sakatlık veya zafiyetle birlikte negatif etkilerin oluşturması
	Poliklinikte yapılacak medikal işlemin takip edilmesi	Hastalığın oluşturduğu negatif psikolojik etki (fonksiyonel açıdan yetersiz olan binalarda)
		Hastalığın oluşturduğu sakatlık veya zafiyetle nedeniyle negatif etkilerin oluşturması

Tablo 6.1 Polikliniklerdeki kullanıcıları etkileyen zorunlu durumlar (devamı)

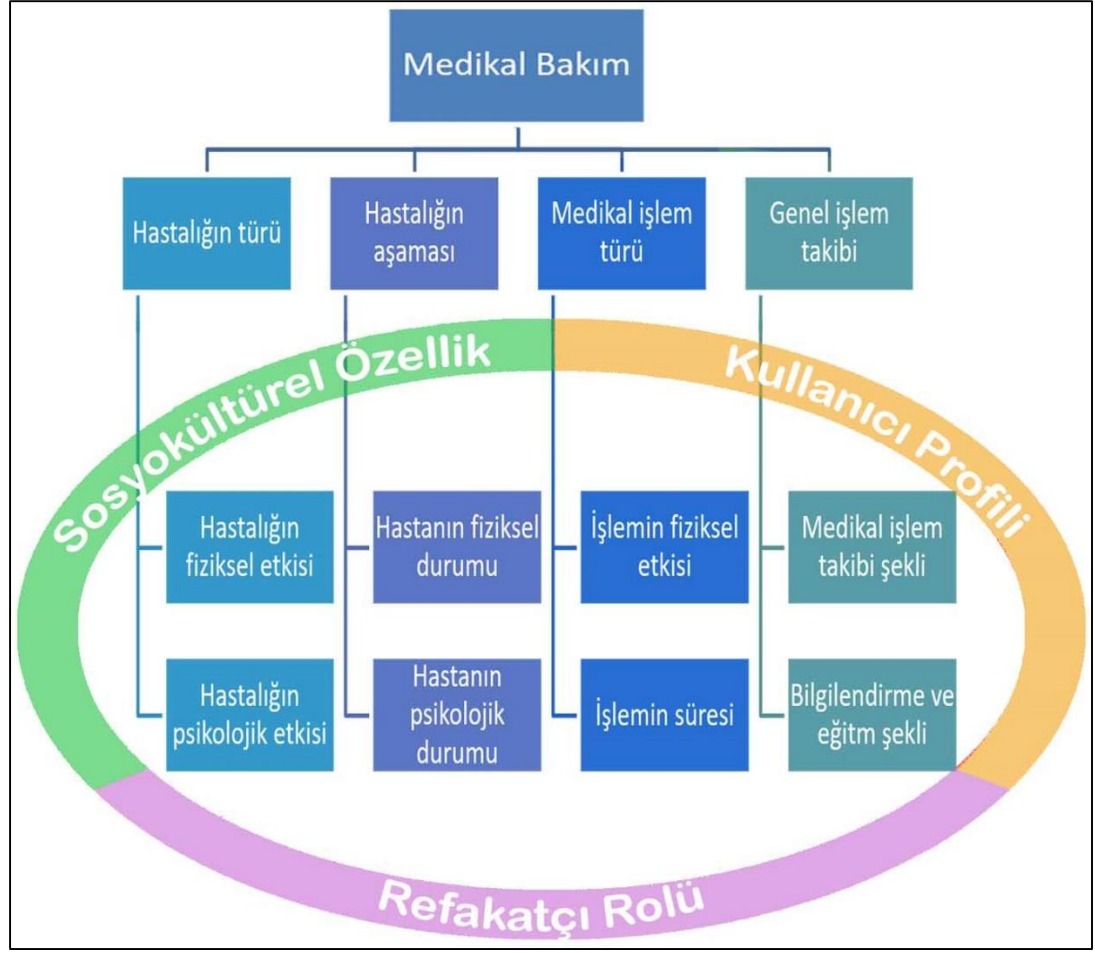
Zorunu Durum		Etki
Refakatçi	Özellikle hastalığın hayati tehdidi olan dönemde hastayla birlikte kısa aralıklarla polikliniğe müracaatı	Hastalığın oluşturduğu negatif psikolojik etki
		Sürekli müracaat sebebiyle normal hayatın aksaması
	Poliklinikte yapılacak medikal işlemin uzun süreli bekleme zamanı	Uzun süre beklemenin oluşturduğu negatif psikolojik etki
		Uzun süre bekleme sebebiyle normal hayatın aksaması
	Poliklinikte yapılacak medikal işlemin uzun süresi	Uzun süre beklemenin oluşturduğu negatif psikolojik etki
		Uzun süre bekleme sebebiyle normal hayatın aksaması
	Poliklinikte yapılacak medikal işlemin takip edilmesi	Hastalığın oluşturduğu negatif psikolojik etki (fonksiyonel açıdan yetersiz olan binalarda)

Bu tablodaki konuların her biri hastalık türü, hastalığın aşaması, uygulanan medikal işlemin türü ve uygulanan bakım yaklaşımı ve yöntemine göre değişebilir. Ayrıca her bir hastanın ve hasta refakatçisinin sosyokültürel özelliğine ve bu grubun profiline göre bu durumların psikolojik etkisi ve gündelik hayatın olumsuz etkilenme şekli değişir ve onun takibinde bu iki kullanıcı grubu için farklı ihtiyaçlar ortaya çıkabilir.

Bu tez doğrultusunda gerçekleşen alan çalışmasının sonuçlarında görüldüğü gibi, hastaların her bölüme yıllık müracaat sayısı, müracaatta bekleme süresi, tedavinin süresi ve refakatçinin bulunma şeklinde bu üç poliklinikte belirgin farklılıklar görülmüştür. Örnek olarak polikliniklerdeki medikal işlem türüne bakıldığında, onkoloji polikliniğinde hastaların %69.4'ü, kemik hastaları polikliniğinde hastaların

%94.3'ü ve kalp-damar ve göğüs hatalıkları polikliniğinde hastaların %34.3'ü muayene için bu tesislere müracaat etmişlerdir. Bu polikliniklerde muayene işlemi için müracaat eden hastaların 60 dakikadan fazla bekleme süresi olanların oranı onkoloji polikliniğinde %58.3, kemik hastalıkları polikliniğinde %16.1 ve kalp damar ve göğüs hastalıkları polikliniğinde %25'tir. Bu oran aynı polikliniklerin müdahale işlemleri için müracaatlarındaki 60 dakikadan fazla bekleme süreleri, onkoloji polikliniğinde %100, kemik hastalıkları polikliniğinde %100 ve kalp damar ve göğüs hastalıkları polikliniğinde %75 olarak belirlenmiştir.

Bu polikliniklere müracaat eden hasta ve refakatçilerin profiline bakınca, polikliniklere müracaat eden hastaların yaş grupları arasında farklılıklar görünmektedir ve bu yaş grupları arasında refakatçi bulunma durumu ve bekleme zamanının ortak özel alanlarda geçirme isteğinde farklılıklar vardır. Yaş ve cinsiyet haricinde kullanıcı profiline çalışma durumu, çocuğu olma durumu, engellilik durumu gibi diğer özellikler bu kullanıcılarda farklı ihtiyaçlar oluşturmaktadır. Kullanıcıların sosyokültürel özellikleri açısından ise, hastalar ve refakatçilerin hastalığa bakış açısı, polikliniklerdeki kalabalık ortam ve bekleme alanlarındaki mahremiyet konusunda düşünce şekli, poliklinikte sosyalleşme yaklaşımına karşı farklı yorumlara sahip oldukları görülmektedir. Hastalara eşlik eden refakatçilere bakınca, bu durum yaş grubu, hastalığın türü ve hastalığın aşamasına göre değişmektedir. Refakatçinin bu durumlarda rolü ise “sadece müracaatta eşlik etmek”, “genel olarak hastanın tedavisiyle ilgilenmek” veya “poliklinikte bire bir tedavi sürecinde katkıda bulunmak” olarak üç farklı gruba ayrılır. Bu üç grubun polikliniklerdeki sosyal alanlarda farklı ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Alan çalışmasında gözlemlenen bu durumlara ek olarak araştırmalara göre farklı yaş gruplarında olan hastalar ve farklı sosyokültürel özellikleri olan hastaların arasında hastalık algısı ve ağrı algısı farklı şekilde hastaları etkiler (Şekil 6.3).



Şekil 6.3 Üçüncü basamak hastane polikliniklerinde gerçekleşen medikal bakımda hastalar ve refakatçilerin ihtiyaçlarını etkileyen üç faktör

Nitekim her bir üçüncü basamak hastane polikliniğinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımı, o alanları bağlı oldukları medikal bakım bölümüne uygun bir şekilde tasarlanması için yönetmeliklerde zorunlu kılınan bütün tasarım standartlarının (ebatlar, ölçüler, yapı fiziki özellikleri, medikal işlem gereksinimleri ve benzeri) asgari şartlarının uygulanmasının yanı sıra, bu alanların en önemli ve en büyük kullanıcı grubunun (Hastalar ve Refakatçiler) profili, sosyokültürel özellikleri ve refakatçinin bakımdaki rolü dikkate alınmalıdır. Bu yaklaşımın sonucunda, polikliniklerde fiziki mekândan dolayı oluşan negatif psikolojik etkilerin yok edilmesiyle, hastaların iyileşme sürecinin kısaltılması mümkün olabilecektir. (Şekil 6.4) Ayrıca bu şekilde oluşturulan ideal fiziki alanlar refakatçilerin de olumsuz

psikolojik etkilerden korunmalarını sağlamakla bu grubun yaşam kalitesini artıracaktır.

Bu doğrultuda bu tez çalışmasında araştırılan konular ve elde edilen sonuçların üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımı için tasarım kriterleri belirlenmiştir.



Şekil 6.4 Sağlık tesislerinde ve hastalık süresinde tesisi kullanan hastaların psikolojisini etkileyen faktörler

6.2. Sonuç ve Öneriler

Bu tez çalışmasında, araştırılan hususların üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımına dâhil olması için belirli kriterler tanımlanmıştır.

Bu alanlarda tanımlanan kriterlerin uygulanması, üçüncü basamak sağlık hizmetinin sunumu için verimli bir ortam hazırlamak ve kullanıcıların (hastalar ve hasta refakatçileri) fiziki ve manevi ihtiyaçlarının bertaraf edilmesiyle, bu grubun psikolojik durumunun iyi seviyede tutulması ve onun neticesinde hastanın iyileşme sürecinin kısaltılmasıdır.

Sonuç olarak, her bir üçüncü basamak polikliniğinin genelinde ve farklı bölümlerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımının aşağıdaki kriterlere sahip olması önerilir:

1. Hastanın fiziksel durumuna uygunluk:

Sosyal alanların ebadı, yapı fiziği özellikleri, iç mekân tasarımı ve ulaşımı her bir hastalığın ve yapılan medikal işlemin hastalarda oluşturduğu fiziksel etkiye veya kullanıcılarda bulunan kalıcı engellilik durumlarına uygun olması.

2. Kullanıcıların profiline uygunluk:

Sosyal alanların, polikliniklere müracaat eden hastalar ve refakatçilerin, yaş grubu, hastalığın hastalar ve refakatçilerin normal hayatlarında bıraktığı etkiye uygun olması.

3. Bekleme süresine uygunluk:

Sosyal alanların kullanımının her bir poliklinik bölümdeki işlem için bekleme süresine uygun olması.

4. Bakım sürekliliğine uygunluk:

Sosyal alanların kullanımının her bir poliklinik bölümünde müracaat sürekliliğine uygun olması.

5. Hasta ve refakatçi katılımına uygunluk:

Sosyal alanların poliklinik anatomisindeki yerleşimi, hastalar ve refakatçilerin işlem takibinin uygun olması ve ayrıca kapasitesi, donanımı ve özel mekânları, müracaat süresinde hastalara eşlik etmeleri ve hastaların tedavisine katılımı bulunmalarına uygun olması.

6. Bilgilendirme ve eğitime uygunluk:

Sosyal alanların donanımı ve özel mekânları hastalar ve refakatçilerin hastalıkla ilgili bilgilendirme ve eğitimi için uygun olması.

7. Kullanıcıların sosyokültürel özelliklerine uygunluk:

Sosyal alanların kapasitesi, bu alanlardaki özel mekânların ve iç tasarımın; hastalar ve refakatçilerin sosyokültürel özelliklerine uygun olarak tasarlanması.

Bu kriterlerin üçüncü basamak hastane polikliniklerindeki sosyal alanların mimari tasarımında uygulanma şekli ve bunlara uygun mimari tasarım çözümlerinin örnekleri Tablo 6.2’de verilmiştir. Ayrıca bu alanlarda sanat ve doğa unsurları kullanımı gibi farklı tasarım çözümlerinin bu kriterlere uygun bir biçimde kullanılması için Tablo 6.3 ve Tablo 6.4’te örnekler verilmiştir.

Tablo 6.2 Üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımı kriterlerinden üretilen mimari tasarım çözüm örnekleri

Kriter		Mimari Tasarım Çözümü Örneği
1	Hastanın fiziksel durumuna uygunluk	Hastalığın verdiği zafiyet veya sakatlık nedeniyle tekerlekli sandalye kullanan hastalar için uygun bekleme alanları ve zaman geçirecekler için uygun özel mekânların bulunması
		Özellikle kemik hastalıkları polikliniklerinde sedyede getirilen hastalar için uygun bekleme alanlarının bulunması
		Hastalık veya tedavi nedeniyle vücutlarının bağışıklık sistemi zayıf olan hastalar için uygun bekleme ve zaman geçirmeleri için mekânların bulunması
		Zihinsel engelli hastalar veya zihinsel engeli olan aile fertleriyle polikliniğe müracaat etmek zorunda olan bireyler için uygun bekleme alanları ve zaman geçirecekler için özel mekânların bulunması
2	Kullanıcıların profiline uygunluk	Çocuk kardiyoloji veya çocuk onkoloji poliklinikleri gibi tesislerde veya polikliniğe çocuklarıyla müracaat etmek zorunda olan hastaların çocukları için uygun bekleme alanları ve zaman geçirecekler için özel mekânların bulunması
		Çalışan veya öğrenci hasta ve refakatçilerin bekleme zamanlarında iş yapma veya ders çalışmaları için özel mekânların bulunması
3	Bekleme süresine uygunluk	Bekleme süresinin uzun olduğu bölümlerde hastalar ve refakatçiler için zamanı değerlendirebilecekleri özel mekânların bulunması
		Kullanım yoğunluğuna göre bu mekânların tek bir büyük ve kalabalık bekleme alanı yerine daha küçük bekleme alanları şeklinde tasarlanması
		Uzun süreli bekleme alanlarının iç mekân tasarımı ve donanımının bireylerin psikolojisine uygun olması
		Refakatçilerin zaman geçirmeleri için özel mekânlar planlandığı takdirde bu mekânlarda bekleyen refakatçinin tedavinin son durumuyla ilgili bilgi elde edebilme imkânının olması

Tablo 6.2 Üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımı kriterlerinden üretilen mimari tasarım çözüm örnekleri (devamı)

Kriter		Mimari Tasarım Çözümü Örneği
4	Bakım sürekliliğine uygunluk	Kısa aralıklarla müracaat yapılan bölümler ve sıklıkla müracaat yapılan bölümlerin bekleme alanlarında farklı bekleme ve zaman geçirme alanların tasarlanması
5	Hasta ve Refakatçi katılımına uygunluk	Bölümlerdeki bekleme alanlarının kapasitesinin refakatçilerin tedavideki katılımına göre belirlenmesi Tedavide katkıda bulunması gereken refakatçiler için tedavinin yapıldığı bölümlerde özel bekleme alanlarının bulunması Her müracaatta sürekli gidilmesi gereken bölümlerin arasındaki yolların bu trafiğe uygun olması Özel sosyal alanlar ve bölümlerin arasındaki yolların kolay ve kısa zamanda ulaşımının sağlanması.
6	Bilgilendirme ve eğitime uygunluk	Hastalar ve refakatçilere hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirme ve eğitim programları için özel alanların bulunması Hastalar ve refakatçilere hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirme ve eğitim programları için bekleme alanlarında kitaplı broşür standı, panel ve ekran gibi özel donanım için yerlerin öngörülmesi
7	Kullanıcıların Sosyokültürel özelliklerine uygunluk	Sosyal alanların kullanıcıların kültürel özelliklerine ve sosyalleşme şekline göre uygun tasarlanması Kullanıcıların dini vecibelerini yerine getirmeleri için özel mekânların bulunması Toplumdaki bütün dinlere inananlar için dua mekânlarının bulunması

Tablo 6.3 Yeşil alan ve doğa unsurlarının kullanımında üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarım kriterlerine uygunluk sağlanma şekli

Kriter		Yeşil Alan ve Doğa Unsurlarının Kullanım Şekli
1	Hastanın fiziksel durumuna uygunluk	Enfeksiyon kapma riski olan hastaların bulunduğu mekânlarda ilgili önlemler alınmalıdır
		Alerji riski olan hastaların bulunduğu mekânlarda ilgili önlemler alınmalıdır
2	Kullanıcıların profiline uygunluk	Çocukların, yaşlıların ve engelli bireylerin çok sayıda bulunduğu mekânlarda tehlike ihtimali çok az olan doğal alanlar bulundurulmalıdır
		Çocukların bulunduğu mekânlarda doğal alanlar bu yaş grubuna uygun eğlenceli mekânların tasarlanması için özel olarak donatılabilir
3	Bekleme süresine uygunluk	Uzun bekleme süresi olan bölümlerde kapalı veya açık yeşil alanlarda bekleme alanları oluşturulabilir
		Tedavi işlemlerin uzun sürdüğü bölümlerde refakatçılar için kapalı veya açık yeşil alanlarda bekleme alanları oluşturulabilir
4	Bakım sürekliliğine uygunluk	Kısa aralıklarla müracaat edilen bölümlerde doğa unsurlarının kullanımı daha önemli sayılır
5	Hasta ve refakatçi katılımına uygunluk	Tedavi esnasında yeşil alanlarda zaman geçirmek isteyen refakatçilerin, hastanın durumu ve tedavi süresi ile ilgili bilgi edinme imkânı bulunmalıdır
6	Bilgilendirme ve eğitime uygunluk	Grup eğitim ve hasta bilgilendirme aktiviteleri için yeşil alanların olduğu bölümlerde uygun yerler öngörülebilir
7	Kullanıcıların sosyokültürel özelliklerine uygunluk	Yeşil alanların tasarımında farklı kültürlerdeki toplumun yeşil alan kullanım şekli ve alışkanlıkları dikkate alınmalıdır

Tablo 6.4 Sanat ve sanat eserlerinin kullanımında üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarım kriterlerine uygunluk sağlanma şekli

Kriter		Sanat ve Sanat Eserlerinin Kullanım Şekli
1	Hastanın fiziksel durumuna uygunluk	Sanat ve sanat eserleri kullanımında hastalık, tedavi veya engellilikten dolayı kullanıcıların duyularında oluşan kısıtlılıklar dikkate alınmalıdır
		Hastanın vücudunda ağrı olma olasılığı olan bölümlerdeki bekleme alanlarında kullanılan sanat eserleri bu şarta uygun olarak seçilmelidir
2	Kullanıcıların profiline uygunluk	Sosyal alanlarda kullanıcıların yaşları ve sanat algılarına uygun sanat eserleri kullanılmalıdır
3	Bekleme süresine uygunluk	Uzun bekleme süresi olan bölümler ve kısa bekleme süresi olan bölümlerin bekleme alanlarında farklı sanat eserleri kullanılmalıdır
4	Bakım sürekliliğine uygunluk	Kısa aralıklarla müracaat yapılan bölümler ve sıklıkla müracaat yapılan bölümlerin bekleme alanlarında farklı sanat eserleri kullanılmalıdır
5	Hasta ve refakatçi katılımına uygunluk	Sanat eserlerinin hastalar ve refakatçuları bölümler arasındaki yollarda yönlendirmede ve yol bulmalarında kullanılabilir
6	Bilgilendirme ve eğitime uygunluk	Sanat eserleri bilgi içerebilir veya bilgilendirme amaçlı interaktif dijital sanatların sunumu ve sergilenmesi için özel alanlar yaratılabilir
7	Kullanıcıların sosyokültürel özelliklerine uygunluk	Kullanıcıların kültüründe genel sanat algısı, farklı sanat dallarının anlamı ve algılanma şekli dikkate alınmalıdır

Bu kriterlerin üçüncü basamak hastane polikliniklerinde bulunan sosyal alanların mimari tasarımında uygulanması doğrultusunda, dört önemli husus dikkate alınmalıdır:

1. Bu kriterler, mimari tasarım standartların kullanımı için bir şablon ve uygulama şeklidir. Onun için ilgili yönetmeliklerdeki standartlar (ebatlar, ölçüler, yap fiziği özellikleri, evrensel tasarım ilkeleri, sürdürülebilir yapı ilkeleri, medikal işlem gereksinimleri ve benzeri) tam bir şekilde tasarımda uygulanmalıdırlar.
2. Bu kriterlerin uygulanması için gereken bilgilerin toplanması, belirli araştırmalar ve alan çalışmaların yapılmasıyla gerçekleşir. Bu hususta kullanıcıların ve tesis kurucularının bu aşamada doğrudan dâhil olmaları çok önemli sayılmaktadır.
3. Bu kriterler, mimari programı aşamasından iç mekân tasarımına kadar, mimari tasarımın tüm aşamalarında uygulanmalıdır.
4. Bu alanların tasarımında kullanılan tüm mimari çözümler (sanat eserleri kullanımı, doğa unsurları kullanımı, özel dijital donanım kullanımı ve benzeri) bu kriterlere uyum sağlaması çözümlerin daha verimli olmalarına sebep olabilir.

KAYNAKÇA

- Dünya sağlık örgütünü. (2013). Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020. Eylem planı.
- Nicoletta setola, sabrina borgianni. (2016). Designing public spaces in hospitals . Routledge.
- A home of their own: north shore-lj breaks ground. (2009). Support.northwell.edu: <https://support.northwell.edu/document.doc?Id=15> adresinden alındı
- Aaacn. (2012). The role of the registered nurse in ambulatory care position statement. Www.aaacn.org. Adresinden alındı
- About henry ford. (2020). Www.henryford.com: <https://www.henryford.com/locations/west-bloomfield/about> adresinden alındı
- About us. (2019). (t. C. Design, prodüktör) www.healthdesign.org: <https://www.healthdesign.org/about-us> adresinden alındı
- About us. (2020). Www.guysandstthomas.nhs.uk: <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/about-us/about-us.aspx> adresinden alındı
- Acem. (1998-2014). Emergency department design guidelines australia. Guideline, the australasian college for emergency medicine (acem).
- Acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğü. (2015). Hastane afet ve acil durum planı (hap) hazırlama kılavuzu. T.c sağlık bakanlığı.
- Akalın, h. E. (2014). [Http://saglikpolitikolari.omegacro.com/:http://saglikpolitikolari.omegacro.com/wp-content/uploads/2014/12/kronik_hastaliklar_guncel.pdf](http://saglikpolitikolari.omegacro.com/:http://saglikpolitikolari.omegacro.com/wp-content/uploads/2014/12/kronik_hastaliklar_guncel.pdf) adresinden alındı
- Akalın, ş. H. (2011). Türkçe sözlük. Ankara, türkiye: türk dil kurumu.
- Akdur, r. (1998). Cumhuriyetten günümüze türkiye’de sağlık. Recep akdur. 2019 tarihinde http://www.recepakdur.com/upload/cumhur%c4%b0yetten_g%c3%9cn%c3%9cm%c3%9cze_t%c3%9crk%c4%b0ye.pdf adresinden alındı
- Al-asad, m. (1994). The mosque: history, architectural development & regional diversity. (h.-u. K. Martin frishman, dü.)
- American institute of architects. (2001). Guidelines for design and construction of hospitals and healthcare facilities. American institute of architects, academy of architecture for health. Dallas, tx: american institute of architects.
- Anadolu üniversitesi. (2018). Sağlık kurumlarında maliyet yönetimi. <https://www.anadolu.edu.tr/acikogretim/turkiye-programlari/acikogretim-sistemindeki-programlar/saglik-yonetimi> adresinden alındı
- Araştırmaları, o. (2019). Osmanlı imparatorluğunda sağlık hizmetleri. Www.os-ar.com: <http://www.os-ar.com/modules.php?Name=encyclopedia&op=content&tid=501330> adresinden alındı

- Araz taheri, ş. Tûlîn görgûlû . (2018). Anatomic consideration of a safe hospital's architecture in case of external emergency. Amps proceedings series 11.. 34, s. 314-331. Bristol: amps c.i.o.
- Art, poetry and local storytelling at a new nhs hospital in glasgow. (2020). <https://www.corian.com.tr/art-poetry-and-local-storytelling-at-a-new-nhs-hospital-in-glasgow> adresinden alındı
- Ashe. (2017). Letter from the president. Inside ashe, 25(4).
- Aula, s. (2009). Design development stages in hospital project. Presentation, ministry of health of malaysa.
- Aydın, e. (tarih yok). 19. Yüzyılda osmanlı sağık teşkilatlanması. Tıp etiğı ve tarihi ad. Ankara: hecettepe üniversitesi.
- Berrin karadağ, hüseyin çat, ali osman öztürk, okcan basat, yüksel altuntaş. (2009). Acil polikliniğıne başvuran ve gözleme alınan hasta profili: üç yıllık inceleme. Research, istanbul.
- Boer, j. D. (1995). Order in chaos modeling medical disaster management. Amsterdam: free university hospital.
- Burke, a. (2014). Towards a new hospital architecture: an exploration of the relationship between hospital space and technology. Ph. D. Thesis, university of east london.
- California hospital association. (2015). Hospital-based outpatient clinics. (c. H. Association, prodüktör) [www.calhospital.org: https://www.calhospital.org/overview/hospital-based-outpatient-clinics](http://www.calhospital.org/overview/hospital-based-outpatient-clinics) adresinden alındı
- Carr, b. R. (2017, 06 04). Health care facilities. [Www.wbdg.org](http://www.wbdg.org). Adresinden alındı
- Carr, r. F. (2017, 06 04). Hospitals. 2017 tarihinde [www.wbdg.org: http://www.wbdg.org/building-types/health-care-facilities/hospital](http://www.wbdg.org/building-types/health-care-facilities/hospital) adresinden alındı
- Cdc. (2018). Fungal disease / cancer patients. [Www.cdc.gov: https://www.cdc.gov/fungal/infections/cancer-patients.html](https://www.cdc.gov/fungal/infections/cancer-patients.html) adresinden alındı
- Celebrating 10 years in oakland county. (2020). [Henryford.com: https://www.henryford.com/locations/west-bloomfield/about/celebrating-10-years](https://www.henryford.com/locations/west-bloomfield/about/celebrating-10-years) adresinden alındı
- Chemotherapy and hair loss. (2018). [Www.mayoclinic.org: https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/chemotherapy/in-depth/hair-loss/art-20046920?P=1](https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/chemotherapy/in-depth/hair-loss/art-20046920?P=1) adresinden alındı
- Child and family. (2020). [Www.stanfordchildrens.org: https://www.stanfordchildrens.org/en/patient-family-resources/child-and-family-life#toppick](https://www.stanfordchildrens.org/en/patient-family-resources/child-and-family-life#toppick) adresinden alındı
- Chronic diseases. (2015). (a. Government, prodüktör) [www.myagedcare.gov.au: https://www.myagedcare.gov.au/getting-started/health-conditions/chronic-diseases](https://www.myagedcare.gov.au/getting-started/health-conditions/chronic-diseases) adresinden alındı
- Clare cooper marcus, marni barne. (1995). Gardens in healthcare facilities: uses, therapeutic benefits, and design recommendation. The center for health design inc.

- Committee, t. W. (2018, 06 09). Functional / operational. Wwww.wbdg.org: <https://www.wbdg.org/design-objectives/functional-operational> adresinden alındı
- Commons.wikimedia.org. (2020). [https://commons.wikimedia.org/wiki/file:the_hahnemannian_monthly_\(1884\)_\(147568_20716\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/file:the_hahnemannian_monthly_(1884)_(147568_20716).jpg) adresinden alındı
- Coping with a terminal illness. (2017). Wwww.nhs.uk: <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/coping-with-a-terminal-illness/> adresinden alındı
- Department of health-australia. (2017). Chronic-disease. (d. O. Australian government, prodüktör) 2019 tarihinde [www.health.gov.au: https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/chronic-disease](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/chronic-disease) adresinden alındı
- Department of veterans affairs. (2009). Design guide - ambulatory care (hospital based). Department of veterans affairs.
- Deryal, y. (2006). Özel sağlık işletmelerinde hastanın aydınlatılması ve rızasının alınması. Ktü-iibf, ticaret hukuku ad. Yeditepe üniversitesi hukuk fakültesi dergisi.
- Designed for comfort and efficiency. (2020). Wwww.uclahealth.org: <https://www.uclahealth.org/reagan/designed-for-comfort-and-efficiency> adresinden alındı
- Dialysis. (2018). Wwww.nhs.uk: <https://www.nhs.uk/conditions/dialysis/> adresinden alındı
- Dorling kindersly . (2017). 1000 inventions and discoveries. Dorling kindersly limited.
- Dsö türkiye ülke ofisi. (2017). Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (steps). Dünya sağlık örgütü türkiye ülke ofisi.
- E. Alfonsi, s. Capolongo, m. Buffoli. (2014). Evidence based design and healthcare: an unconventional approach to hospital design. Research, milano.
- Eagle, a. (2015, nov. 4). Designing hospital public spaces. Healthcare facility management. <https://www.hfmmagazine.com/articles/1808-designing-hospital-public-spaces> adresinden alındı
- Ergenoğlu, a. S. (2006). Sağlık kurumlarının iyileştiren hastane anlayışı ve akreditasyon bağlamında tasarımı ve değerlendirilmesi. Doktora tezi, yıldız teknik üniversitesi, mimarlık fakültesi, istanbul.
- Ernest neufert, peter neufert. (2002). Architects data.
- Ernst and peter neufert architect's data. (tarih yok). Blackwell science.
- Fema. (2013). Hospital design considerations. 2017 tarihinde [www.fema.gov: https://www.fema.gov/media-library-data/20130726-1610-20490-3588/577_ch1.pdf](https://www.fema.gov/media-library-data/20130726-1610-20490-3588/577_ch1.pdf) adresinden alındı
- Franklin becker, kelley s. Parsons. (2019). Hospital facilities and the role of evidence-based design. Emerald insight.

- Fronczek-munter, a. (2017). Usability briefing for hospital architecture – exploring user needs and experiences to improve complex buildings. European healthcare design conference proceeding. London.
- Fruneau, y. (2005). Whc.unesco.org: <http://whc.unesco.org/en/list/358/gallery/> adresinden alındı
- Garip, e. (2011). Environmental cues that affect knowing: a case study in a public hospital building. Research, istanbul.
- Giedion, s. (1968). Space time and architecture, the growth of a new tradition.
- Giuseppe pellitter, flavia belvedere. (2010). Characteristics of the hospital buildings: changes, processes and quality. Research.
- Giuseppe pellitteri, flavia belvedere. (2011). Humanization and architecture in contemporary hospital building. University of palermo.
- Government of the hong kong. (2018). Design guidelines for the elderly and elderly with frailty. Guideline, government of the hong kong special administrative region, labour and welfare bureau, hong kong.
- Great ormond street hospital children's charity. (tarih yok). Wwww.gosh.org: <https://www.gosh.org/> adresinden alındı
- Greenhouse. (2020). Wwww.henryford.com: <https://www.henryford.com/locations/west-bloomfield/greenhouse> adresinden alındı
- Güç, b. (2010). Hastane dolaşım mekanlarının kullanıcı üzerindeki etkileri. Doktora tezi, karadeniz teknik üniversitesi.
- Gül, g. (2005). Laparoskopik kolesistektomide preoperatif deksametazon uygulamasının postoperatif hasta konforu üzerine etkilerinin değerlendirilmesi. İstanbul: istanbul göztepe eğitim ve araştırma hastanesi.
- Guy's and st thomas' nhs foundation trust. (2019). Wwww.guysandstthomas.nhs.uk: <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/home.aspx> adresinden alındı
- Hackensack university medical center. (2019). Wwww.hackensackumc.org: <https://www.hackensackumc.org/locations/contact-us/> adresinden alındı
- Harvard university. (2019). Diseases and conditions. Wwww.health.harvard.edu: <https://www.health.harvard.edu/topics> adresinden alındı
- Headley, m. (2018, jun 18). Strategies that support effective and cohesive wayfinding. Psqh. <https://www.psqh.com/analysis/strategies-that-support-effective-and-cohesive-wayfinding/>) adresinden alındı
- (2016). Health crae 101 e-book. Ehealth ontario, education centre at ehealth ontario. Education centre at ehealth ontario. 2018 tarihinde https://www.ehealthontario.on.ca/images/uploads/pages/documents/health_care_ebook_final.pdf adresinden alındı
- Health direct. (2018). Coping with learning you have a terminal illness. Wwww.healthdirect.gov.au: <https://www.healthdirect.gov.au/coping-with-a-terminal-illness> adresinden alındı

- Health level seven international . (2004). Ehr functional outline and standard care category and select care setting definitions. Health level seven international (hl7). Hl7.
- (2012). Health service delivery profile-japan . Who and ministry of health, labour and welfare, japan.
- Health services planning unit. (2012). Ambulatory care framework . Act government health directorate, health services planning unit. Health services planning unit.
- Healthcare facilities today. (2013, march 25). Public spaces in healthcare can have a big impact if properly designed. Healthcare facilities today. <https://www.healthcarefaciliestoday.com/posts/public-spaces-in-healthcare-can-have-a-big-impact-if-properly-designed--627> adresinden alındı
- Henry ford west bloomfield hospital. (2019). Wwww.henryford.com: <https://www.henryford.com/locations/west-bloomfield> adresinden alındı
- Hopkinsmedicine. (2018). Artistic wayfinding: color themes and art for elevator lobbies. (t. J. Hospital, düzenleyen) 2020 tarihinde https://www.hopkinsmedicine.org/the_johns_hopkins_hospital/about/enhanced_facilities/art_architecture/elevator_art_paint_themes.html adresinden alındı
- (2003). How can hospital performance be measured and monitored? Who. World health organization.
- Ilene morof lubkin, p. D. (dü.). (2013). Chronic illness impact and intervention (8 b.). Jones & bartlett learning.
- Imaginary worlds. (2020). Wwww.gosh.nhs.uk: <https://www.gosh.nhs.uk/parents-and-visitors/gosh-arts/art-collection/imaginary-worlds> adresinden alındı
- Innovation. (2020). Wwww.guysandstthomas.nhs.uk: <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/innovation/innovation.aspx> adresinden alındı
- Institute for patient and family centered care. (2017). Advancing the practice of patient- and family-centered care: how to get started. Bethesda, md: institute for patient- and family-centered care.
- Institute for patient-centered design, inc. (2019). (i. Institute for patient-centered design, prodüktör) <https://www.institutepcd.org/> adresinden alındı
- International strategy for disaster reduction. (2008). Hospitals safe from disasters, 2008-2009 world disaster reduction campaign. International strategy for disaster reduction. Who.
- J. Todd robinson, earl swensson, . (2016). Applying maslow's hierarchy of needs to human-centered design translating hcahps results into designs that support improved care delivery. Research, american institute of architects. <https://www.aia.org/pages/22611-applying-maslows-hierarchy-of-needs-to-human> adresinden alındı
- Janice l. Clarke, rn, scott bourn, daniel j. Castillo, . (2017). An innovative approach to health care delivery for patients with chronic conditions.
- Jc1 & aia. (2015). Planning, design, and construction of health care facilities. Joint commission resources, inc. (jcr) and american institute of architects.

- Kaowen grace chang, hungju chien. (2017). The influences of landscape features on visitation of hospital green spaces—a choice experiment approach. Research.
- Karlen, m. (2009). Space planning basics. John wiley & sons, inc.
- Kavuncubaşı, ş. (2018). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi.
- Kellert, s. R. (tarih yok). Dimensions, elements, and attributes of biophilic design .
- Knudson, j. (2017, march 23). Creating a positive first impression with healthcare lobbies. Healthcare design magazine. [Http://www.healthcaredesignmagazine.com/trends/creating-positive-first-impression-lobbies/](http://www.healthcaredesignmagazine.com/trends/creating-positive-first-impression-lobbies/) adresinden alındı
- Korkmaz, f. (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. Research, hacettepe üniversitesi, sağlık bilimleri fakültesi, sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik dergisi .
- Kunders, g. D. (2008). Hospitals: facilities planning and management. New delhi: tata mcgraw-hill education.
- Long island jewish medical center. (2019). Lij.northwell.edu: <https://lij.northwell.edu/obgyn/katz-womens-hospital> adresinden alındı
- Luoma, h. (2010, march 11). Wwww.healthcaredesignmagazine.com: <https://www.healthcaredesignmagazine.com/architecture/history-hospitals-and-wards/> adresinden alındı
- Maqbool t, raju s, in e. (2016). Importance of patient-centred signage and navigation guide in an orthopaedic and plastics clinic. Research.
- Martin mackee, j. H. (dü.). (2002). Hospitals in changing europe. Buckinhhum, philadelphia: open univrsity press.
- Martin mckee, judith healy. (2000). The role of the hospital in a changing environment. Bulletin of the world health organization.
- Md anderson cancer center. (2019). Wwww.mdanderson.org: <https://www.mdanderson.org/> adresinden alındı
- Md anderson cancer center. (2020). [Https://www.mdanderson.org/patients-family/becoming-our-patient/while-youre-here/parks-gardens.html](https://www.mdanderson.org/patients-family/becoming-our-patient/while-youre-here/parks-gardens.html) adresinden alındı
- Medline plus. (2017). Cancer chemotherapy. (n. C. Institute, prodüktör) medlineplus.gov: <https://medlineplus.gov/cancerchemotherapy.html> adresinden alındı
- Minnesota department of health. (2016). Emergency sheltering, relocation, and evacuation for healthcare facilities. Minnesota department of health.
- Minstry of health-nederlands. (2002). The general hospital building guidelines for new buildings.
- Mojtaba parsae, parinaz motealleh, mohammad parva,. (2016, december). Interactive architectural approach (interactive architecture): an effective and adaptive process for architectural design. Hbrc journal, 12(3), 327-336.
- Naheed ali, moshe lewis. (2015). Understanding pain. London: rowman & littlefield.

- National cancer institute. (2019). Radiation therapy to treat cancer. [Www.cancer.gov: https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/radiation-therapy?Redirect=true#q1](https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/radiation-therapy?Redirect=true#q1) adresinden alındı
- Nature trail. (2020). [Www.gosh.nhs.uk: https://www.gosh.nhs.uk/parents-and-visitors/gosh-arts/art-collection/nature-trail](https://www.gosh.nhs.uk/parents-and-visitors/gosh-arts/art-collection/nature-trail) adresinden alındı
- Nci dictionary of cancer terms. (2018). [Www.cancer.gov: https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/respiratory-therapy](https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/respiratory-therapy) adresinden alındı
- (2014). News. News, alberta health services , queen hospital. <https://www.albertahealthservices.ca/news/releases/2014/page10435.aspx> adresinden alındı
- Norwell health. (2020). [Lijmedicalstaffsociety.com: http://lijmedicalstaffsociety.com/](http://lijmedicalstaffsociety.com/) adresinden alındı
- O'keefe, j. (2004). Creating a senior friendly physical environment in our hospitals. The regional geriatric assessment program of ottawa, ottawa.
- Oche, m. (2013). Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in north western nigeria. Research.
- Okamoto, i. (2001). Japanese health cosmology: a study of terminal cancer patients in japan. Research, oxford brookes university research centre, post-graduate network in japanese studies (pgn) , oxford. [Http://www.japanesestudies.org.uk/kenkyu2002/okamoto.pdf](http://www.japanesestudies.org.uk/kenkyu2002/okamoto.pdf) adresinden alındı
- Older adults. (2014). (odphp, prodüktör) [www.healthypeople.gov: https://www.healthypeople.gov/2020/about-healthy-people](https://www.healthypeople.gov/2020/about-healthy-people) adresinden alındı
- Organization, w. H. (2006). Constitution of the world health organization. Who. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf adresinden alındı
- (2010). Özürlü kişilere yönelik sağlık hizmetlerinin sunumu tc sağlık bakanlığı. T.c sağlık bakanlığı.
- Patient safety & quality. (2020). [Www.hackensackumc.org: http://www.hackensackumc.org/about/notices-policies/patient-safety-quality/](http://www.hackensackumc.org/about/notices-policies/patient-safety-quality/) adresinden alındı
- Patients. (2020). [Www.guysandstthomas.nhs.uk: https://www.guysandstthomas.nhs.uk/our-services/spiritual-care/patients.aspx](https://www.guysandstthomas.nhs.uk/our-services/spiritual-care/patients.aspx) adresinden alındı
- Patricia corcoran buchsel, connie henke yarbro. (2005). Oncology nursing in the ambulatory setting: issues and models of care. Seattle, wa: jones & bartlett learning.
- Per christiansson, kjeld svidt, kristian birch pedersen, ulrik dybro, . (2011, february). User participation in the building process. Journal of information technology in construction .
- Philadelphia, c. O. (2020). [Explorepahistory.com. Retrieved from http://explorepahistory.com/displayimage.php?imgid=1-2-15f9](http://explorepahistory.com/displayimage.php?imgid=1-2-15f9)
- (2012). Protocols for day care anaesthesia. Ministry of health malaysia.

- Publications. (2017). Wwww.who.int: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/> adresinden alındı
- (2008). Radiation therapy service design guide. Guideline, department of veterans affairs.
- Rebuilding and refurbishment. (2020). <https://www.gosh.org/what-we-do/rebuilding-and-refurbishment> adresinden alındı
- Revista de la universitat de barcelona. (2020). Chronic and complex patients. Revista de la universitat de barcelona sobre salut i benestar(7).
- Robert powers, e. D. (dü.). (2010). International disaster nursing. Cambridge: cambridge university press.
- Robert w. Strauss, t. A. (dü.). (2014). Strauss & mayer's emergency department management. Mcgraw-hill education.
- Roger ulrich, xiaobo quan, craig zimring, anjali joseph, ruchi choudhary,. (2004). The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: a once-in-a-lifetime opportunity. The center for health design.
- Ronald reagan ucla medical center . (2019). Wwww.uclahealth.org: <https://www.uclahealth.org/reagan/> adresinden alındı
- Ryu, s. (2012). Telemedicine: opportunities and developments in member states: report on the second global survey on ehealth 2009 (global observatory for ehealth series, volume 2). Who.
- Saba lc, cardoso ta, navarro mb. (2012). Hospitals safe from disasters: a reflection on architecture and biosafety. Research.
- (2010). Safe hospitals in emergencies and disasters structural, non-structural and functional indicators. Guideline, who.
- Sağlık bakanlığı. (1982/2005). Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği. Yönetmelik.
- Sağlık bakanlığı. (1990). Kanunlar. Wwww.saglik.gov.tr: <https://www.saglik.gov.tr/tr,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html> adresinden alındı
- Sağlık bakanlığı inşaat ve onarım dairesi başkanlığı. (2011). Türkiye sağlık yapıları asgari tasarım standartları 2010 yılı klavuzu. Kılavuz, t.c sağlık bakanlığı, inşaat ve onarım dairesi başkanlığı.
- (2012). Sağlık turizmi el kitabı. El kitabı, t.c. Sağlık bakanlığı, sağlık hizmetleri genel müdürlüğü (sağlık turizmi daire başkanlığı), ankara.
- Saint, s. A. (dü.). (2015). Hospital-based palliative medicine: a practical, evidence-based approach. John wiley & sons, inc.
- Sarah robinson, j. P. (dü.). (2015). Mind in architecture: neuroscience, embodiment, and the future of design. The mit press .
- Schechter, r. (2017). Story corner. Healthier.stanfordchildrens.org: <https://healthier.stanfordchildrens.org/en/story-corner/> adresinden alındı

- Seascape. (2020). Www.gosh.nhs.uk: <https://www.gosh.nhs.uk/parents-and-visitors/gosh-arts/art-collection/seascape> adresinden alındı
- Setting the standard of health care. (2020). Nsuh.northwell.edu: <https://nsuh.northwell.edu/> adresinden alındı
- Seung-hee nah, egbe osifo-dawodu. (2017). Establishing private health care facilities in developing countries. Washington, d.c.: the world bank.
- (2008). Seven leadership leverage points. The institute for healthcare improvement , cambridge.
- Sevil aslan, ramazan erdem. (2017). Hastanelerin tarihsel gelişimi. Süleyman demirel üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü dergisi(2), 7-21.
- Şeyda çavmak, doğancan çavmak. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Research.
- Sherwin hn, mckeown m, evans mf, bhattacharyya ok. (2013). The waiting room "wait": from annoyance to opportunity.
- Silvis, j. (2013). 3 considerations for effective patient-centered design. Healthcare design magazine. <https://www.healthcaredesignmagazine.com/architecture/patient-centered-design-3-considerations-effective-spaces/> adresinden alındı
- Sprow, r. (2015). Planning hospitals of the future. Research, american institute of architects.
- Staff, w. (2018). Clinic / health unit. Www.wbdg.org: <https://www.wbdg.org/space-types/clinic-health-unit> adresinden alındı
- Stanford children's health. (2019). Www.stanfordchildrens.org: <https://www.stanfordchildrens.org/> adresinden alındı
- Stephen a. Kliment. (2000). Building type basics for healthcare facilities. John wiley & sons.
- Stephen r. Kellert, elizabeth f. Calabrese. (2015). The practice of biophilic design .
- Subcommittee, t. W. (2016). Engage the integrated design process. Www.wbdg.org: <https://www.wbdg.org/design-objectives/aesthetics/engage-integrated-design-process> adresinden alındı
- Suport and education. (2020). Www.stanfordchildrens.org: <https://www.stanfordchildrens.org/en/patient-family-resources/child-life/education?> Adresinden alındı
- T.c sağlık bakanlığı. (2017). Ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Yönetmelik, t.c sağlık bakanlığı.
- Take a virtual tour of great ormond street hospital. (2020). Www.gosh.nhs.uk: <https://www.gosh.nhs.uk/your-hospital-visit/take-virtual-tour-great-ormond-street-hospital> adresinden alındı
- (2017). The digital hospital evolution - creating a framework for the healthcare system of the future. [Http://infosystems.mu/the-digital-hospital-evolution-creating-a-framework-for-the-healthcare-system-of-the-future](http://infosystems.mu/the-digital-hospital-evolution-creating-a-framework-for-the-healthcare-system-of-the-future) adresinden alındı
- The joint commission. (2008). Health care at the crossroads: guiding principles for the development of the hospital of the future. The joint commission.

- Tho dinh tran, nong minh vuong, uy van nguyen, bach xuan tran. (2017). Patient waiting time in the outpatient clinic at a central surgical hospital of vietnam: implications for resource allocation.
- Thomas bodenheimer, kevin grumbach. (2002). Understanding health policy: a clinical approach. Lange medical books/mcgraw-hill.
- Tintinalli, j. E. (dü.). (2016). Tintinalli's emergency medicine. Mcgraw-hill education.
- Ttb. (2019). Mevzuat. [Http://www.ttb.org.tr/](http://www.ttb.org.tr/): http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?Option=com_content&view=article&id=240:saik-hmetler-ymeshakkinda-saik-bakanli-yerges&catid=8:ygeler&itemid=34 adresinden alındı
- Uk department of health. (2014). Health building note 00-01 general design guidance for healthcare buildings. London: uk department of health.
- Ülman, y. I. (2007). Türkiye’de 19. Ve 20 yüzyıllarda tıp tarihinin ana hatları. Cerrahpasa tıp fakültesi .
- Ulrich, r. S. (2002). Health benefits of gardens in hospitals. Research.
- Ümran dal, yeter kitiş. (2008). The historical development and current status of nursing in turkey. The online jurnal of issues in nursing . <Http://ojin.nursingworld.org/mainmenucategories/anamarketplace/anaperiodicals/ojin/tableofcontents/vol132008/no2may08/articleprevioustopic/nursinginturkey.html> adresinden alındı
- Vischer, j. C. (2008). Towards a user-centred theory of the built environment. Research.
- Wa health. (2007). Ambulatory and community-based care: a framework for non-inpatient care. Wa health.
- Walker, j. (dü.). (2013). Decontamination in hospitals and healthcare. Woodhead publishing.
- Wall, b. M. (2012). (u. O. Nursing, prodüktör) [www.nursing.upenn.edu: https://www.nursing.upenn.edu/nhhc/nurses-institutions-caring/history-of-hospitals/](http://www.nursing.upenn.edu/nhhc/nurses-institutions-caring/history-of-hospitals/) adresinden alındı
- Who. (2015). Comprehensive safe hospital framework. Framework, world health organization.
- Who global status report. (2014). Publications. [Wwww.who.int: https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/) adresinden alındı
- Who library. (2006). The world health report 2006: working together for health. World health organization. World health organization library.
- World health organization . (2017). Noncommunicable diseases progress monitor. <File:///c:/users/araz/downloads/9789241513029-eng.pdf> adresinden alındı
- World health organization. (2014). Hospital preparedness for epidemics who. Who.
- Yıldırım, h. H. (2013). [Wwww.sagliksen.org.tr: http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/46eb828a53e74e26a2130eefdc94650a.pdf](http://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/46eb828a53e74e26a2130eefdc94650a.pdf) adresinden alındı

- Yönerge. (2018, temmuz 16). 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr:https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/tr,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html> adresinden alındı
- Zhong, s. (2014). Developing an evaluation framework for hospital disaster resilience: tertiary hospitals of shandong province, china. Ph. D thesis, queensland university of technology, faculty of health.

Anket Çalışmasının İstatiksel Verileri

CROSSTABS

```

/TABLES=HGB1 HGB2 HGB4 HGB9 HGB10 HTB4 BY HOBH1
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ
/CELLS=COUNT ROW COLUMN TOTAL
/COUNT ROUND CELL.

```

Crosstabs

Cinsiyet * Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?

Crosstab

			Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?		Total
			Evet	Hayır	
Cinsiyet	E	Count	23	7	30
		% within Cinsiyet	76,7%	23,3%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	59,0%	41,2%	53,6%
		% of Total	41,1%	12,5%	53,6%
	K	Count	16	10	26
		% within Cinsiyet	61,5%	38,5%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	41,0%	58,8%	46,4%
		% of Total	28,6%	17,9%	46,4%
Total		Count	39	17	56
		% within Cinsiyet	69,6%	30,4%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	69,6%	30,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,508 ^a	1	,219		
Continuity	,877	1	,349		
Likelihood Ratio	1,509	1	,219		
Fisher's Exact Test				,255	,175
Linear-by-Linear Association	1,481	1	,224		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,89.

b. Computed only for a 2x2 table

Yaş * Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?

Crosstab

			Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?		Total
			Evet	Hayır	
Yaş	<15	Count	1	1	2
		% within Yaş	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	2,6%	5,9%	3,6%
		% of Total	1,8%	1,8%	3,6%
	15-30	Count	7	4	11
		% within Yaş	63,6%	36,4%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	17,9%	23,5%	19,6%
		% of Total	12,5%	7,1%	19,6%
	31-45	Count	5	3	8
		% within Yaş	62,5%	37,5%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	12,8%	17,6%	14,3%
		% of Total	8,9%	5,4%	14,3%
	46-60	Count	23	1	24
		% within Yaş	95,8%	4,2%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	59,0%	5,9%	42,9%
		% of Total	41,1%	1,8%	42,9%
	61-75	Count	2	7	9
		% within Yaş	22,2%	77,8%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	5,1%	41,2%	16,1%
		% of Total	3,6%	12,5%	16,1%
	>75	Count	1	1	2
		% within Yaş	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	2,6%	5,9%	3,6%
		% of Total	1,8%	1,8%	3,6%
Total	Count	39	17	56	
	% within Yaş	69,6%	30,4%	100,0%	
	% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	69,6%	30,4%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	18,470 ^a	5	,002
Likelihood Ratio	20,353	5	,001
Linear-by-Linear Association	,235	1	,628
N of Valid Cases	56		

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,61.

Bedensel Engellilik * Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?

Crosstab

			Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?		Total
			Evet	Hayır	
Bedensel Engellilik Var	Count		2	3	5
	% within Bedensel Engellilik		40,0%	60,0%	100,0%
	% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?		5,1%	17,6%	8,9%
	% of Total		3,6%	5,4%	8,9%
Yok	Count		37	14	51
	% within Bedensel Engellilik		72,5%	27,5%	100,0%
	% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?		94,9%	82,4%	91,1%
	% of Total		66,1%	25,0%	91,1%
Total	Count		39	17	56
	% within Bedensel Engellilik		69,6%	30,4%	100,0%
	% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?		100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total		69,6%	30,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2,282 ^a	1	,131		
Continuity	1,002	1	,317		
Likelihood Ratio	2,078	1	,149		
Fisher's Exact Test				,158	,158
Linear-by-Linear Association	2,241	1	,134		
N of Valid Cases	56				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,52.

b. Computed only for a 2x2 table

Refakatçi * Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?

Crosstab

			Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?		Total
			Evet	Hayır	
Refakatçi	Var	Count	20	15	35
		% within Refakatçi	57,1%	42,9%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	51,3%	88,2%	62,5%
		% of Total	35,7%	26,8%	62,5%
	Yok	Count	19	2	21
		% within Refakatçi	90,5%	9,5%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	48,7%	11,8%	37,5%
		% of Total	33,9%	3,6%	37,5%
Total		Count	39	17	56
		% within Refakatçi	69,6%	30,4%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	69,6%	30,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	6,898 ^a	1	,009		
Continuity	5,411	1	,020		
Likelihood Ratio	7,740	1	,005		
Fisher's Exact Test				,015	,008
Linear-by-Linear Association	6,775	1	,009		
N of Valid Cases	56				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,37.

b. Computed only for a 2x2 table

Eğitim Durumu * Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını ist

Crosstab

			Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?		Total
			Evet	Hayır	
Eğitim Durumu	Yok	Count	2	2	4
		% within Eğitim Durumu	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	5,3%	12,5%	7,4%
		% of Total	3,7%	3,7%	7,4%
	İlkokul	Count	7	6	13
		% within Eğitim Durumu	53,8%	46,2%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	18,4%	37,5%	24,1%
		% of Total	13,0%	11,1%	24,1%
	Ortaokul	Count	8	4	12
		% within Eğitim Durumu	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	21,1%	25,0%	22,2%
		% of Total	14,8%	7,4%	22,2%
	Lise	Count	9	1	10
		% within Eğitim Durumu	90,0%	10,0%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	23,7%	6,3%	18,5%
		% of Total	16,7%	1,9%	18,5%
	Ön lisans	Count	1	0	1
		% within Eğitim Durumu	100,0%	0,0%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	2,6%	0,0%	1,9%
		% of Total	1,9%	0,0%	1,9%
	Lisans	Count	9	2	11
		% within Eğitim Durumu	81,8%	18,2%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	23,7%	12,5%	20,4%
		% of Total	16,7%	3,7%	20,4%
	Lisansüs tū	Count	2	1	3
		% within Eğitim Durumu	66,7%	33,3%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	5,3%	6,3%	5,6%
		% of Total	3,7%	1,9%	5,6%
	Total	Count	38	16	54
		% within Eğitim Durumu	70,4%	29,6%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	70,4%	29,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	5,558 ^a	6	,475
Likelihood Ratio	6,113	6	,411
Linear-by-Linear Association	2,650	1	,104
N of Valid Cases	54		

a. 10 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,30.

Son 12 Ayda Müracaat Sayısı * Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?

Crosstab

			Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?		Total
			Evet	Hayır	
Son 12 Ayda Müracaat Sayısı	<5	Count	26	5	31
		% within Son 12 Ayda Müracaat Sayısı	83,9%	16,1%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	68,4%	31,3%	57,4%
		% of Total	48,1%	9,3%	57,4%
	5-10	Count	3	2	5
		% within Son 12 Ayda Müracaat Sayısı	60,0%	40,0%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	7,9%	12,5%	9,3%
		% of Total	5,6%	3,7%	9,3%
	>10	Count	9	9	18
		% within Son 12 Ayda Müracaat Sayısı	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	23,7%	56,3%	33,3%
		% of Total	16,7%	16,7%	33,3%
Total		Count	38	16	54
		% within Son 12 Ayda Müracaat Sayısı	70,4%	29,6%	100,0%
		% within Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	70,4%	29,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,550 ^a	2	,038
Likelihood Ratio	6,556	2	,038
Linear-by-Linear Association	6,327	1	,012
N of Valid Cases	54		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,48.

Frequency Table

Tedavi işlemlerinizde kendinizin katılımı olmasını istiyor musunuz?

		Frequency	Percent	işlemlerinizde kendinizin	Cumulative Percent
Valid	Evet	45	54,2	76,3	76,3
	Fark etmez	4	4,8	6,8	83,1
	Hayır	10	12,0	16,9	100,0
	Total	59	71,1	100,0	
Missing	0	8	9,6		
	System	16	19,3		
	Total	24	28,9		
Total		83	100,0		

Hastanede müracaat edeceğiniz bölümlerin arasındaki yolların hangi niteliğe sahip olması önemlidir? T1

		Frequency	Percent	müracaat edeceğiniz	Cumulative Percent
Valid	Yolların yönlendirici olması	35	42,2	62,5	62,5
	Kısa olması	2	2,4	3,6	66,1
	Düz ayak olması	19	22,9	33,9	100,0
	Total	56	67,5	100,0	
Missing	0	8	9,6		
	System	19	22,9		
	Total	27	32,5		
Total		83	100,0		

Hastanede müracaat edeceğiniz bölümlerin arasındaki yolların hangi niteliğe sahip olması önemlidir? T2

		Frequency	Percent	müracaat edeceğiniz	Cumulative Percent
Valid	Yolların yönlendirici olması	16	19,3	29,6	29,6
	Kısa olması	13	15,7	24,1	53,7
	Düz ayak olması	25	30,1	46,3	100,0
	Total	54	65,1	100,0	
Missing	0	10	12,0		
	System	19	22,9		
	Total	29	34,9		
Total		83	100,0		

Hastanede müracaat edeceğiniz bölümlerin arasındaki yolların hangi niteliğe sahip olması önemlidir? T3

		Frequency	Percent	müracaat edeceğiniz	Cumulative Percent
Valid	Yolların yönlendirici olması	4	4,8	7,5	7,5
	Kısa olması	39	47,0	73,6	81,1
	Düz ayak olması	10	12,0	18,9	100,0
	Total	53	63,9	100,0	
Missing	0	11	13,3		
	System	19	22,9		
	Total	30	36,1		
Total		83	100,0		

Hastane bölümlerindeki bekleme alanlarının niteliği ve kalitesi önemli midir?

		Frequency	Percent	bölümlerindeki bekleme	Cumulative Percent
Valid	Evet	49	59,0	90,7	90,7
	Fark etmez	5	6,0	9,3	100,0
	Total	54	65,1	100,0	
Missing	0	10	12,0		
	System	19	22,9		
	Total	29	34,9		
Total		83	100,0		

Sizce hastanedeki ortam ve alanlar hangi niteliklere sahip olmalıdır? T1

		Frequency	Percent	hastanedeki ortam ve alanlar	Cumulative Percent
Valid	Hastane alanlarının ferah olması	22	26,5	45,8	45,8
	Bakımlı ve düzenli	24	28,9	50,0	95,8
	Manzaranın görülmesi	2	2,4	4,2	100,0
	Total	48	57,8	100,0	
Missing	0	16	19,3		
	System	19	22,9		
	Total	35	42,2		
Total		83	100,0		

Sizce hastanedeki ortam ve alanlar hangi niteliklere sahip olmalıdır? T2

		Frequency	Percent	hastanedeki ortam ve alanlar	Cumulative Percent
Valid	Hastane alanlarının ferah olması	23	27,7	51,1	51,1
	Bakımlı ve düzenli	22	26,5	48,9	100,0
	Total	45	54,2	100,0	
Missing	0	19	22,9		
	System	19	22,9		
	Total	38	45,8		
Total		83	100,0		

Sizce hastanedeki ortam ve alanlar hangi niteliklere sahip olmalıdır? T3

		Frequency	Percent	hastanedeki ortam ve alanlar	Cumulative Percent
Valid	Hastane alanlarının ferah olması	1	1,2	2,2	2,2
	Bakımlı ve düzenli	1	1,2	2,2	4,4
	Manzaranın görülmesi	43	51,8	95,6	100,0
	Total	45	54,2	100,0	
Missing	0	19	22,9		
	System	19	22,9		
	Total	38	45,8		
Total		83	100,0		

Hastanedeki ortam ve alanlarında bunların hangisi rahatsız edicidir? T1

		Frequency	Percent	ortam ve alanlarında	Cumulative Percent
Valid	Gürültünün olması	11	13,3	25,0	25,0
	Nahoş kokuların	28	33,7	63,6	88,6
	Kalabalık olması	5	6,0	11,4	100,0
	Total	44	53,0	100,0	
Missing	0	20	24,1		
	System	19	22,9		
	Total	39	47,0		
Total		83	100,0		

Hastanedeki ortam ve alanlarında bunların hangisi rahatsız edicidir? T2

		Frequency	Percent	ortam ve alanlarında	Cumulative Percent
Valid	Gürültünün olması	26	31,3	66,7	66,7
	Nahoş kokuların	7	8,4	17,9	84,6
	Kalabalık olması	6	7,2	15,4	100,0
	Total	39	47,0	100,0	
Missing	0	25	30,1		
	System	19	22,9		
	Total	44	53,0		
Total		83	100,0		

Hastanedeki ortam ve alanlarında bunların hangisi rahatsız edicidir? T3

		Frequency	Percent	ortam ve alanlarında	Cumulative Percent
Valid	Gürültünün olması	5	6,0	12,8	12,8
	Nahoş kokuların	5	6,0	12,8	25,6
	Kalabalık olması	29	34,9	74,4	100,0
	Total	39	47,0	100,0	
Missing	0	25	30,1		
	System	19	22,9		
	Total	44	53,0		
Total		83	100,0		

Sizce hastane bölümlerinde sizin kayıt ve idari işlemlerinizin yapıldığı ortamlarda mahremiyet önemli midir?

		Frequency	Percent	bölümlerinde sizin kayıt ve	Cumulative Percent
Valid	Evet	18	21,7	35,3	35,3
	Fark etmez	24	28,9	47,1	82,4
	Hayır	9	10,8	17,6	100,0
	Total	51	61,4	100,0	
Missing	0	13	15,7		
	System	19	22,9		
	Total	32	38,6		
Total		83	100,0		

Statistics

Sizce hastanede tüm hastalar ve rafakatçıların kullanabileceği ortak dinleşme ve dinleme sosyal alanlarının bulunması önemli midir?

N	Valid	56
	Missing	27

Sizce hastanede tüm hastalar ve rafakatçıların kullanabileceği ortak dinleşme ve dinleme sosyal alanlarının bulunması önemli midir?

		Frequency	Percent	tüm hastalar ve rafakatçıların	Cumulative Percent
Valid	Evet	46	55,4	82,1	82,1
	Fark etmez	8	9,6	14,3	96,4
	Hayır	2	2,4	3,6	100,0
	Total	56	67,5	100,0	
Missing	0	8	9,6		
	System	19	22,9		
	Total	27	32,5		
Total		83	100,0		

MULT RESPONSE GROUPS=\$HOB8 'Refakatçının sosyal alan tercihi' (hobr8_1 hobr8_2 hobr8_5 hobr8_6 hobr8_7 (1,8))
/FREQUENCIES=\$HOB8.

Case Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
\$HOB8 ^a	44	53,0%	39	47,0%	83	100,0%

a. Group

\$HOB8 Frequencies

		Responses		Cases
		N	Percent	n sosyal
Refakatçının sosyal alan tercihi ^a	Kütüphane	32	20,5%	72,7%
	TV ve oyun odası	28	17,9%	63,6%
	Doğa ile ilgili alan	24	15,4%	54,5%
	Dini ve manevi konularla ilgili	21	13,5%	47,7%
	Sanatla ilgili alanlar	19	12,2%	43,2%
	Kafe restoran	18	11,5%	40,9%
	Spor yürüme ve spa alanı	14	9,0%	31,8%
Total		156	100,0%	354,5%

a. Group

Multiple Response

Notes

Output Created		29-APR-2019 19:10:12
Comments		
Input	Data	C:\Users\ÖMER\Documents\laraz_taheri\laraz_taheri_refakatcisiolanlar.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	83
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.
Syntax		MULT RESPONSE GROUPS=\$HOBR8 'Refakatçının sosyal alan tercihi' (HOBR8_1 HOBR8_2 HOBR8_3 HOBR8_4 HOBR8_5 HOBR8_6 HOBR8_7 (1,8)) /VARIABLES=hastane(1 3) /TABLES=hastane BY \$HOBR8 /CELLS=ROW COLUMN TOTAL /BASE=CASES.
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,02

Case Summary

Cases					
Valid		Missing		Total	
N	Percent	N	Percent	N	Percent
44	53,0%	39	47,0%	83	100,0%
hastane*\$HOB R8					

hastane*\$HOB R8 Crosstabulation

Refakatçının sosyal alan tercihi ^a										
		TV ve oyun odası	Kütüphane	Sanatla ilgili alanlar	Spor yürütme ve spa alanı	Doğa ile ilgili alan	Dini ve manevi konularla ilgili alan	Kafe restoran	Total	
hastane	H1	Count % within hastane % within \$HOB R8 % of Total	11 55,0% 39,3% 25,0%	17 85,0% 53,1% 38,6%	11 55,0% 57,9% 25,0%	8 40,0% 57,1% 18,2%	13 65,0% 54,2% 29,5%	10 50,0% 47,6% 22,7%	9 45,0% 50,0% 20,5%	20 45,5%
	H2	Count % within hastane % within \$HOB R8 % of Total	6 85,7% 21,4% 13,6%	2 28,6% 6,3% 4,5%	1 14,3% 5,3% 2,3%	1 14,3% 7,1% 2,3%	2 28,6% 8,3% 4,5%	3 42,9% 14,3% 6,8%	1 14,3% 5,6% 2,3%	7 15,9%
	H3	Count % within hastane % within \$HOB R8 % of Total	11 64,7% 39,3% 25,0%	13 76,5% 40,6% 29,5%	7 41,2% 36,8% 15,9%	5 29,4% 35,7% 11,4%	9 52,9% 37,5% 20,5%	8 47,1% 38,1% 18,2%	8 47,1% 44,4% 18,2%	17 38,6%
	Total	Count % of Total	28 63,6%	32 72,7%	19 43,2%	14 31,8%	24 54,5%	21 47,7%	18 40,9%	44 100,0%

Percentages and totals are based on respondents.

a. Group

Tezden üretilmiş Yayınlar

İletişim Bilgisi: araztaheri2013@gmail.com

Makaleler

Araz TAHERI, Ş. Tülin GÖRGÜLÜ . (2018). Anatomic consideration of a safe hospital's architecture in case of external emergency. Amps proceedings series 11. . 34, s. 314-331. Bristol: Amps c.i.o.