

**T.C.
MİMAR SİNAN GÜZEL SANATLAR ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DEĞİŞEN KULLANIM İHTİYAÇLARI KARŞISINDA HASTANE
YAPILARIN DA GİRİŞ MEKANLARININ ŞEKİLLENMESİ**

SANATTA YETERLİK TEZİ

Y. İç Mimar Arzu ECEOĞLU

İç Mimarlık Anabilim Dalı

İç Mimarlık Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Osman ARAYICI

MAYIS 2010

ÖNSÖZ

“ DEĞİŞEN KULLANIM İHTİYAÇLARI KARŞISIN DA HASTANE GİRİŞ MEKANLARI’ NIN ŞEKİLLENMESİ ” adlı tez çalışmamda bana her türlü yardımda bulunan, yol gösteren ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Osman Arayıcı’ ya sonsuz teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmama katkılarından dolayı değerli çalışma arkadaşım, kardeşim Arş. Gör. Tuğçe Çedikçi Ergünler’e de teşekkürlerimi sunarım.

Yaşamım boyunca her zaman yanımda olan ve ellerini üzerimden esirgemeyen değerli annem, babam ve ağabeylerime ayrıca hayatıma girerek benim hep yanımda, bana destek olan küçük aileme, bir ömür yanımda olmaları dileğimle, tüm kalbimle teşekkür ederim.

Mayıs, 2010

Y. İç Mimar Arzu ECEOĞLU

İÇİNDEKİLER

. ÖZET.....	IV
. SUMMARY.....	VI
. ŞEKİL LİSTESİ.....	VIII
. GİRİŞ.....	IX

I. BÖLÜM: HASTANENİN TANIMI

1.1. Hastane Nedir.....	1
1.2. Hastane Kavramının Doğuşu	3
1.3. Türkiye’de Hastanelerin Tarihsel Gelişimi.....	4
1.4. Hastane Yapılarının Sınıflandırılması.....	6
1.5. Hastane Yapılarının Bölümleri.....	11

II. BÖLÜM: HASTANE YAPILARININ ŞEKİLLENİŞİ, İNCELENMESİ VE HASTANE TASARIMINA İLİŞKİN SORUNLAR.

2.1. Hastane Plan Şekilleri.....	18
2.2. Hastane yapılarının mekansal çözümlenmesi.....	22
2.2.1. Hastane yapılarının biçimlenmesinde temel etkenler.....	22
2.2.2. Hastane yapılarının mekansal çözümlenmesine etken faktörler.....	27

III. HASTANE YAPILARININ İNSAN – ÇEVRE – ALGI FAKTÖRÜNE GÖRE ŞEKİLLENMESİ VE BU FAKTÖRLERİN İNSAN ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

3.1. İnsan.....	29
3.2. Çevre.....	32
3.3. Algı.....	32
3.3.1. Görsel algı.....	38
3.3.2. İşitsel algı.....	40
3.3.3. Dokunsal algı.....	43
3.3.4. Koku algısı.....	45
3.3.5. Tat algısı.....	47

3.4. Denge.....	48
3.5. Kinestetik Algılama.....	49
3.6. İnsan – Çevre – Algı etkileşimi.....	50
IV. DEĞİŞEN KULLANIM BİÇİMLERİ	
4.1. Gelişen teknoloji.....	52
4.2. Teknolojinin gelişmesi ile birlikte hastane ekipmanlarının şekillenmesi..	54
4.3. Hastane ekipmanlarının kullanıcı üzerindeki etkileri.....	61
V. DEĞİŞEN KULLANIM İHTİYAÇLARI KARŞISINDA HASTANE GİRİŞ MEKANLARININ BİÇİMLENMESİ	
5.1. Hastane yapılarında giriş mekanlarının sınıflandırılması.....	64
5.2. Seçilen hastane yapılarında giriş mekanlarının irdelenmesi.....	66
5.2.1. Giriş mekanlarının yapısal analizi.....	66
5.2.1.1. Hastanın mekanı algılaması.....	70
5.2.1.2. Hastanın moral koşulları.....	73
5.2.1.3. Hastanın ihtiyaçları.....	75
5.2.1.4. Hastaya çevrenin yaklaşımı.....	79
5.2.2. Hastane yapıları girişlerinin diğer kullanıcılar üzerindeki etkileri..	80
5.2.3. Hastane yapılarında sunulan hizmetler bağlamında giriş mekanlarının diğer bölümlerle kurduğu ilişki.....	85
5.2.3.1. Diğer bölümlerin sınıflandırılması.....	85
5.2.3.2. Diğer bölümlerin birbirine olan orantısı.....	112
5.2.3.3. Diğer bölümlerin birbirleri arasındaki bağlantı.....	118
5.2.3.4. Diğer bölümlerde kullanılması gereken doku, ışık, ses, renk gibi algısal etkenlerin belirlenmesi.....	119
5.2.4. Uygulanmış projelerin incelenmesi.....	120
5.2.5. Giriş mekanlarının daha iyi hizmet verebilmesi için mekansal çözüm önerileri.....	143
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Çalışmanın genel sonuçları.....	148
6.2. Çalışma ile ilgili öneriler.....	150
KAYNAKLAR.....	152
ÖZGEÇMİŞ.....	156

. ÖZET

İnsan – çevre, insan – algı, çevre – algı ve insan – çevre – algı duyarlılığı ile insanların birbirleri arasındaki ilişki, hem toplumsal yaşamı etkilemekte, hem de yapıların şekillenmesine yön vermektedir. Artık teknolojik gelişmelerin insan ihtiyaçlarına yeterli düzeyde cevap vermesi ve tasarımların insanın fiziksel ve biyolojik gereksinimlerinin yanı sıra, psikolojik gereksinimlerine de yanıt verebilecek düzeyde olması zorunlu hale gelmiştir.

Bu çalışmada insan – çevre – algı ilişkisi ve seçilen belirli hastanelerin giriş mekanları bu ilişki düzeyinde incelenmiştir. İnsanlara daha iyi hizmet verebilmek için, hastane giriş mekanlarının daha iyi şekilde tasarlanması ve gerek duyulan ihtiyaçların karşılanabilmesi amaçlı, kabuksal yapısı oluşturulmuş mekanların oran – orantı, renk, ses, koku v.b. gibi özelliklerini belirlemek ve çözüm üretmek amaçlanmıştır.

Çalışma, giriş ve onu izleyen bölümlerden oluşmaktadır.

.Giriş bölümünde konuya genel bir bakış yapılmakta ve hastane giriş bölümlerinin insan psikolojisi üzerindeki etkisine değinilmektedir.

.Birinci bölümde, hastane kavramı tanımlanmakta ve hastane tasarımları araştırılmıştır. Ayrıca hastane yapılarının farklı şekillerde sınıflandırılması, bu sınıflandırmaya etken faktörler ve hastane yapılarının hangi bölümlerden oluştuğu incelenmektedir.

.İkinci bölümde, hastane yapılarının tarihsel süreç içerisindeki gelişimi, bu gelişim sürecinde hastane yapılarının plan şemalarının değişimi ve bu yapıların insan – çevre – algı ilişkisine yansımaları irdelenmektedir. Ayrıca, hastane yapılarının biçimlenmesindeki etkenler ve mekansal çözümleri etkileyen faktörler ele alınmış ve çıkan sonuçlar özetlenmiştir.

.Üçüncü bölümde, insan – çevre – algı faktörlerinin içerikleri açıklanmış ve bu üç etkenin birbiri arasındaki etkileşim değerlendirilmiştir.

.Dördüncü bölümde, gelişen teknolojinin insan ve hastane yapıları, ayrıca hastane ekipmanlarını etkilemesi ve bu etkinin kullanıcı üzerindeki etkileşim değerlendirilmiştir.

Beşinci bölümde, hastane giriş mekanları tanımlanmaya ve bu mekanlarda duyulan ihtiyaçların belirlenmesine çalışılmıştır. Ayrıca hastanın bu mekanı nasıl algıladığı ve mekanın hastalar üzerinde bıraktığı etki incelenmiştir. Hastane giriş mekanlarının yukarıda belirtilen hususlar doğrultusunda düzenlenmesi ile algısal açıdan nasıl kullanılması gerektiği irdelenmiş ve çözüm önerileri üretilmeye çalışılmıştır.

Altıncı bölümde, çalışma ile ilgili sonuçlar değerlendirilmiş, günümüz olanakları ve şartları göz önüne alınarak hastane giriş mekanlarına katkıda bulunulmaya çalışılmıştır.

. SUMMARY

The human – the environment, the human – sense, environment – sense and human – environment – the relationship between sensitivity and the human being effect both, the social life and also direct the shape of architecture. Nowadays it is a must that the technological developments have to answer human beings needs at an appropriate level and that the designs have to answer both, human beings physical, biological and also the psychological necessities.

In this study, the relationship between human – environment and sense and the entrance part of specific chosen hospitals is examined. By determining the rate-ratio, the colour, the acoustic and the smell of the cortical architectures which have already been created, it is aimed to indicate solutions to serve beter, and design the entrances of hospital.

The study consists on an introduction and parts following it.

An overview and the effect of the entrances of hospitals on human psychology are dealt in the introduction part.

The concept ‘‘hospital’’ is defined and the hospital designs are searched in the first part. Besides, the hospitals are classified differently and the facts that build up these classifications and the parts on which hospitals are formed of are also examined.

The development of hospital architectures during history, the change of the plans and schemes of these hospital architectures, and the reflection of these architectures on human – environment – sense are examined in the second part. Besides, the facts which play a role in the form of these architectures and the facts that effect the analyzing of these places are handled and the results are summarized.

The contents of the fact of human – environment – sense are explained and the coactions between these three factors are evaluated in the third part.

The coaction of the effect on the user and the effect of the developing technology on human and hospital structures and also the effect on the hospital equipments is evaluated in the forth part.

In the fifth part, the hospital entrance parts are defined and the needs of these parts are tried to be determined. Besides, it is analyzed how the patient perceives these parts and what effects they strike these patients. According to the above mentioned matters, the construction of these hospital entrance places and how it should be used sensorial is examined and it is tried to find suggestions for the best solution.

In the sixth part, the results of this study are evaluated and according to today's conditions and possibilities, it is tried to contribute on the hospital entrance places.

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.5.1. Birimler arasındaki ilişki	17
Şekil 2.1.2. Hastane plan tipleri	20
Şekil 3.1.a. İnsan soy ağacı	31
Şekil 4.1.a Pnömatik tüp sistemleri.....	53
Şekil 4.2.a. Kiosk ve sıramatik sistemleri şematik çizimi.....	55
Şekil 4.2.b Pnömatik sistem şeması	56
Şekil 5.2.1.1 Hastane karşılama bankolarında kullanıcı ve personel ilişkisi	68
Şekil 5.2.1.2 Kişinin çevresi ile ilişkisi	69
Şekil 5.2.1.a Liberakis	78
Şekil 5.2.2. Anket Çalışması	84
Şekil 5.3.3.3. Diğer birimler arasındaki bağlantı	118

. GİRİŞ

Mekan organizasyonları, alt birimleri ve yapılanmaları açısından hangi ölçekte olurlarsa olsunlar hastaneler “ karmaşık fonksiyonlu binalar ” dır. Bu karmaşıklığın sebebi ise hastanelerin hizmet alan, hizmet veren, sağlık personeli, hizmetli personeli, idari personel, çeşitli teknik birimler, teknik donanımlar, hasta, hasta yakınları v.b. gibi daha birçok kullanıcı ve donanımı bünyesinde bulundurmasıdır.

Bir hastanenin iyi ve kaliteli hizmet verebilmesi için mekanların fonksiyonel olması, mekanlar arası organizasyonun doğru yapılması, teknik donanımının doğru yapılması ve deneyimli teknik ve tıbbi personele sahip olması gerekmektedir.

Bu gereklilikler, “ hasta odaklı tasarım ” konusunu da beraberinde getirmektedir. Bir hastane yapısının gerek tıbbi gerek mekan organizasyonu ve diğer donanımları açısından hasta ve diğer kullanıcılar üzerinde ikinci bir şansı olmaması kullanıcı memnuniyetini ortaya çıkarmaktadır.

Finansal durumlardan doğrudan etkilenen hastanelerin kendi içlerinde değişim ve gelişimin hızlandığı yeniliklerden en çok etkilenen bina türlerinden biri olduğunu söyleyebiliriz. Sürekli değişen teknoloji, tıp sektörüne de etki etmekte ve bu etki binaların mimarisine de yansımaktadır. Geçmiş yıllarda inşa edilmiş ve günümüzdeki tıbbi değişikliklere ayak uydurmaya çalışan hastane yapıları da kendi bünyelerinde yapılan ekler ve bazı değişiklikler ile kullanıcı memnuniyetini sağlamaya çalışmaktadır. Bu durumda hastane mimarisinin uzmanlık ve deneyim isteyen bir alt yapısının olması gerekliliğini söyleyebiliriz.

Özel hastaneler ile ilgili olarak T. C. Anayasası 56. maddesine göre Sağlık Bakanlığı, standartları belirlemede ve eylemleri koordine etmede sorumlu olmakla birlikte, özel hastanelerin kapasiteleri ihtiyaçların belirlenmesi ve kullanıcı gereksinimini maksimum düzeyde karşılayabilmek için gerekli çalışmaları yapmaktadır.

İçinde bulunan personel ve diğer kullanıcılar açısından hastane yapıları, algı üzerindeki etkisi nedeni ile de önem taşımaktadır. Özellikle hasta psikolojisi göz önünde bulundurulacak olursa hastane giriş mekanları önem kazanmaktadır. Bu mekanlar gerek çevre ile gerek diğer servisler ve gerekse de renk, doku malzeme, ışık v.b. gibi konularda organizasyonları iyi yapılmış, birbiri ile uyumlu, oran orantısı iyi kurulmuş olmalıdır. Kullanılacak diğer aksesuarların seçimi de önem kazanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı günümüz hastane yapılarını inceleyerek, hasta ve diğer kullanıcıların algı ve psikolojisini de göz önüne alarak gerekli ihtiyaçları belirlemek, mekansal anlamda hastane giriş bölümlerinin kendi içinde ve diğer bölümler arasındaki ilişkisinin nasıl olması gerektiğini ortaya koymaktır.

I. BÖLÜM: HASTANENİN TANIMI

1.1. Hastane Nedir

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri, "müşahede teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır.

Benzer bir tanımın yer aldığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde (SSYB) ise hastaneler; "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır.

Diğer bir tanım olarak Ana Britannica ansiklopedisinde hastaneler; "hastalıklara tanı koymak, hasta ve yaralıları tıbbi tedavi ve cerrahi müdahale ile iyileştirmek ve tedavi sürecinde barındırmak amacıyla oluşturulan, özel eğitilmiş personelin çalıştığı ve çeşitli tıbbi cihazlarla donatılmış kurum" olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığının yaptığı hastane tanımı ise WHO'nun tanımının kopya edilmesi ve sadece "şüpheli ve yaralı" kelimelerinin hiçbir dayanağı olmadan eklendiği ve sonuna "doğum" olgusunun ilave edilmesi ile oluşturulmuş bir tanımdır.

Özünde birbirinin aynı olan bu tanımların hastanelerin birçok özelliğini kapsamadığı ve eksik olduğu söylenebilir. Ancak eskiden beri değişmeyen, hastanelerin temel işlevi olarak hastalıkların tedavi edilmesi ve hastaların sağlıklarına kavuşmasını gösterebiliriz. Hastanelerle ilgili söz edebileceğimiz eğitim, araştırma ve geliştirme, toplumun sağlık seviyesini yükseltme gibi konuların yukarıdaki açıklamalarda eksikliği de dikkat çekmektedir.

Buradan yola çıkarak hastaneleri ; " binası, donanımı, personeli ile hastalıkları tedavi eden, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engelleyen, halkın sağlığını korumak için tedbirler alan, içinde hastalıklarla mücadele için bilimsel tetkikler, araştırmalar yapılan ve hasta bakıcı yetiştiren, ayrıca hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayakta veya yatarak muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri ; aynı zamanda doğum yapılabilen kurumlardır.

Yukarıda işlevsel tanımlamaları yapılan hastaneleri sistem yaklaşımıyla ele alıp tanımlamakta mümkündür. Hastaneler dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip organizasyonlardır. Dönüştürme süreçleri, hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma – geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi gibi sonuçlara ulaşabilmek için hastanedeki çeşitli hizmet birimlerinin kendi alanlarıyla ilgili olarak gerçekleştirdikleri planlama, örgütleme, yürütme ve denetleme faaliyetlerini ifade etmektedir.

Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Hatta benzer büyüklükteki diğer organizasyonların en karmaşık olanıdır¹. Hastanelerin bir sistem olarak nitelendirmesinde çeşitli kavramlar kullanılmaktadır. Söz gelişi hastaneler, sosyal sistemler, sosyo – teknik sistemler, çevreye uyum gösterebilen sistemler açık – dinamik sistemler olarak nitelendirilmektedir. Sosyal sistem kavramında, organizasyonun çevreye alan ilişkilerine ve organizasyon içindeki biçimsel ve biçimsel olmayan ilişkilere ağırlık verilmektedir. Sosyo – teknik sistemler kavramında ise, organizasyon içindeki sosyal (beşeri) sistem ile teknolojinin birbirini karşılıklı olarak etkilediği hususu üzerinde durulmaktadır.

Çevreye uyum gösterebilme, gerçekte tüm sosyal sistemlerin bir özelliğidir. Çünkü çevresine uyum gösteremeyen, çevresinin taleplerine ve çevresindeki değişmelere cevap veremeyen her türlü sosyal sistem giderek yok olmak durumundadır. Yok olmamak için de, sistemin çevresine açık olması gerekmektedir. Hastaneler ve benzeri tüm sosyal sistemler, girdilerini çevreden aldıkları ve çıktılarının önemli bir kısmın çevreye verdikleri için, bu açıklık kısmen de olsa zaten vardır. Buna ilaveten, çevredeki değişikliklerin izlenebilmesi ve ihraç edilen çıktılarının çevreyi tatmin edip etmediğinin kontrolü için geribildirim mekanizmasının oluşması ile organizasyonun çevresiyle ilgili diğer bağlantıları da kurulmuş olmaktadır. Böylece açık – dinamik sistem çevreden aldığı girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek elde edilen çıktılarını yine çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistem olarak tanımlanmaktadır.

¹ Dr. Turan Yazgan. Hastane İşletmeciliği, Yönetim ve Organizasyon,(İstanbul, MTM Media Grup,2000).s. 170

1.2. Hastane Kavramını Doğuşu

Bazı Tanrıların hastalıkları iyileştirdiği inancı İÖ 4000 yıllarına dayanır. Anadolu’ da ki Asklepios tapınakları aynı zamanda birer tedavi merkeziydi. İÖ 100 dolayında Romalılar, hasta ve yaralı askerlerin bakım ve tedavisi için ” Valetudinarium ” adı verilen hastaneleri kurdular. Modern hastane kavramının Hıristiyanlığı benimseyen Roma imparatoru I. Constantius’ un Putperestlere ait bütün hastaneleri kapatıp yenilerini açmasıyla İS 331’ den sonra geliştiği söylenebilir. Hastalar o zamana değin toplum dışına itilirken, acı çekenle ona bakan insanlar arasında yakın bir ilişki olması gerektiğini vurgulayan Hıristiyanlığın etkisiyle, kilise hastalara sahip çıkmaya başlamıştır. 542’ de Lyon’ da, 660’ da Paris’te açılan ”Hotel-dieu” lerde hastanın ruhunun esenliğine, beden sağlığından daha fazla önem verilmekteydi.

Dinin, hastanelerin kurulmasındaki en büyük etken olması ortaçağda da sürmüştür. 11. yüzyılın sonlarında başlayan haçlı seferleri sırasında hastane sayısında büyük artış olmuş; başta veba olmak üzere, birçok hastalık Haçlılar için Araplardan daha büyük bir tehlike oluşturmuştur.

Ortaçağda, özellikle 12. yüzyılda Avrupa’ da ki hastane sayısı hızla arttı; Araplar Bağdat, Şam ve Kurtuba’ da başvuran herkesin din, ırk ya da toplumdaki yerine bakılmaksızın kabul edildiği hastaneler kurdu. Bu dönemde Avrupa’ da dindışı yönetim birimleri de hastane benzeri kurumları desteklemeye başladı. 18. yüzyılda İngiltere’ de Westminster (1719), Guy’s (1724) ve Londra (1740) hastaneleri gibi ilk özel hastaneler kuruldu².

² Gönül CANTAY. Anadolu ve Osmanlı Darüşşifaları. Atatürk Kültür. Dil ve Tarih Yüksek Kurumu AKM Yayını Sayı:61 Ankara 1992. s. 1-19

1.3. Türkiye’de Hastanelerin Tarihsel Gelişimi

Selçuklu döneminden başlayarak Türkçede hastane karşılığı olarak maristan, bimaristan, bimarhane, darüşşifa gibi sözcükler kullanıldı. Hastane sözcüğü literatüre ilk kez 19. yüzyılın ortalarında Bezmialem Gureba-i Müslimin Hastanesi adı ile girdi. Anadolu Selçukluları döneminde, Artukluların 12. yüzyıl başında Mardin, Silvan ve Harput’ ta yaptırdıkları maristanlar, Anadolu’ da Türklerin kurduğu ilk tedavi kurumlarıdır. Günümüze değin ayakta kalan en eski Selçuklu hastanesi Nureddin Zengi’ nin Şam’ da kurduğu (1154) darüşşifadır. Bu hastanenin aynı zamanda bir tıp fakültesi niteliğinde olduğu bilinmektedir.

Günümüze değin korunabilen Selçuklu hastaneleri arasında Kayseri Gevher Nesibe Hatun Şifahanesi (1205–06), Sivas I. İzzeddin Keykavus Darüşşifası (1217–18), Çankırı Atabeg Cemaleddin Ferruh Darüşşifası (1235) ve Kastamonu Pervaneoğlu Ali Darüşşifası (1272) sayılabilir. Anadolu Beylikleri döneminde, Dulkadiroğulları Kayseri’ de bir cüzam hane, Saruhanoğulları da Manisa’ da bir kömür hane yaptırdılar³.

Osmanlılarca yaptırılan ilk hastane Bursa’ da ki Yıldırım Darüşşifası’ dır (1400). II. Beyazid’ in yaptırdığı külliyeinin içinde yer alan bu kurumda darüttıb adı verilen ve tıp eğitimi yapılan bir dersane de bulunuyordu. II. Mehmed’ in (Fatih) İstanbul’ da yaptırdığı külliyeinde yer alan Fatih Darüşşifası (1470), açıldığı tarihte Avrupa’ da ki en büyük hastanelerden biriydi. Yataklı tedavinin yanında poliklinik hizmetleri de veren bu kuruluş, İstanbul Tıp Fakültesi’nin çekirdeği olarak kabul edilir. Ortadaki avluyu dört yanından çeviren revaklarla bunların arkasında yan yana sıralanan hücrelerden oluşan medrese planına göre yapılan ve genellikle bir külliyeinin içinde yer alan Osmanlı darüşşifaları, sağlık hizmeti vermekten başka, usta çırak ilişkisi içinde hekimde yetiştirirdi. Osmanlı Devleti’nde 19. yüzyılda başlayan değişikliklerle ortaya çıkan pek çok yeni kurum arasında askeri ve sivil hastaneler de vardı.

³ Dr. Turan YAZGAN. Hastane İşletmeciliği, Yönetim ve Organizasyon,(İstanbul, MTM Media Grup,2000).s. 82

III. Selim'in orduyu çağdaştırma çabaları kapsamında kurulan askeri hastanelerin ilki Zeytinburnu Askeri Hastanesi'dir (1794). 19. yüzyılda açılanların en önemlileri ise Taksi Topçu Hastanesi (1809), Mekteb-i Harbiye Hastanesi (1834), Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane Hastanesi (1839), Haydarpaşa Askeri Hastanesi (1845) ve Gümüşsuyu Askeri Hastanesi'dir (1846).

19. yüzyılda kurulan sivil hastanelerin başında, sarayda yaşayanlara sağlık hizmeti vermek için Topkapı Sarayı'nda yaptırılan Mabeyn Hastanesi (1834) gelir. Bunu Edirnekapı' da Mihrimah Sultan Medrese'sinde kurulan Garipler ve Bekarlara Mahsus Hastane (1837), Yenibahçe'de ki Bezmialem Valide Sultan Vakfı Gureba Hastanesi (1845), hastane olarak yaptırılıp daha sonradan doğumevi haline getirilen Zeynep Kamil Hastanesi (1862), Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye (Sivil Tıbbiye) Hastanesi (1893), ilk çocuk hastanesi olan Hamidiye Etfal Hastane-i Alisi (1899) izledi. 20. yüzyılın ilk çeyreğinde de Cerrahpaşa Hastanesi (1910), Haydarpaşa İntaniye Hastanesi (1924) ve ilk verem hastanesi olan Heybeliada Sanatoryumu (1924) kuruldu. Bunların yanı sıra azınlıkların kurduğu Alman Hastanesi, Fransız Pasteur ve La Paix Hastaneleri gibi hastanelerde vardı⁴.

1.4. Hastane Yapılarının Sınıflandırılması

Hastaneler mülkiyet türü ve denetim, verilen hizmetin türü, hastanede kalış süresi, yatak sayısı gibi çeşitli açılardan sınıflandırılabilir. Modern hastanelerde yatak sayısı genellikle düşük tutulmaktadır.

- Küçük hastaneler : Yatak kapasitesi 50' ye kadar olan sağlık yapılarıdır.
- Orta hastaneler : Yatak kapasitesi 60 ila 150 arası olan sağlık yapılarıdır.
- Büyük hastaneler : Yatak kapasitesi 150 ila 500 arası olan sağlık yapılarıdır.

⁴ Ans. Ana Britannica; Hastane; s. 651

- Çok büyük hastaneler : Yatak kapasitesi 500 den fazla olan sağlık yapılarıdır.

Hastanenin tek bir merkezden yönetilebilmesi için yatak kapasitesinin 800 den fazla olmaması gerekmektedir⁵.

ABD ve Kanada dışındaki ülkelerin çoğunda hastanelerin yapım ve işletme harcamalarının en az bir bölümü devlet ya da yerel yönetimler tarafından karşılanmaktadır⁶. Türkiye’deki hastanelerin çoğu devlete ve belediyelere bağlıdır. Bunların arasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastaneleri ve doğum evleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri, Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı askeri hastaneler, ayrıca Sümerbank, PTT, TCDD gibi kuruluşlara bağlı hastaneler ile tıp fakültelerinin hastaneleri sayılabilir. Özellikle büyük kentlerde yoğunlaşan özel hastaneler de Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenir.

Hastaneleri verdikleri hizmetin türüne göre de sınıflandırılır.

Genel hastaneler : Her çeşit hastalığın tedavisini üstlenen hastanelerdir. Daha çok kısa süreli bakım gerektiren akut hastalıklar üzerinde yoğunlaşırlar. Küçük bir genel hastanede yatak sayısı yaklaşık olarak 200 civarındadır. Bu hastanelerde örgütlü bir hekim, hemşire ve hastabakıcı kadrosu ile tanı ve tedavi cihazlarına ek olarak laboratuvarlar, eczane, röntgen ve fizik tedavi birimleri, poliklinik ve acil servis bulunur. Daha büyük hastanelerde diş hastalıkları ve prematüre bebekler için özel servislerden organ bankasına, böbrek diyaliz ve yoğun bakım birimlerine kadar daha başka servislerde bulunabilir. Genel hastanelerin karmaşık yapısı, II. Dünya Savaşı’ndan sonra, laboratuvar tekniklerinde, ameliyat yöntemlerinde, radyoterapi ve fizik tedavi alanlarında elde edilen gelişmeleri ve ilerlemeyi yansıtır⁷.

⁵ Malcolm T. MacEACHERN. Hospital Organization and Managment, 3. B. (Illinois. Physicians’ Record Company, 1969). S. 19

⁶ Robin O’ CONNOR. American Hospitals: The First 200 Years. Hospitals. c. 50 (1 Ocak 1976). s. 62

⁷ Erdem Aydın. “ Türkiye’de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi” . Toplum ve Hekim. Cilt 12. sayı 80. s. 23

Hastane hizmetleri, tıp uzmanlık alanlarına göre ayrılmış servis ya da kliniklerden başka, hasta bakımı, temizlik, teknik işler, saymanlık, eczane, patoloji, röntgen ve arşiv olmak üzere çeşitli bölümlere ayrılmıştır. Hastane yönetiminden başhekim, yönetim müdürü ve başhemşire ile servis şefleri sorumludur.

Uzmanlaşmış hastaneler : Bu tip hastaneler bir hastalık üzerine yoğunlaşmış ve sadece uzman oldukları hastalığın hastaları, tanı ve tedavisi ile ilgilenen hastanelerdir. İlk olarak 1880–1940 yılları arasında verem hastalığı ile savaşmak için uzmanlaşmış hastane kurulmuştur. Günümüzde ise bu daha genişlemiş ve psikiyatri hastaneleri, doğumevleri, çocuk hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, geriatri hastaneleri ve göğüs hastalıkları hastaneleri gibi örnekleri uzmanlaşmış hastanelerin arasında sayılabilir.

Ayrıca hastaneleri;

- Devlet hastaneleri
- Özel hastaneler
- Askeri hastaneler
- Eğitim, araştırma ve uygulama hastaneleri

olarak da sınıflandırabiliriz.

Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre⁸ ; özel hastaneler, faaliyet alanlarına, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına, hizmet birimlerine, hizmet verilen uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olarak iki gruba ayrılırlar.

⁸ Özel Hastaneler Yönetmeliği: 27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinin 13.04.2003/25078 – 14.01.2004/25346 – 03.03.2004/25391 – 28.05.2004/25475 – 21.10.2006/26326 – 15.02.2008/26788 sayılı Resmi Gazetelerde yayımlanan özel hastaneler yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına ilişkin yönetmelikleri de kapsayan metinden alınmıştır.

Genel hastaneler; “ Yoğun bakım ve gözlem yatakları hariç 25 yatağı⁹ bulunan ve en az 3’ü cerrahi olmak üzere altı klinik uzmanlık dalında kadrolu uzman çalıştıran, sürekli ve düzenli olarak ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti veren, hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler ile acil ve yoğun bakım ünitelerini bünyesinde bulunduran, radyoloji, biyokimya, ve / veya mikrobiyoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulunduran ve tam gün faaliyet gösteren özel hastanelerdir.”

Dal hastaneleri ; Belirli bir yaş ve cinsiyet grubu hastalar ile belirli bir hastalığı bulunanlara veya bir organ ve organ grubu hastalarına yönelik hizmet vermek üzere, hastanenin ana faaliyetleri ile ilgili uzmanlık dallarından her birinde kadrolu en az dört uzman tabip ile bu uzmanlık dalının gerektirdiği diğer uzmanlık dalları için en az bir kadrolu uzman tabip çalıştıran, sürekli ve düzenli olarak ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti veren, hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler, üniteler, laboratuvar ile acil ünitesi bulunan veya uzmanlık dallarının gerektirdiği laboratuvar hizmetlerini satın alan ve tam gün faaliyet gösteren yoğun bakım ve gözlem yatakları haricinde en az 25 hasta yatağı bulunan özel hastanelerdir.

Askeri hastaneleri de Türk silahlı kuvvetlerinin sınıflandırması esasında 3 tip hastane olarak ayırmaktayız¹⁰ .

1. 60 yataklı seyyar, cerrahi hastanesi, savaş halinde muharebe alanında ve tümenler seviyesindeki birliklerde, genellikle çadırlarda kurulan gezici askeri hastanelerdir. Bu hastanelerin olanakları sınırlıdır; hasta ve yaralılara ilk müdahale ve acil ameliyatlara yapılır. Buralarda tedavi edilemeyecek durumdaki hasta ve yaralılar, daha gerilerde bulunan tahliye hastanelerine gönderilir.
2. Tahliye hastanesi, savaş sırasında ordu, kolordu düzeyinde açılan ve olanakları daha fazla olan 400–800 yataklı seyyar askeri hastanelerdir.

⁹ Yrd. Doç. Dr. Dicle AYDIN. Hastane Mimarisi, İlkeler ve Ölçütler. (İstanbul, Entegre Matbaacılık 2009). S. 12

¹⁰ Milli Savunma Bakanlığı, Resmi Gazete Sayısı: 18405, Resmi Gazete Tarihi: 18.05.1984.

3. Sabit askeri hastanesi, büyük garnizonlarda barış koşullarında kurulan, savaş ve barışta sürekli sağlık hizmeti veren sabit hastanelerdir. Bunlara ”yurtiçi hastaneleri” de denir. Ankara’ da bulunan Gülhane askeri tıp akademisi ve buna bağlı olan İstanbul’da ki Haydarpaşa eğitim hastanesi de birer sabit hastanedir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde¹¹ ise, hastaneler işlevlerine göre beş gruba ayrılmıştır.

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

¹¹ YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ; Bakanlar Kurulu Kararı: Tarih : 10.09.1982 No : 8/5819; Yayımlandığı Resmi Gazete : Tarih : 13.01.1983 Sayı : 17927.

Eğitim ve araştırma hastaneleri : Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yandan uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

Dünya Sağlık Örgütü¹² ise bölgesel anlamda bir dağılım odaklı hiyerarşiden söz etmekte ve hastane yapılarını bu doğrultuda üç gruba ayırmaktadır. Buna göre hastane yapıları;

Bölge Hastaneleri :

- Tıp merkezi ya da üniversite hastaneleri.
- 500 – 1000 yataklı bir hastane ile her türlü tıbbi araştırma laboratuvarları, öğretim kuruluşları, tıp fakülteleri, hemşire okulları vb. İçerir.

II. Derece Bölge Hastaneleri :

- 100 – 500 yataklı tüm sağlık bakımını sağlamak üzere tasarlanır.

Yerel Hastaneler :

- 30 – 100 yataklı gerektiğinde cerrahi ve özel bakım servisi sağlayan hastanelerdir.

1.5. Hastane Yapılarının Bölümleri

Hastaneler yapıları ve uzmanlaştıkları konular itibari ile sınıflandırılabilceği gibi kendi içlerinde de bölümlere ayrılmaktadırlar.

İdari bölümler

Müdür

Müdür yardımcıları

¹² WHO, European Sysposium On the Estimation of Hospital Bed Requirements (Copenhagen: WHO. 22-26 Kasım 1965). s. 4

Bilgi işlem

Muhasebe

Satın alma

Tanı ve tedavi birimleri;

Acil : Hastanelerde acilen bakılması gereken hastaların ilk bakımlarının yapıldığı yer.

Poliklinikler : Hastaların ayakta tedavi edilebildiği ve küçük tıbbi operasyonların yapıldığı belirli saatler ve nöbet usulü çalışan özel ve kamusal olarak her yerde bulunan sağlık merkezleridir.

Algoloji : Algoloji departmanı Akut ağrı servisi (uzman doktor, araştırma görevlisi ve hemşire) travma, postoperatif ağrı, obstetrik ağrı ve akut medikal hastalığı bulunan hastalara hizmet vermektedir.

Anestezi ve Reanimasyon : Genel anlamda anestezi, ameliyat, ya da herhangi bir cerrahi müdahale öncesi, insan ve hayvanların vücudunun bütününde veya belirli bir kesimindeki duyunun (hissin) yok edilmesi demektir. Gerekli durumlarda sağlık yapıları bünyesinde hizmet vermektedir.

Beyin cerrahi : Beyin ve sinir cerrahisi veya nörocerrahi merkezi ve periferik sinir sistemi bozukluklarının mekanik müdahale yoluyla tedavisini yapan bir cerrahi uzmanlık dalıdır.

Biyokimya : Biyokimya, bitki, hayvan ve mikroorganizma biçimindeki bütün canlıların yapısında yer alan kimyasal maddeleri ve canlının yaşamı boyunca sürüp giden kimyasal süreçleri inceleyen bilim dalıdır.

Laboratuvarlar : Biyokimya, Mikrobiyoloji, Hematoloji, İmmünoloji ve Seroloji ile ilgili testleri yapmak üzere organize edilmiş, gelişmiş teknolojiler ile donatılmış, deneyimli personel grubuna sahip bir bölümdür.

Fizik tedavi, rehabilitasyon : Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle sakatlanan ve hekim tarafından teşhisi konup tedavisi belirlenen hastalara,gerekli fizik tedavi rehabilitasyon programını planlayıp uygulayan ve bunu konusunda gerekli eğitimi almış sağlık personeli ile gerçekleştiren birimlerdir.

Eczane : İlaçların yapıldığı ve satıldığı yer olarak tanımlanmaktadır¹³.

Genel cerrahi klinikleri : Tiroid cerrahisi, meme cerrahisi, yemek borusu, mide, ince ve kalın bağırsaklar, makat hastalıkları (hemoroid), karaciğer, pankreas, safra kesesi ve safra yolları, fitik cerrahisi gibi, alanında uzman doktorlarla birçok hastalığın tedavi ile ilgilenen birim.

İç hastalıklar : İç hastalıkları departmanı çocukluk çağını aşmış bireylerin iç organ sistemleri ile ilgili incelemeleri yapar.

İç Hastalıkları Bölümü Alt Birimler' i :

1. Romatoloji : Romatizmal Hastalıkları inceleyen ve tedavi eden bilim dalıdır.
2. Gastroenteroloji : Sindirim sistemi hastalıklarıyla ilgilenen bilim dalıdır. Bu bilim dalı uzmanına gastroenterolog denilmektedir.
3. Hematoloji : Kan, kan yapıcı organlar (kemik iliği, dalak) ve lenf bezlerinden kaynaklanan hastalıkları inceleyen bilimdir.
4. Nefroloji : Başlıca Böbrekler olmak üzere, mesane ve idrar yollarını kapsayan boşaltım sisteminin hastalıklarını inceleyen bilimdir.
5. Göğüs Hastalıkları : Akciğer rahatsızlıkları başta olmak üzere benzeri rahatsızlıkları inceleyen bilim dalıdır.

¹³ TDK sözlüğü, s. 112

6. Endokrinoloji : Vücudumuzun sağlıklı çalışmasını düzenleyen pek çok hormon ve bunları salgılayan organlar bulunmaktadır. Endokrinoloji, bu hormonların az veya fazla üretilmesiyle ortaya çıkan hastalıkları inceler.

7. Enfeksiyon : Enfeksiyon hastalıkları, eski adıyla intaniye, mikroorganizmaların neden olduğu hastalıkların tanı ve tedavisi ile uğraşan uzmanlık alanıdır.

8. Dahili Yoğun Bakım : Bir, ya da birden fazla organın geçici olarak yetersizliği nedeni ile vücudun aksamış olan fonksiyonlarının, esas neden ortadan kalkıncaya kadar desteklenmesi ve bu süreç içerisinde hastanın hayatta kalmasının sağlanmasına yönelik faaliyetleri kapsayan ve özellikle yapay solunum cihazı başta olmak üzere her türlü cihaz ve teknolojiyi kullanan bilgi ve yetenekleri buna uygun doktor ve hemşirelerin bulunduğu özel bir ünedir.

9. Check-up ve koruyucu hekimlik : Check-up, kişinin herhangi bir şikayeti olmaksızın belirli periyotlarda yapılan geniş kapsamlı sağlık taramasıdır.

Jinekoloji : Kadın üreme organlarının hastalıkları ile ilgilenen tıp dalı.

Ortopedi : Kemik, kas, kiriş, vb. hastalıkları ve durum-larıyla ilgili bir tıp dalı.

Travmatoloji : Yaralar, kırıklar, yanıklar, ezikler, çıkıklar gibi travma-tik lezyonlarla ilgilenen tıp dalı.

Plastik cerrahi : Plastik Cerrahi fiziksel fonksiyon bozukluklarının düzeltilmesini , kazalar, hastalıklar, doğuştan gelen kusur ve bozuklukların azaltılmasını araştıran bir tıp uzmanlık dalı.

Kardiyoloji : Kardiyoloji Kalbin ve damarların anatomi, fizyoloji ve patolojisini inceleyen bilim dalı.

Kulak, burun, boğaz : KBB muayenesi Mikroskop altında dış kulak yolu ve kulak zarı muayenesi ve tedavisini yapan bilim dalı.

Nükleer tıp : Canlılara verilen ışın etkin (radyoaktif) maddelerin yaydıkları ışınların özel yöntemler veya aygıtlarla dışarıdan sayımı (parıltı sayımı) ya da görüntü olarak izlenmesi ya da tanımlanması ile tanı konulmasını sağlayan tıp dalı.

Organ, doku nakil birimi : Günümüzde başka hiçbir tıbbi çözüm olmadığı için, bir insanın organ ya da dokularının ihtiyacı olan başka bir insana, tedavi amacıyla nakledilmesi işlemidir.

Patoloji : Hastalıklara yol açan nedenleri, bunların doku ve organları etkileme biçimlerini, hastalıklı doku ve organların özellikle morfolojik (biçimsel, görüntüsel) özelliklerini inceleyen bilim dalı.

Radyoloji : X ışınlarının ve görüntüleme yöntemlerinin tıpta tedavi yöntemlerinde kullanılmasıdır.

Servisler (Hasta odaları) : Tek yataklı hasta odaları en az 9 m² olacak; birden çok yataklı odalarda hasta başına en az 7 m², çocuk hastalar için 6 m², çocuğu ile yatan lohusalar için tek yataklı odalarda 12 m², birden çok yataklı odalarda 10 m² alan bulunacaktır¹⁴.

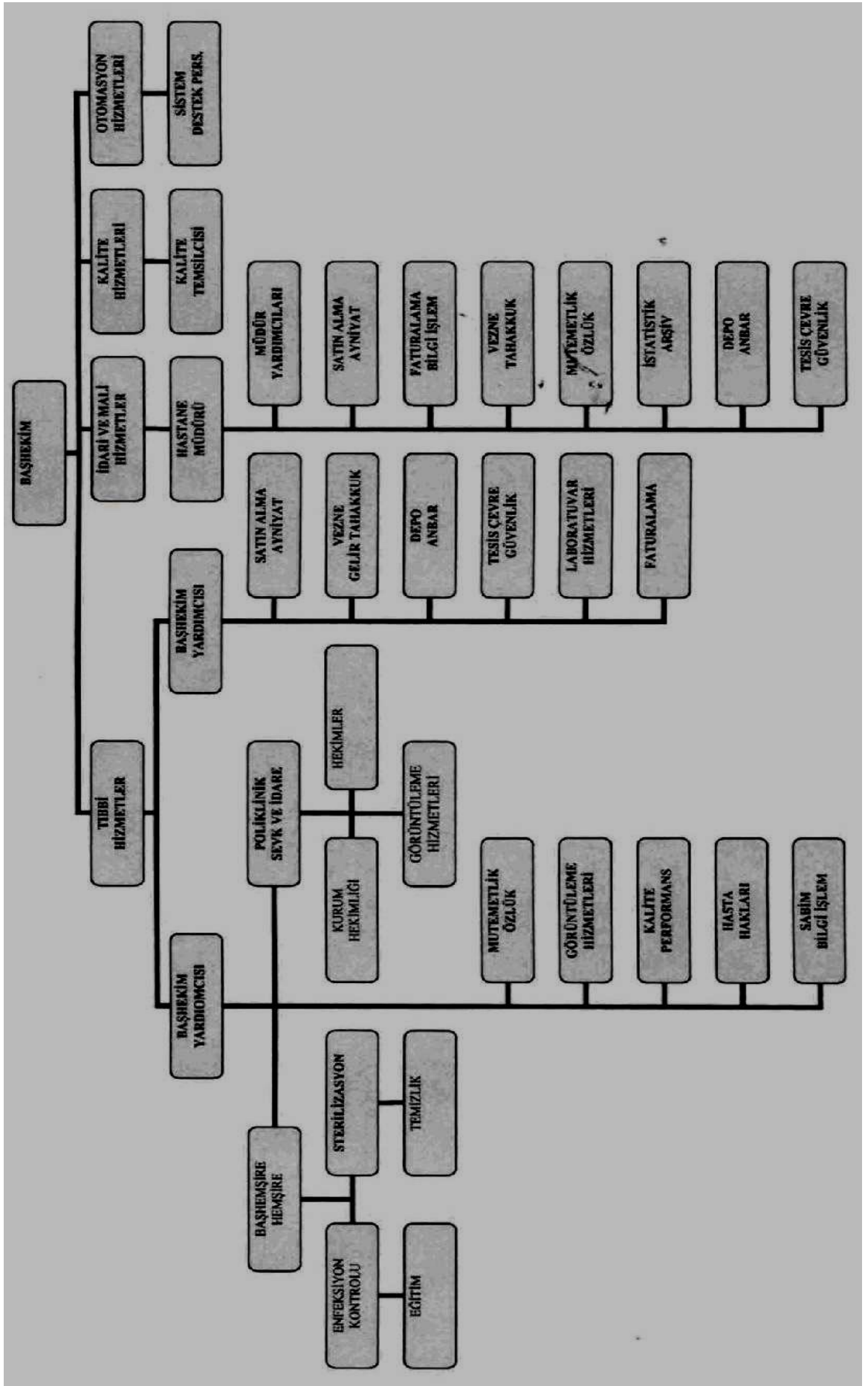
Çocuk yoğun bakım : Doğumdan 12 yaşına kadar olan çocukların iç organlarının herhangi bir yada bir kaçının geçici olarak yetersizliği nedeni ile vücudun aksamış olan fonksiyonlarının, esas neden ortadan kalkıncaya kadar desteklenmesi ve bu süreç içerisinde hastanın hayatta kalmasının sağlanmasına yönelik faaliyetleri kapsayan ve özellikle yapay solunum cihazı başta olmak üzere her türlü cihaz ve teknolojiyi kullanan bilgi ve yetenekleri buna uygun doktor ve hemşirelerin bulunduğu özel bir ünedir.

¹⁴ Yrd. Doç. Dr. Dicle AYDIN. Hastane Mimarisi, İlkeler ve Ölçütler. (İstanbul, Entegre Matbaacılık 2009). S. 53

Diş hastalıkları : Ağız sağlığını inceleyen, gerekli durumlarda konusunda uzman doktorları ile gerekli tedavi işlemlerini gerçekleştiren bilim dalı.

Personel birimleri;

- Yemekhane
- Dinlenme Odaları
- Doktor odaları
- Bilgi işlem
- Dış münasebetler
- Halkla ilişkiler
- İstatistik
- Kalite birimi
- Sigorta servisi
- Teknik birimler
- Personel servisi
- Sağlık kurulu
- Satın alma



Şekil 1.5.1. Birimler arasındaki ilişki

II. BÖLÜM: TARİHSEL SÜREÇ İÇERİSİNDE HASTANE YAPILARININ İNCELENMESİ VE HASTANE TASARIMINA İLİŞKİN SORUNLAR.

2.1. Hastane Plan şekilleri

Hastaneler şekilleri itibarı ile 2 grupta incelenmektedir.

1. Paviyon Sistemi:

Tıpta hastalık bulaşması ve mikroplar üzerine bilgi edinildikten sonra hastalıkların yayılmasını önlemek amaçlı hastaları ayrı binalarda barındırmak ve tedavi etmek düşünülmüştür. Bu nedenle hastaneler kendi içlerinde daha küçük ve ayrı binalara bölünmüş bir şekilde inşa edilmeğe başlanmıştır.

Hastaneye ait hasta istasyonları, idare, kabul, servisler, operasyon kısmı, tedavi kısmı vb. her biri ayrı ayrı veya ikişer ikişer ayrı ayrı binalarda tertip edilmiştir. Hasta istasyonlarının ayrı ayrı binalarda bulunmaları buluşma tehlikesini azaltmaktadır. Bilhassa tek katlı paviyon sisteminde hastanın bahçe ile kolay irtibatı ve açık havadan istifade imkanı bu sistemin başlıca avantajlarını teşkil etmektedir.

Bununla birlikte hasta istasyonları ile tedavi, operasyon, servis ve idare irtibatı zor ve uzundur. Bu durum işletme masrafını fazlalaştırmaktadır. Binaların dağınık, kat adedinin az olması büyük arsa tahsisini gerektirmektedir. Kötü hava şartlarında binaların arasındaki irtibatı kolaylaştırmak için bazı hastanelerde paviyonlar kapalı koridorlar ile birbirine bağlanmıştır. Ancak bu şekil de bahçenin parçalara ayrılmasına sebep olmaktadır. 1914' e kadar kullanılan paviyon sistemi bugün hemen hemen terk edilmiştir.

Bulaşıcı hastalık salgınlarında yapılan barakalarda kesin izolasyon temini bakımından, dağılma ve küçük hedef gösterme bakımından harp hali geçici hastanelerinde, bu sistem bugün de kullanılmaktadır.

Tabiat ile sıkı bağ bakımından nekahethane prevantoryum gibi ve bilhassa şehir dışı tesislerinde bu sistemin bugünde uygulanması doğru olabilir.

2. Blok sistemi:

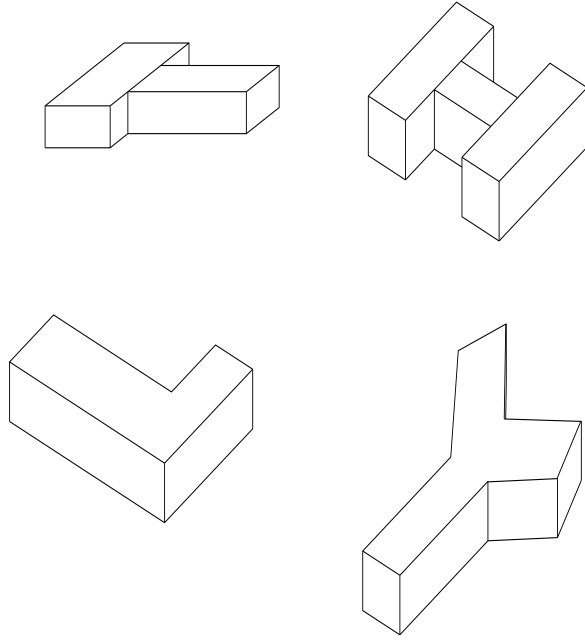
Hastalıkların birçoğunun bulaşıcı olmadığına ortaya çıkması, aynı binanın içinde izolasyon tedbirlerinin alınabilmesi imkanlarının bulunması neticesinde, hastane inşaatında özellikle inşa ve işletme bakımından pahalı olan pavilyon sistemi terk edilmiş ve yerini daha ekonomik olan blok sistemine bırakmıştır.

Günümüzde ekseriyetle tatbik edilen bu sistemde hastane muhtelif kısımları ile aynı bina içinde tertiplenmiştir. Çeşitli hasta istasyonları yan yana ve üst üste konulmuş bunlar gerek birbirlerine gerek operasyon, tedavi, servis kabul vb. servislere koridor, hol, asansör bağının daha kolay ve çabuk olması, küçük arsaya sığmak veya daha büyük bahçe elde etmek endişeleri blok hastaneleri çok katlı hale getirmiştir.

Katlı hastanelerin tam kargir olması mecburiyeti üç kattan daha yüksek olanların taşıyıcı iskelet sistemine sahip olmaları mecburiyetine rağmen günümüzde bazı şehirlerde, özellikle büyük merkezlerde umumiyetle 6–8 katlı hastaneler yapılmaktadır. Bu blok hastaneler bugün ekseriya I – L – T – H – Y - + şekillerinde veya bunların karışımı ya da birleşimi plan şekillerinde yapılmaktadır¹⁵.

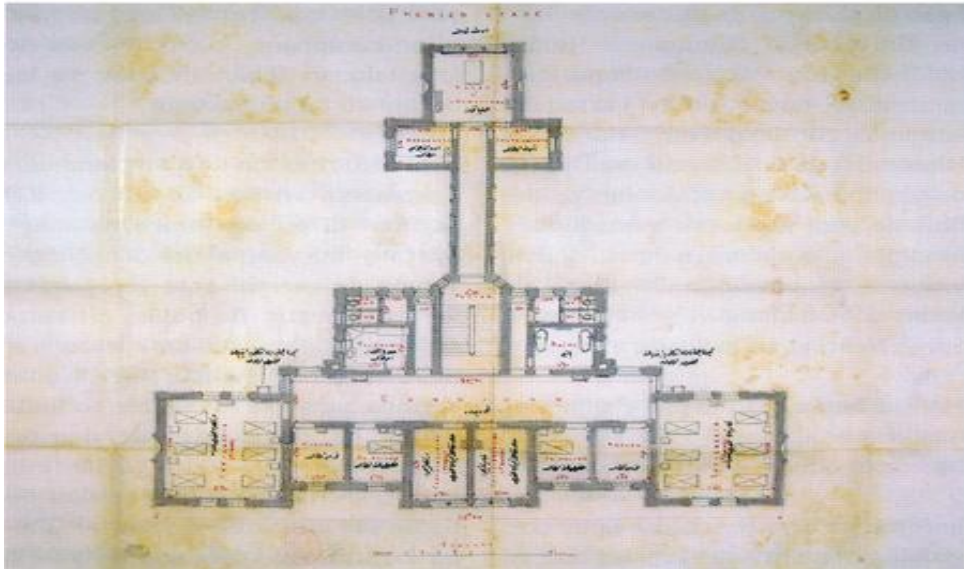
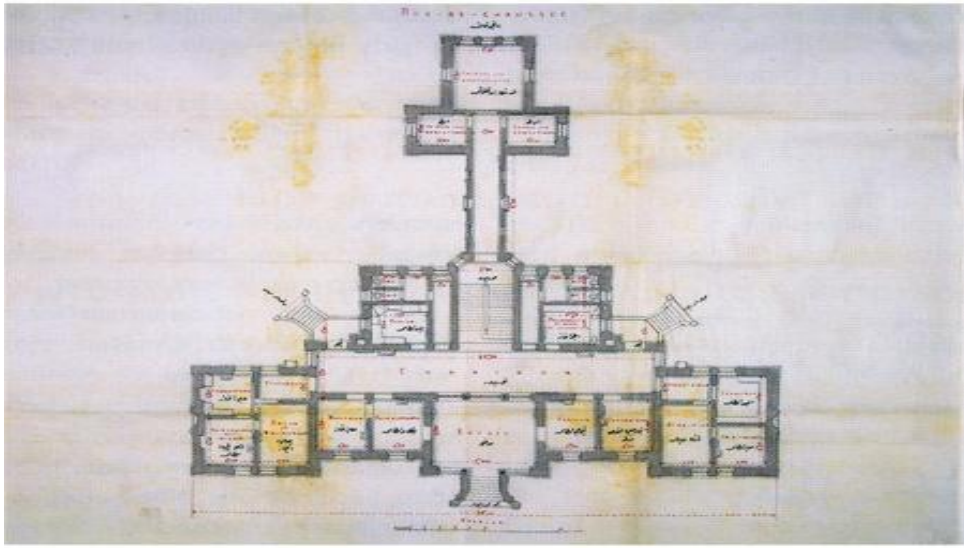
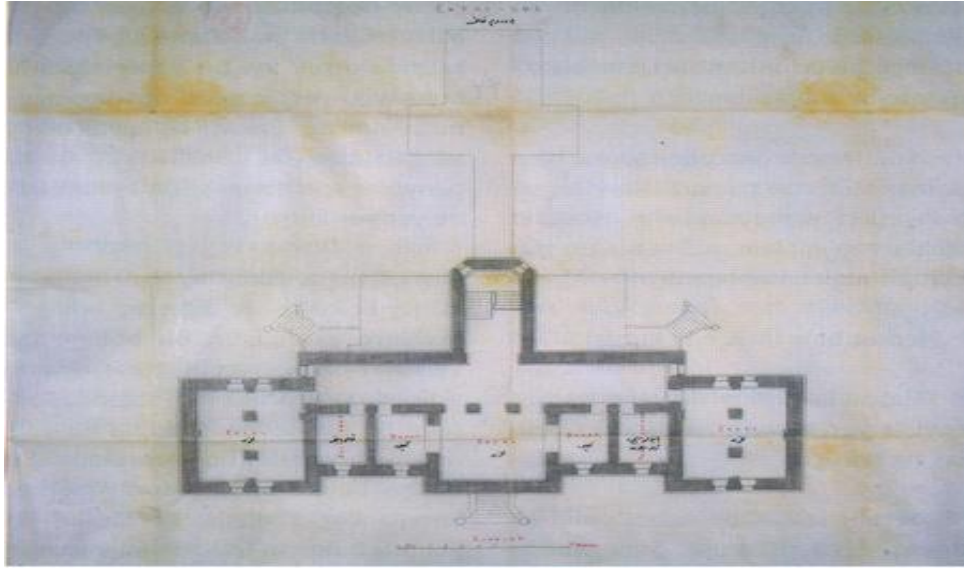
I şeklindeki planlar genellikle küçük hastanelerde uygulanmaktadır. Hastane kısımları dikine bir sirkülasyon merkezine bağlı olarak aynı blok içinde yan yana ve üst üste tertiplenmektedir.

¹⁵ Souder, J. J., Clark. W. E. ,ELKIND. J. I., BROWN. M. B. 1964, Planning For Hospitals, s. 31-37



Şekil 2.1.2. Hastanene plan tipleri

L - T – H – Y şeklindeki planlar daha büyük hastanelerde binanın boyunu ve düşey bağlantı yollarını kısaltmak amacı ile uygulanmaktadır. Bu şekillerde en iyi yöne hasta istasyonları ve odaları yerleştirilmekte mafsallara yerleştirilen şakuli sirkülasyon merkezleri vasıtası ile katlar ve diğer yönlere yerleştirilen hastanenin diğer kısımları birleştirilmektedir. Bu şekillerde hasta odalarına diğer blokların gölgesinin düşmesi tehlikesi yoktur.



Resim 2.1.2.a Mimar Kemaleddin Bey Berlin Hamidiye Hastanesi

Özellikle bu tip binaların örneklerine Birleşik Amerika' da büyük ve sıkışık kentlerde rastlanmaktadır. Bu hastanelerin planları haç veya yıldız şeklinde uygulanmıştır. Asansör grupları ve merdivenler yapının orta noktasında yer almaktadır. Bu sayede her noktaya ulaşım aynı mesafede olmaktadır, yürünecek mesafe en aza indirgenmiştir.

Bu binaların işletmesi ucuz olmakla beraber kollardaki odaların birbirlerinin içlerini görmeleri ve kolların birbirine gölge vermeleri problemi ortadan kalkmıştır.

2.2. Hastane Yapılarının Mekansal Çözümlemesi

2.2.1. Hastane yapılarının biçimlenmesinde temel etkenler

Hastanelerin yer seçimleri, gerek hizmet niteliğini arttırmada, gerek hasta memnuniyeti ve ulaşılabilirlik konusunda, gerekse de hizmetin yaygınlaştırılmasında büyük önem taşımaktadır. Hastanelerin biçimlenmesini etkileyen faktörler olarak; erişilebilirlik, ulaşım, binanın inşa edileceği arsanın büyüklüğü ve topografik yapısı, çevresel etkiler, alt yapı tesisleri ve binanın yapılacağı çevreyi gösterebiliriz.

Erişilebilirlik, ulaşım: Hastaneler in kullanım amacının öncelikli olarak hastaların sağlıklarına kavuşmaları olduğu hususunu dikkate aldığımızda, ihtiyaç duydukları ve ihtiyaçları olduğu takdirde hastaların ve yakınlarının hastane yapısına kolay erişebilmeleri, özellikle bu yapıların bölge kapsamında ya da kent içerisinde olması önem kazanmaktadır. Bu nedenle hastane yapısının yer seçiminin yapılmasında erişilebilirlik önemli bir etkidir. Erişilebilirlik için tanımlanacak ölçütlerden biri ise hastane yapısının kurulduğu ülke veya daha küçük kapsamlı düşünürsek bölgedeki halkın sayısal yeterliliği ile ilgilidir.

Sayısal yeterlilik, ulusal ya da bölgesel nüfus ve sağlık personeli arasındaki oranla ölçülmektedir. 2008 yılı'nda Türk Sağlık-Sen'den yapılan açıklamada, Tıp Bayramı dolayısıyla Türkiye'deki doktorlarla ilgili sendikanın gerçekleştirdiği araştırmanın sonuçlarına yer verildi.

Buna göre, ‘‘Türkiye'de yaklaşık 108 bin doktor görev yapıyor. Bu doktorlardan 61 bin 657'si (24 bin 43 uzman–37 bin 614 pratisyen) Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında çalışıyor.’’

Araştırmaya göre, Türkiye'de bir doktora 653 kişi düşüyor. Sadece Sağlık Bakanlığında görevli doktorlar dikkate alındığında ise 1 doktora düşen kişi sayısı bin 149'a çıkıyor. Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlar itibariyle en az doktorun görev yaptığı il 80 doktorla Bayburt, en fazla görev yaptığı il ise 11 bin 743 doktorla İstanbul olarak açıklanmıştır.

Konu ile ilgili olarak sağlık bakanının açıklaması ise literatür de şöyle yer almaktadır.

- "Ülkemizde nüfusa göre hekim açığı bulunmaktadır ve ülkemiz Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde 52 ülke arasında hekim sayısı bakımından 52. sırada olup, sonuncudur. Örnek verilecek olursa bu sıralamada Litvanya 7., Estonya 27., Makedonya 44., Azerbaycan 13. ve Ermenistan 14. sırada yer almaktadır. Hastane yatak sayısı açısından 190 bin kişiye düşen 26.1 yatak sayısı gelişmekte olan ülkeler için öngörülen 10 bin kişiye 30 yatak ölçüsüne yakın bir sayıdır. Bu sayı Hollanda'da 108, Fransa'da 82, Belçika'da 73, Makedonya'da 49, İngiltere'de 41 ve İsveç'te 36'dır. Ancak yeni tedavi yaklaşımları açısından bu ülkelerde de yatak fazlalıkları gündeme gelmektedir. Hekim açığının giderilmesi ve ihtiyacımız olan hekimlerimizin yetiştirilmesi için gerekli girişimler başlatılmıştır. Ancak YÖK, Üniversiteler ve Meslek Örgütlerinin de bu çalışmalara aktif katılımı ve katkısı önemlidir" ifadelerini kullandı¹⁶.

Bakan Akdağ'ın açıklamalarına göre¹⁷, Türkiye ve AB ülkelerinde hekim başına düşen nüfus ve AB ülkelerine göre Türkiye'deki hekim ihtiyacı şöyle:

¹⁶ Recep, Akdağ Sağlık Bakanı; T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI; Basın Açıklaması., 16 Ara 2008

¹⁷ Recep, Akdağ Sağlık Bakanı; T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI; Basın Açıklaması., 6 Ara 2007

İç Hastalıkları: AB ülkeleri ortalaması 4 bin 484 Türkiye 22 bin 257, AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı 12 bin 644

Kardiyoloji: AB ülkeleri ortalaması 13 bin 891, Türkiye 70 bin 929 , AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı 4 bin 110

Ruh sağlığı: AB ülkeleri ortalaması 7 bin 518, Türkiye 75 bin 052, AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı 8 bin 489

Göz: AB ülkeleri ortalaması 11 bin 903, Türkiye 40 bin 272, AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı 4 bin 202

KBB: AB ülkeleri ortalaması 11 bin 903, Türkiye 40 bin 272, AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı 2 bin 610

Plastik Cerrahi: AB ülkeleri ortalaması 90 bin 777, Türkiye 257 bin 246, AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı 506

Dermatoloji: AB ülkeleri ortalaması 20 bin 413, Türkiye 79 bin 64, AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı 2 bin 580

Jinekoloji: AB ülkeleri ortalaması 7 bin 999, Türkiye 22 bin 720, AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı 5 bin 847

Göğüs Hastalıkları: AB ülkeleri ortalaması 27 bin 25, Türkiye 64 bin 781, AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı bin 531

Onkoloji: AB ülkeleri ortalaması 76 bin 963, Türkiye 267 bin 942, AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı 658

Nöroloji: AB ülkeleri ortalaması 29 bin 397, Türkiye 61 bin 259, AB ortalamasına göre hekim ihtiyacı bin 256'dır.

Bununla birlikte bir hastane yapısının kullanımında gerek hastanın, refakatçinin, personelin gerekse de diğer kullanıcıların ulaşımı açısından yapının konumu önem kazanmaktadır. Trafiğin daha sakin olduğu, toplu taşıma araçları ile ulaşımın sağlanabileceği mevki ve semtlerin seçimi bu noktada önem kazanmaktadır.

Çevresel Etkiler : Hastane alanı çöplük, havaalanı, demiryolları, otoban vb. Gürültünün fazla olduğu yerlerden biraz uzak inşa edilmelidir. Yapının koku, duman, ses gibi olumsuz etkenlerden minimum derecede etkilenmesi önemlidir ve bununla ilgili tedbirler alınması gerekmektedir.

Topografya : Tasarım aşamasında arazinin topografik yapısı doğru değerlendirilmelidir. Çünkü arazi yapısı gerek düz, gerek eğimli olsun bu yapıya farklı tasarım seçenekleri getirecektir. Eğimli arazilerde giriş kotlarının farklı konumlandırılma imkanı hem tasarımda farklılık imkanı sunmakta, hem de karışıklık yaşamadan ulaşılabilirliği sağlamaya yardımcı olmaktadır. Ancak arazinin düz ve engebesiz olması tasarımı biraz daha zor kullanılabilir hale getirmekte ve giriş yönlerinin birbirinden uzak, doğru saptanamaması durumunda aksaklıklara sebep olacaktır.

Ayrıca yapıya yapılacak olan otoparklar, atık depoları, yeşil çevre düzenlemeleri vb. Gibi birçok unsur açısından, arazinin topografik yapısı doğru değerlendirilirse tasarımda artılar sağlamaktadır.

Arsa Büyüklüğü: Sağlık Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu yönetmelikte yapılacak olan hastane binaları için gerekli olan arsa büyüklüklerine de değinilmiştir. Çünkü esas olarak hastane yapısı daha tasarım aşamasında iken otopark, yeşil alan ve gelecekte yapıya dahil olabilecek eklemeler ve yapıdaki büyümeler göz önüne alınmalıdır.

Otopark bir hastane yapısı için göz önünde bulundurulması gereken en önemli etkenlerden biridir. Çünkü hastanenin giriş bölümleri kadar hareketli olan diğer bir parçasını oluşturmaktadır. Hastaların ve diğer kullanıcıların psikolojik açıdan motivasyonlarını sağlamak için ise çevresel tasarım, hastanenin bahçesi ön plana çıkmaktadır. Bir hastane yapısının kapladığı m² otopark alanını, içerisinde yer alan hasta yatağı sayısı ise m² hesabından bahçe alanını belirlemektedir.

Alt yapı; Günümüzde, sağlık hizmeti sunan hastane yapılarında; bina, fiziki koşullar, donanım ve tıbbi teknolojinin ortaya çıkardığı ihtiyaçlar doğrultusunda ve kullanıcıların beklentilerine uygun şekilde kullanılması, sağlık, insan gücü gibi hizmet unsurlarının tam donanımlı olması, sağlık hizmetinin kalitesini ve bu hizmetten faydalanan kişilerin memnuniyetini belirleyen ölçütler olarak ön plana çıkmıştır.

Bu durum mevcut hastane yapılarında ve yeni yapılan sağlık yatırımlarına ilişkin planlamaların; bölgesel ihtiyaçlar ve hizmet verilen nüfusun sağlık alanındaki öncelikli ihtiyaç ve beklentilerini dikkate alarak atıl kapasite ve kaynak israfına sebebiyet vermeksizin yapılmasını, mevcut kapasiteyi ihtiyaçlara uygun ve doğru tespit ederek daha verimli kullanımının sağlanmasını ve bunların sağlık hizmet sunumuna olumlu biçimde yansıtılarak hizmetin kaliteli, etkili, hızlı, erişilebilir ve hakkaniyetli sunulmasını gerekli kılmaktadır¹⁸.

Hastanelerde oluşabilecek artı ihtiyaçlar, bu ihtiyaçları karşılamak hasta ve diğer kullanıcı memnuniyetini arttırmak için alt yapı oluştururken teknolojiye oluşan gelişmeler ve gelişmeleri yakından takip etmek önem kazanmaktadır. Taşıdığı özellikler açısından benzeri diğer karmaşık yapıdaki organizasyonlardan farklı olarak hastane yapıları gerek havalandırma, aydınlatma, sterilizasyon, ulaşım, hizmet ve gerekse diğer donatıları açısından işlevsel ve konforu sağlanmış, hiçbir aksaklık oluşmayacak şekilde düzenlenmiş olmak zorunluluğu taşımaktadır.

¹⁸ T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 01.02.2010 Tarihli açıklaması

2.2.2. Hastane yapılarının mekansal çözümlenmesine etken faktörler

Hastane yapıları kapasitesine göre büyüklük veya küçüklük gösteren devlet hastanelerinden, askeri hastanelere kadar birçok sağlık birimini kapsar. Bir hastane yapısının kapısından içeri giren personel, hasta, ziyaretçi, sürekli olarak birbiri ile iletişim içerisinde ve aslında her zaman “bir daha olacak mı?” sorusu ile karşı karşıyadır. Hastane yapıları için iyi bir izlenim bırakabilmek adına asla ikinci bir şans yoktur. Buna ek olarak hastanelerde sağlanan hizmet, organizasyon, mekanın durumu ve buna karşılık kişilerin mekanı bu doğrultuda algılaması aslında hastane için gerekli bilgiyi verir. Bu veriler hastanenin çevresinde başlar. Gerek etraftaki yeşil alan, gerekse bulunduğu yapı alanı bunlara örnektir.

Teknolojinin gelişmesi ile birlikte günümüzde tasarımcılar donanım, malzeme ve teknoloji deneyimlerini “insan odaklı” bir anlayışla tasarlanan sağlık yapılarında hizmete sunmaktadır. Yüksek sirkülasyonu ve karmaşık işlevleri olan, mekanlar arasında iş akışını kolaylaştıran sistemler, hastaların olduğu kadar, çalışan personelin ve ziyaretçilerin de yaşam kalitesini yükseltmek amaçlı yapılmaktadır. Hasta olarak hastaneye gelen çocuk ya da yetişkin kişi ve ona eşlik eden refakatçiler, öncelikle yapının çevresel tasarımını algılar. Çevrenin yeşil, temiz ferah olması psikolojileri açısından büyük önem taşımaktadır.

Yapının içine girdikten sonra hastaya ve ziyaretçilere karşı davetkar, duyarlı, ilgili olmak, stresten uzaklaştırmak gerekmektedir. Hastaların ve refakatçilerinin kendilerini rahat ve güvende hissedebilmeleri için, mekanlar arası geçişleri doğru sağlamak, gidecekleri servisi kolay bulabilmeleri için yön tabelaları yerleştirmek, eğer hasta ayakta tedavi edilecek ise bekleme hol ve koridorların renk, ses, koku, malzeme gibi özelliklerine dikkat etmek, oturma ve yatma elemanlarının özelliklerinin seçimini doğru yapmak gerekmektedir. Bununla birlikte eğer hastaların tedavileri yatılı yapılacaksa hasta odalarının havalandırma, aydınlatma vb. gibi özelliklerine önem vermek, güvenlik hissini arttırmak gerekmektedir.

Malzeme bitişleri, malzeme seçimi, dokusu ve rengi bu konularda önem taşımaktadır. Ayrıca yerleştirilecek sanat objeleri, su öğeleri ve bitki parterleri tüm kullanıcılar açısından, yerinde ve doğru kullanıldığı takdirde uygun olacaktır.

Hastane yapılarının tasarımı, birçok teknik gereklere ve yasalar – yönergeler gibi yazılı hatta yazılı olmayan usullere bağlıdır. Sağlık Bakanlığı'nın Hastaneler Tüzüğünde sağlık yapılarının konumlandırılmasıyla ilgili birçok madde yer almaktadır. Ancak çarpık kentleşmenin de etkisi ile birlikte ve Sağlık merkezlerinin kuruluşlarının büyük maliyetlere ihtiyacının olmasından dolayı günümüzde hastaneler binaların arasında dar arsalara, eskiden konut olarak kullanılan binalara, trafiğin çok yoğun olduğu yerlere kurulmaktadır.

Özellikle özel hastanelerin çığ gibi büyüyerek çoğaldığı günümüzde şehir merkezlerinde yeterli yerin olmaması nedeni ile yeterli büyüklükte ve hastaların her ihtiyacını karşılayabilecek tipte sağlık yapıları inşa edilememektedir. Aynı zamanda teknolojinin gelişmesi karmaşık teknikleri ve ekipmanları kullanıma sunmakta, yeni tanı ve tedavi yöntemleri ortaya çıkarmaktadır. Bu şekilde yapıda mekanların alan hesapları yapılmakla birlikte, minimum alan maksimum kazanç sağlamaya çalışılmaktadır. Ayrıca yapının tasarımcısının bu aşamalardan geçerken kendi payına düşen ücret de fazlalık ya da azlığa göre yapının tasarımında etkin rol oynamaktadır.

3. HASTANE YAPILARININ İNSAN – ÇEVRE – ALGI FAKTÖRÜNE GÖRE ŞEKİLLENMESİ VE BU FAKTÖRLERİN İNSAN ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

3.1. İnsan

İnsan, dik duruşa, göreceli gelişmiş bir beyine, soyut düşünme yeteneğine, konuşma (dil kullanma) kabiliyetine, alet kullanma ve üretme becerisine sahip bir primat türüdür. Binomial ismi `Homo sapiens`tir¹⁹. Homo sapiens Latince "akıllı adam" veya "bilen adam" anlamına gelir. İnsan, hominoidea (insansılar) üst ailesinin hominidae (büyük insansılar) ailesine dahildir.

Diğer bir tanıma göre; İnsan, iki ayağı üzerinde duran, alet yapma yeteneğine sahip, konuşarak anlaşılan ve en önemli özelliği olarak soyutlama yetisine sahip olan memelidir²⁰.

İnsanoğlunun kökeni ile ilgili çalışmalar daha çok homo türü etrafında yoğunlaşsa da sıklıkla Australopithecus vb. gibi diğer hominid ve homininleri de kapsar. Fosil kayıtlarına göre anatomik olarak çağdaş insan tanımına uyan en eski fosiller 130.000 yıl öncesine aittir ve Afrika'da bulunmuşlardır.

Çağdaş tipte homo sapiens alt türünün ilk ırkı olan Cro-magnon insanı ise zamanımızdan 50 bin yıl önce ortaya çıkmıştır. İnsanoğlunun evrimine dair kabul gören başlıca iki hipotez vardır. Bunlardan birincisi çağdaş insanın Afrika'da ortaya çıkıp dünyaya yayıldığını öne süren "tek orijin" hipotezi, diğeri ise farklı bölgelerde evrim geçirerek çağdaş insana dönüştüğünü öne süren "çoklu bölge" hipotezidir.

¹⁹ Larousse, Ansiklopedi.; İnsan Tanımı, s. 526

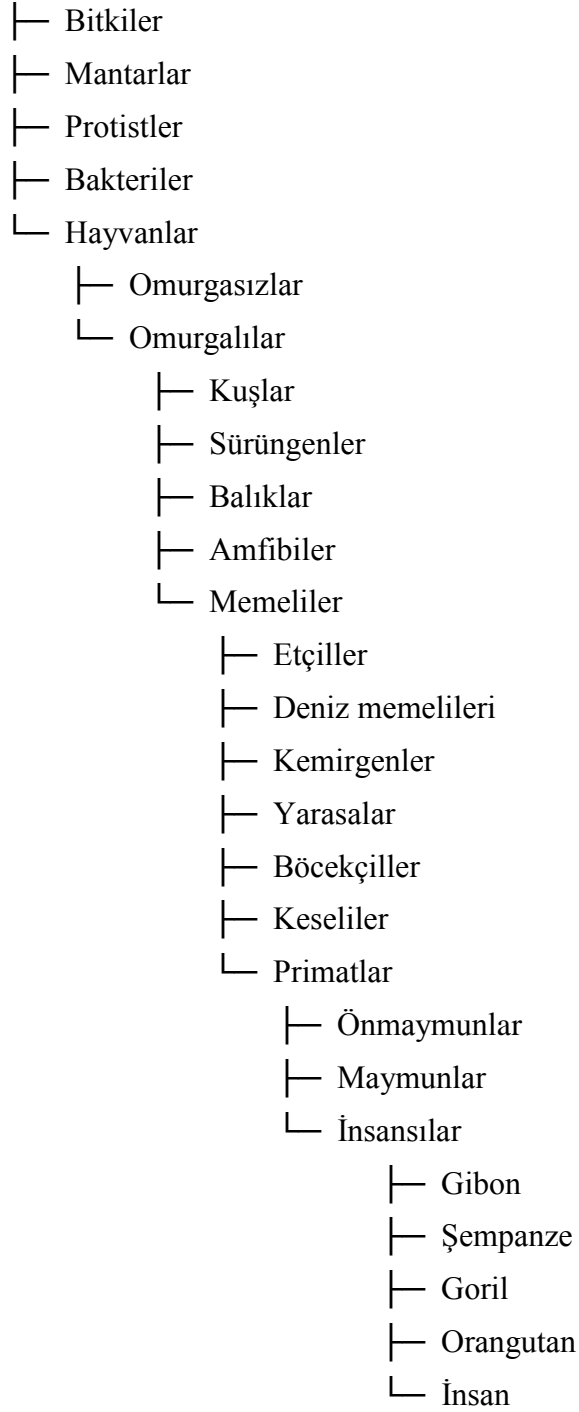
²⁰ Arayıcı, Osman, Yrd. Doç. Dr.; Malzeme ve Estetik Diyalektiği, Mimarlıkta Malzeme Dergisi, Kış 2009, Sayı 14, s. 69

Çağdaş insanın ve diğer insansı maymunların ilk ortak atası kabul edilen iki ayak üzerinde duran ve gözleri ileri bakan canlının bundan yaklaşık 6,5 milyon yıl önce Afrika'da ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Bu canlının ağaçlardan inip ayakta durmaya başlamasının nedeninin iklim değişikliğine bağlı kuraklık, yiyecek kıtlığı ve göç zorunluluğu olabileceği düşünülmektedir. İnsanı oluşturmaya başlayan organik evrim bilimsel adı olan Antopogenesis zamanımızdan yaklaşık 3,5 milyon yıl önce başlamıştır. İnsan adını hak eden başlangıç noktası ise Homo cinsinin ortaya çıkması ile olmuştur.

Çağdaş insanın soyu tükenmemiş en yakın akrabaları, sıradan şempanzeler (*Pan troglodytes*) ve bonobolardır (cüce şempanze, *Pan paniscus*). Bu iki şempanze türü ve insanoğlu yaklaşık 6,5 milyon yıldır farklı bir evrim çizgisi izlemelerine rağmen tamamlanmış gen haritalarına göre aralarındaki yakınlık fare ile sıçan arasındaki yakınlıktan on kat daha fazla, akraba olmayan iki insan arasındaki yakınlıktan sadece 10 kat daha azdır. Bu iki şempanze türü ve insanın DNA'sının %98,4'ü tamamen aynıdır²¹.

²¹ HUMAN, Editör Robert Winston, Penguin Yayınevi, Londra, 2004, s.12–13

—İNSANIN SOY AĞACI—



Şekil 3,1.a. HUMAN, Editör Robert Winston,
Penguin Yayınevi, Londra, 2004, s.12–13

3.2. Çevre

Çevre insanların ve diğer canlıların yaşamları boyunca ilişkilerini sürdürdükleri ve karşılıklı olarak etkileşim içinde buldukları, fiziki, biyolojik, sosyal, ekonomik ve kültürel ortam ve içinde yaşadığımız doğal ortamdır.

Yani kısaca canlı varlıkları etkileyen dış tesirlerin tümüne çevre denir. Çevre içerisinde yaşayan canlılar ve bu canlıların gelece için çok önemli katkılarda bulunur. Eğer çevremizi kontrol altında tutamazsak, ekolojik dengeyi koruyamazsak çevre gelecekte pişman olacağımız sonuçlar ile karşılık verebilir.

Yaşam ve çevre birbirlerine bağlı iki önemli unsurdur.

3.3. Algı

Algı, psikoloji ve bilişsel bilimlerde duyuşal bilginin alınması, yorumlanması, seçilmesi ve düzenlenmesi anlamına gelir. Algı kelimesi (perception) Latince "almak" anlamına gelen capere, kelimesinden gelir. Önündeki per takısı "tamamen" anlamındadır²². Algı çalışmasının yöntemleri, David Hume, John Locke, George Berkeley'de veya tüm bilim ve bilginin temeli olarak Maurice Merleau-Ponty'nin algıyı kabullenmesi gibi deneysel epistemoloji ve mantık felsefesi çerçevesindeki psikolojik yaklaşımlar içerisinde gerekli biyolojik yaklaşımlardan psikolojik yaklaşımlara kadar farklılık gösterir.

Kolaylıkla duyum ile karıştırılabilmektedir. Ayrımı belirleyen temel etken duyumda bir yorumlama, anlama söz konusu olmamasıdır. Algı duyuşal uyarımların anlamlı deneyimlere çevrilme sürecidir. Bu deneyim, yani algı, uyarım ile sürecin ortak ürünüdür. Algılama sürecinin özellikleri, ışık, ses gibi değişik uyarımlar ile bu uyarımlardan doğan deneyimler ya da algılar arasındaki ilişkilerden çıkartılabilir ve bu çıkarımlar üstüne algılama kuramları geliştirilebilir.

²² Metzger, W.; Der Ort der Wahrnehmungslehre im Aufbau der Psychologie, makale, Handbuck der Psychologie, Dr. C. Y. Hogrefe, Göttingen, Band I/I, 1966 içinde, s. 5.

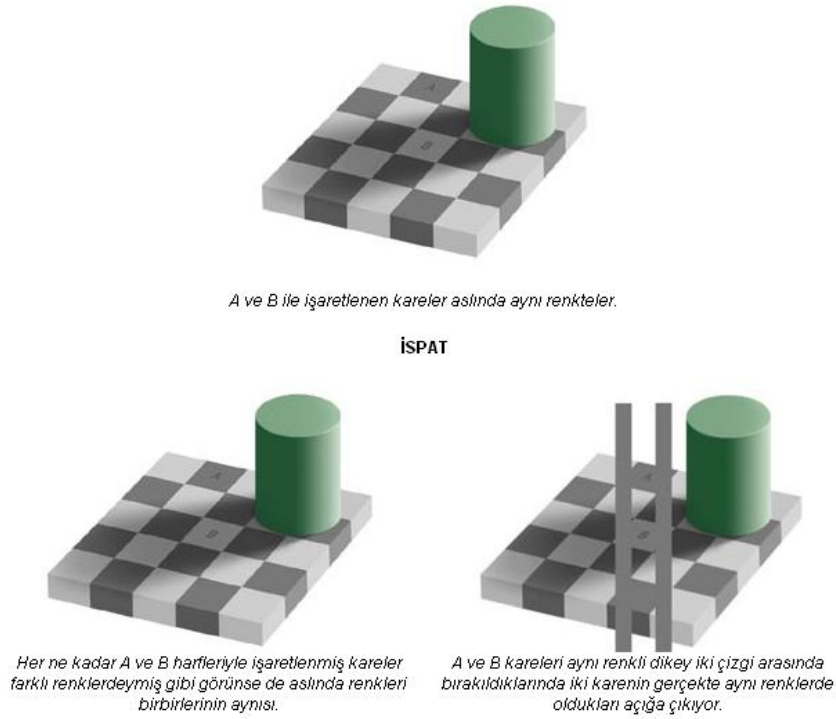
Ancak, algılama sürecini doğrudan gözleme olanağı olmadığından bu kuramların geçerliliği de yalnızca dolaylı olarak irdelenebilir. Bilginin kaynağı ve geçerliliği konusundaki sorular nedeni ile algılama öteden beri felsefenin konusu olmuştur. Bilgi felsefesi kuramcıları, insan deneyiminden bağımsız, gerçek bir dünyanın varlığını, böyle bir dünya varsa insanın onun özelliklerini nasıl öğrenebildiğini ve bu deneyimin gerçekliğini ya da doğruluğunun nasıl saptanabileceğini araştırırlar.

Algılamanın bilimsel temellerinin araştırılması ise büyük ölçüde psikolojinin konusu olmuştur. Araştırmacılar dış dünyanın, fiziğin özellikle elektromagnetik enerji, optik ve mekanik dallarının tanımladığı anlamda veri olarak kabul eder. Bu durumda asıl sorun, örneğin ışık gibi fiziksel biyoenerji ile bu uyarımı algılayan organizma arasındaki karşılıklı etkileşim sürecinin araştırılmasıdır.

Duyum ve algı arasındaki ayrımın deneysel olarak gösterilmesi klasik bir sorun haline gelmiştir. Bunun en önemli nedeni, bu iki kavramın tanımları üzerinde kesin bir anlaşmaya varılamamış olmasıdır. Filozofların ve psikologların çoğu bu iki kavram arasındaki ayrımı temelde kabul eder. Genel olarak duyular, duyular yoluyla edinilen basit deneyimler, algıların basit öğelerden çağrışım yoluyla oluşturulan karmaşık yapılarıdır. Yaygın olarak benimsenen bir başka ayrım da duyuların tersine, algının öğrenmenin etkisine açık olmasıdır. Nitekim geçici duyarlılık değişiklikleri ve yorgunluk dikkate alınmadığı sürece, belli bir uyarım her yinelenişinde aynı duyulara yol açarken, algılar, aradaki sürede öğrenilenlere bağlı olarak bir durumdan öbürüne değişebilir.

Ayrıca bazı psikologlar algıları dış nedenlere bağlı olarak tanımlarken, duyularını daha öznel, kişisel ve içsel deneyimler olarak kabul ederler. Duyum ve algı ayrımının anatomik-fizyolojik ölçütleri de vardır. Buna göre duyum, duyu organlarının hemen yakınında olup biten sinir sistemi olaylarıyla özdeşleşirken, algı sinir sisteminin daha üst bölümlerinde, beyin düzeyinde gerçekleşir. Deneysel kanıtlar, algının zaman içindeki gelişiminin ölçülebildiğini, hatta algının zamanla değişebildiğini ya da birden çok algının oluşabileceğini ortaya koymaktadır.

Ayrıca algıların duyusal uyarım anında kendiliğinden ve tümüyle oluşmuş biçimde ortaya çıkmadığını, zaman içinde gelişerek örgütlü bir yapıya dönüştüğünü gösteren veriler de vardır. Kimi kuramcılar algılardaki örgütlemenin öğrenme sonucu oluştuğunu, kimileri ise (özellikle Gestalt'çılar) fizyolojik olarak doğuştan var olduğunu savunurlar²³.



Resim 3,3.a Algıda Yanılma

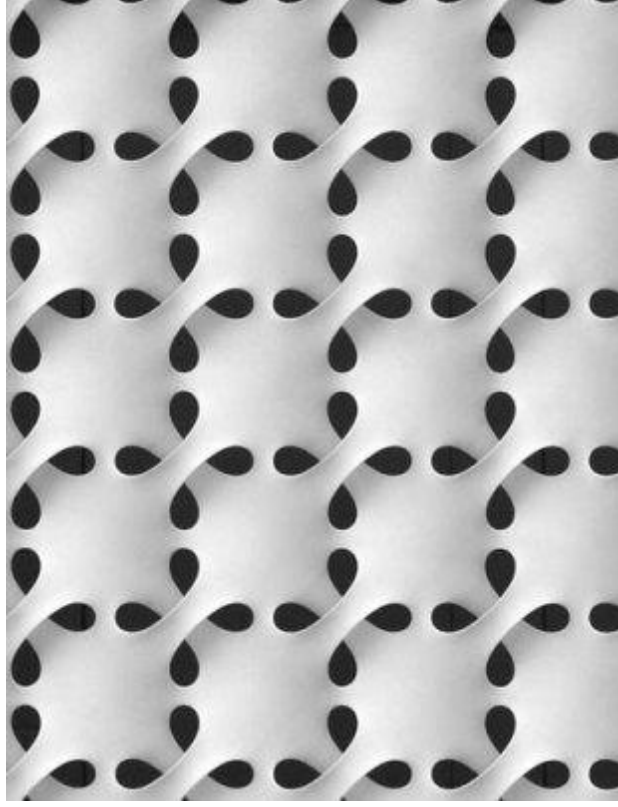
Katarakt nedeniyle doğuştan kör olan ve ameliyatla görme yeteneği kazanan kişiler üzerindeki araştırmalar bu tartışmalara bir ölçüde açıklık kazandırmıştır. Yeni görmeye başlayan kişi ışık yoğunluğundaki değişikliklere ve renklere duyarlı olmasına karşılık gördüğü basit şekilleri birbirinden ayırmakta ve kısa süre önce gösterilen bir şekli hatırlamakta güçlük çeker. Aynı eksiklik insan yüzlerini ayırt ederek tanıma konusunda da geçerlidir. Bu basit yeteneklerin edinilmesi aylar süren denemeleri gerektirir. Dolayısıyla, algılama sistemi yinelenen uyarımlarla gelişerek biçimleri tanıma ve birbirinden ayırma gibi karmaşık işlevleri yerine getirebilecek düzeye ulaşır.

²³ Larousse Ans., s. 376

Doğuştan kör olan yetişkinlerin yalnızca görsel deneyimleri eksiktir. Oysa yeni doğmuş bebekte temel görme işlevlerinin çoğu az gelişmiştir. Bu nedenle, laboratuvar hayvanları ve bebekler üzerinde yapılan deneylere dayanarak görsel deneyimin algı örüntülerini oluşturmak için değil, sürdürmek için gerekli olduğu öne sürülebilir. Gene bu deneylerden örüntü ve derinlik algısının doğuştan var olduğu sonucu çıkartılabilir.

Öte yandan, sabitleştirilmiş ağ tabaka görüntüleri üzerine yapılan araştırmalar, algıları oluşturan yapısal öğeler bulunduğuna ilişkin kanıtlar getirmiştir. Görüntü kaynağını gözle birlikte hareket ettirebilen böylece ağ tabakada ki görüntüyü sabitleştiren bir aygıtla yapılan deneyler, harekesizleştirilen görüntülerin kaybolduğunu ve algıyı sürdürebilmek için ağ tabakada ki görüntüde belli bir hareket olması gerektiğini ortaya koymuştur. Optik manivela denen bu düzenek yalnızca düz ve dikey çizgiler gibi basit hedeflerin kullanılmasına olanak verse de, başka bir aygıtla daha karmaşık görüntüler de sabitleştirilebilmektedir. Karmaşık görüntülerin yarattığı algı daha geç bozulmakta ve bütünüyle kaybolmamaktadır.

Max Wertheimer, Kurt Koffka ve Wolfgang Köhler gibi Gestalt kuramcıları algı örgütlenmesini öğrenilen ilişkilerin sonucu olarak görmeye yanaşmıyorlardı. Basit duyumların örgütlenmiş algılar oluşturduğunu kabul etmekle birlikte, algının deneyimin temeli olduğu, insan deneyiminin öğelerin bir araya gelmesinden çok, örgütlenmiş bütünlerden (Gestalt) oluştuğunu öne sürüyorlardı. Zihin bir şekildeki küçük boşlukları mantıksal bir bütün oluşturacak bir biçimde doldurur. Böylece görüntü kendisini oluşturan öğelere egemen olur ve bu öğelerde bulunmayan bir takım özellikleri yüklenir. Kişi tek tek noktaları değil noktalardan oluşan çizgiyi algılar bu görüşün en açık anlatımını Gestalt kuramını açıklamak için sıkça başvurulan şu cümle verir: “Bütün, parçalarının toplamından öte bir şeydir.”



Resim 3,3.b Algıda Yanılma

Örüntüler öğelerde var olmayan özellikler taşıdığı gibi Pragnanz ilkesi uyarınca, algılanan örüntünün “iyi” olmasını da var olan koşullar belirler. “iyi” biçimleştirmenin özellikleri arasında basitlik, dengelilik, düzgünlük, simetri, süreklilik ve birlik gibi niteliklerin sayılabilmesine karşılık, bir biçimleştirmenin hangi öğelerde iyi ya da kötü olduğu kesin olarak belirlenememiştir.

Bütünlenme ilkesi de çoğunlukla Pragnanz ilkesi doğrultusunda işler. Örneğin kesik çizgilerle oluşturulmuş dairesel şekil eksiksiz ya da kapalı bir çember olarak görülür. Aynı biçimde, bir bölümü ağ tabakada ki kör notaya denk gelse bile görüntü çoğunlukla eksiksiz algılanır. Süreklilikte Pragnanz ilkesinin uzantısıdır ve kesik, düzensiz, geçişsiz çizgilerden çok, yumuşak ve sürekliliği olan çizgileri algılama eğilimini tanımlar. Bütünlenme ve süreklilik karmaşık bir uyarının doğuracağı algıları belirleyen iki etken olarak görülür.

Gestalt kuramına göre, bir şeklin arka planının da algı üzerinde önemli etkisi vardır. Algıdaki arka plan etkisine en basit örnek, aydınlık – karanlık karşılığıdır. Uyarının parlak görünmesi yalnızca kendisine bağlı değildir. Çevresinde ki uyarıya da bağlıdır. Aynı gri kare, koyu fon üzerinde daha beyaz, açık fon üzerinde daha siyah görülür.

Algının en çarpıcı özelliklerinden biride, uyarının özelliklerinin sürekli değişmesine karşın, nesnelerin değişmez görünme eğiliminde olmasıdır. Uzaklaşan bir otomobilin ağ tabakada ki görüntüsü boyut olarak küçülse de, algı deneyimi olan normal kişi, nesnenin boyutlarını değişmez olarak algılar. Gözlemciye algıladığı nesneye önceden varlığını bildiği bir nesne ile özdeşleştirme olanağı veren uygun bağlamsal ipuçlarının var olması koşuluyla algı değişmezliğini korur.

Algılama kuramları genelde, ayırım yapmaksızın tüm canlılara ya da en azından tüm insanlara uygulanacak biçimde geliştirilmiştir. Ancak algısal işleyişin kültürden kültüre, bireyden bireye, hatta aynı bireyden belirgin farklılıklar gösterdiği de gerçektir. İnsanlar yaşadıkları algı deneyimlerine bir düzen ve anlam yükleme eğilimindedirler; Bu eğilimde kültür, beklentiler, gereksinimler, bilinç dışı eğilimler, değer yargıları ve çatışmalarla belirlenir²⁴.

Örnek: Yolun karşısından gelen arkadaşımız bize doğru yürümektedir ve açıkça bize doğru yürürken bize doğru bakmaktadır. Ancak yanımızdan hiç oralı olmayıp geçer giderse problem duyum algı farkına işaret ediyor olabilir. Yani bizim görüntümüz onun gözüne, retinasına yansımıştır. Biyolojik yapısı içerisinde göz bu görüntüyü beyne ulaştırmıştır. Fakat beyin burada yapması gereken duyuşal bilginin alınmasından sonra, seçilme, düzenleme ve yorumlama aşamalarını gerçekleştirmemiştir. Bu halk arasındaki tabirle bakmak ve görmek arasındaki fark gibi de düşünülebilir.

²⁴ Osgood, Charles: A Behavioristic Analysis of Perception and Language as Cognitive Phenomena, makale, Modern System Research For the Behavioral Scientist, Aldine Publishing Company, Chicago, 1968 içinde, s. 186

3.3.1. Görsel algı

Görsel Algılama, Kelimenin kökünden de anlaşılacağı gibi görmek, (Göz ve ışık ile yapılan algılama) eyleminden kaynaklanmakta ve canlıların geliştirdiği en etkili algılama metotlarından biridir. Optik bir göze sahip canlılar, Nesnelerin uzaydaki X, Y, Z referanslarını iki boyutlu bir düzlem üzerinde ifade ederek bu bilgiyi bellek veri tabanlarında saklarlar. Canlıların görebildikleri ışık daha öncede belirttiğim gibi belirli dalga boyları, enerji seviyeleri ve ışık ısısı değerleri arasındadır. Ancak bu dar skala bile, Özellikle insanın çevresini çok detaylı bir şekilde tanımlayacak ve renklendirecek kadar aydınlatmaktadır²⁵.

Görme eylemini başlatan ışık, ortamı dolduran fotonlardan oluşmakta, fotonlar ise birbirleri ile etkileşim içerisinde bulunan enerji seviyesindeki temel parçacıklardır. Güneşten veya bir ışık kaynağından atılan elektronlarla çarpışarak bir zincirleme bir enerji reaksiyonu oluşturarak ışık ışınlarını oluştururlar. Sanıldığı gibi bir foton, bir referanstan diğerine yol almaz. Ortamdaki diğer fotonlarla çarpışarak tıpkı domino taşları gibi bir doğrusal enerji ışınımı oluşturur. Işınımın yönü ise ışık kaynağından fırlatılan elektronun kuvvet yönü ile paraleldir. Enerjisi elektronun hızı ile doğru orantılıdır. Dalga boyu ve derinliği ise çarpışmanın şiddeti ile dolayısı ile yine fırlatılan elektronun hızı ile sınırlıdır²⁶.

Beynimiz, ışığın sahip olduğu tüm parametreleri ustalıkla kullanarak nesnenin iki boyutlu görüntüsünü ve renklerini oluşturur. Üç boyutlu algılama, Gözün arka bölümünde üzerinde ışığa duyarlı hücreler bulunan iki boyutlu bir düzlem üzerinde ışık ve gölge yoğunluğu bulunan iki boyutlu resmin beyin tarafından yorumlanması ile oluşur. Yani biz nesnelere Gözün Optik prensipleri yüzünden iki boyutlu algılarız, ancak beyin fotoğrafın üzerindeki açık ve koyu bölgeleri yorumlayarak nesnenin diğer koordinatlarını anlamamızı sağlar. Nesnenin üzerinde bulunan her bir detay eğer ışık kaynağı tarafından aydınlatılmış ise foton ışınımı tarafından referansları gözümüze taşınır. Aslında güneşten gelen ışık Doğrusal olduğu için nesnenin sadece belirli bölümlerini görmeliydik ancak yerden, atmosferden ve diğer nesnelere yansıyan ışık dünyamızı etkin bir şekilde aydınlatmaktadır.

²⁵ Linder, H.: Biologie, J. B. Metelersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart. 1961, s. 182.

²⁶ Linder, H.: Biologie, J. B. Metelersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart. 1961, s. 184.

Renkler, yansımanın bir sonucu olarak beyin tarafından yaratılmış, belki de sadece bazı canlılara özgü bir kavramlardır. Fizikte Renk diye temel bir kavram yoktur. Renkler nesnelere yüzey gerilimlerinin ışığın baskısına verdiği tepkiyi beyin sınıflandırması sonucu oluşmuş sanal kavramlardır. Bu yüzden bazı canlıların renkten haberi yoktur. Nesnenin yüzeyine çarpan ışık bir baskı oluşturur. Bu baskının bir bölümünü nesnenin yüzeyi rezonansa geçerek sönümler. Böylece yansıyan ışığın dalga boyu, derinliği, şiddeti, enerjisi gibi parametreleri değişime uğrar. Beynimiz kendi içinde bu parametreleri alt ve üst değerler olarak skalalara ayırmış ve sınıflandırmıştır. Her bir skala beynimizde bir renk çağrışımı şekline dönüşür. Bu durum, canlının bir bakışta nesnenin nitelikleri ile ilgili bilgi edinmesi için tasarlanmış çok gelişmiş bir algılama meydana getirmiştir. Nesnelere yüzey gerilimleri, onların sert veya yumuşak olmaları, pütürlü veya parlak olmaları, organik veya inorganik olmaları gibi canlı için çok önemli bilgileri, nesnenin yanına gitmeden ona dokunmadan uzaktan edinmesini sağlar. Bu canlının hayatta kalması için çok önemlidir. Gözün arka bölümündeki ışığa duyarlı hücreler, ışığın şiddeti, rengi gibi parametrelerini elektrik impulslarına çevirerek beyne iletirler. Görsel algılama, Evrenin büyük patlamadan bu yana saçtığı enerjiyi ve termo dinamik yasalarını kullanan çok temel ve önemli bir algılamadır. Örneğin ses havasız ortamda iletilmez. Ancak ışık evrenin her köşesinde vardır. Eğer evrenimizde yaşayan başka canlılar varsa muhtemeldir ki onlar da bu benzersiz algı metodunu kullanıyorlardır.

3.3.2. İşitsel algı

Görme olayının gerçekleşmesi için nasıl ki “ışık” temel etmen olma niteliğindedir, aynı şekilde işitme olgusunun gerçekleşmesi için de “ses” bu fonksiyonu yerine getirecektir. Işığın taşıyıcı dalgaları çok yüksek hızlı (300000 km / sec) elektromanyetik nitelikteyken, diğeri kıyaslanmayacak kadar düşük hızlı (havada 340 m / sec) ses dalgaları aracılığı ile iletilmektedir²⁷.

²⁷Larousse Ans., s. 564

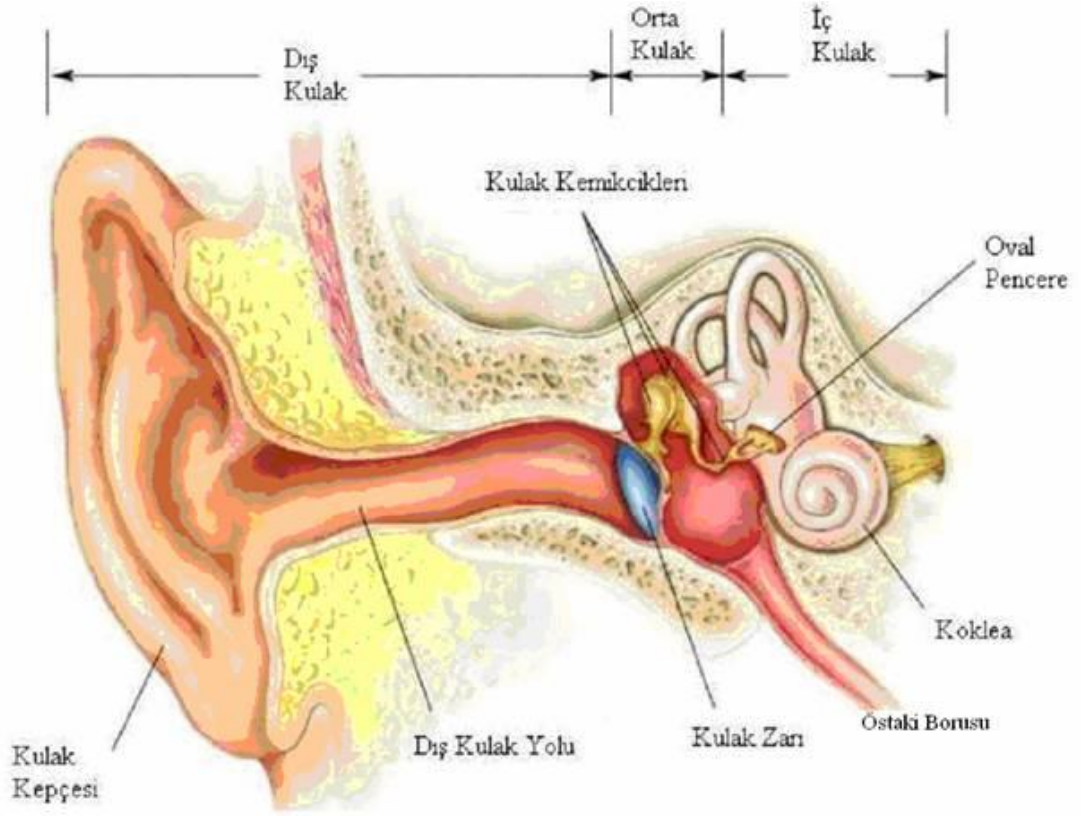
Ve duyma duyusu olanca zenginliğine rağmen genelde görme duyusuna göre daha iddiasız ve mütevazı bir nitelik gösterirse de kişinin en vazgeçilmez tamamlayıcısı olma durumundadır.

Biyolojik olarak duyma olayı, dış kulak kepçesinde toplanan titreşimlerin kulak zarına yansıtılması, kulak zarının da yeniden titreşerek kendine iletilen titreşimleri kulak kemikçikleri (çekiç, örs, üzengi) aracılığı ile beyine giden işitme duyusu sinirlerinin uçlarının yer aldığı iç kulağa yansıtması ile gerçekleşir. Sesin, beyin ilgili merkezi tarafından algılanması eşzamanlı olarak psikolojik algılama ve yorumlama süreçlerini de başlatır.

İnsan kulağı saniyede yaklaşık 20 ile 20000 frekans arası titreşen sesleri algılayabilir²⁸. Buna karşılık, örneğin yarasa, 175 kHz' e kadar olan (1 kHz = 1000 frekans / saniye) ultra sesleri algılayarak, bu çok gelişmiş işitme duyusu nedeni ile görme duyusuna gerek duymadan uçabilmektedir. İyi duyulabilen seslerin yaşlara göre düzeni:

- 20/40 yaşları arasında 16.000 Hz
- 40/60 yaşları arasında 10.000 Hz
- 60 yaşın üzerinde 8.000 Hz 'dir.

²⁸ Larousse Ans., s. 564



Resim 3.3.2.a. işitsel Algı

Sesin tınısı, temel ses salınım' ı ile birlikte diğer salınım'ların da duyulması ile ilgilidir. Sesler, aynı perde üzerinde ve aynı seslilikte olsalar bile tınları nedeni ile farklı duyulabilirler.

İşitme, bize mekanın ancak parçalı bir bilgisini sağlar, mekanın noktaları arasında metre ile ölçülebilen ilişkiyi açıklamaz. İşitme yoluyla mesafenin değerlendirilmesi, ancak ve yalnız, sesin kaynağının uzaklığı değiştiğinde, yoğunluk ve niteliğinin de değişmesiyle mümkündür. Mekanın üç boyutuna göre bir sesin, yerinin kesin olarak belirlenmesi, ancak median plana oranlayan olarak sağlanabilir. Bu yer belirlenmesi esası ile iki kulakla ilgili diskronizm'den meydana gelir.

Bununla birlikte normal şartlar altında, yer belirlenmesi, görmenin yardımıyla yapılır. Bundan ötürü başımızı sesin geldiğini farz ettiğimiz kaynak tarafına çeviririz. Hatta deneysel olarak, işitsel ve görsel işaretler, bir ses kaynağının yerini belirleme konusunda kendi aralarında uyuşmazlık gösterdiği zaman, görsel işaretlerin tercih edildiği 1953 yılında Jackson tarafından ispatlanmıştır²⁹.

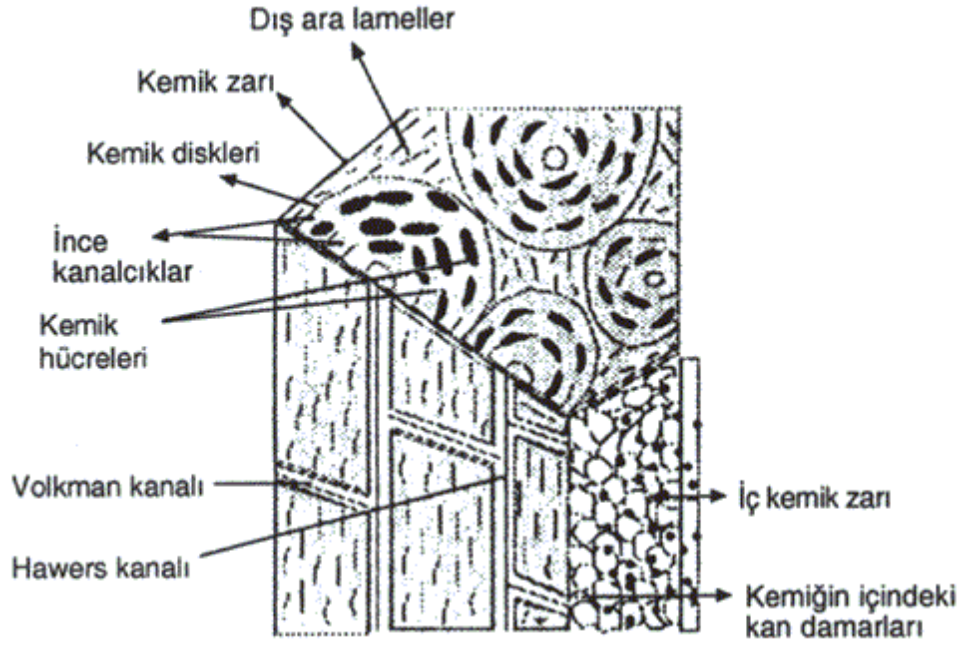
Bununla beraber, körlerin mekanda yönelmeleri, engellerin yerini tespitinde işitsel verilerin ön planda rol oynadığını gösterir.

3.3.3. Dokunsal algı

Mekanik etkinin çeşidine ve şiddetine göre dokunma duyumu da değişir; duyarlığın eşiği aşıldıktan sonra değme duyumu, sonra basınç duyumu, nihayet ağrı duyumu gelir. Basınç duyumu cisimlerin sertliğini ve yumuşaklığını anlamaya yarar. Duyumların inceliği vücut bölgelerine göre değişir; elin ayasında, parmak uçlarında ve dudakların kenarlarında en fazladır; sırtta, el ve ayakların sırt tarafında en azdır. Derinin durumuna göre de değişir; kalınlık üşüme ve kansızlık gibi sebeplerle azalır, buna karşılık üst deri ince ve temiz olursa ve duyuma alıştıırılsa dokunma duyumu artar. Dokunma duyusunun duyarlık derecesi “ esteziyometre ” adı verilen aletlerle ölçülebilir. Bir pergelin uçları ne kadar birbirine yakın olarak çifte batma duyumu verebilirse dokunma duyusu o kadar incedir³⁰.

²⁹ Larousse Ans., s. 563

³⁰ Boring, E. G. – Langfeld, H. S. – Weld, H. P.: Foundations of Psychology, John Wiley and Sons, Inc. Newyork, 1956, s.358



Resim 3.3.3.a. Dokunsal Algı

Dokunma duyusu beşinci duyu olarak Aristo'dan beri yapıla gelen sıralamada yer ala gelir. Bu duyu, genelde sinir uçlarında başlatılan algılama sürecinin beyinde belirli tepkileri oluşturması sonucu işlerlik kazanır. Kısaca dokunma duyusu diye adlandırdığımız bu duyu birey açısından yaşamsal önem taşır ve diğer bazı duyuların ötesinde, yokluğu halinde bireysel yaşam tehdidi altında kalır. Dokunma duyusunda yer alan fonksiyonlar aşağıdaki gibi yer alır³¹.

- Basınç duyarlılığı, bu duyunun önemli bir fonksiyonudur. Deri üzerinde uygulanacak dikey ya da yatay bir baskı, deride bir bükülmeye neden olacak ve yaratılan gerginlik ilgili sinir uçlarınca algılanmaktadır. Sürekli basınç hali bir süre sonra duyarlılığın kalkmasına ya da azalmasına neden olabilecektir³².

³¹ İbid.,s. 363-365; Stevens, S.S. : Handbook of Experimental Psychology, John Wiley and Sons, Inc., New York, 1966, s. 1178 – 1179.

³² KAYNAK, s. 72

- Acı duyarlılığı, deri üzerinde mekanik, kimyasal, ısı ve elektrik gibi uyarıcı etmenlerce ortaya çıkabilir. Basınç duyarlılığında olduğu gibi, sürekli acı verici uygulama sonucunda epidermis yani üst deriye kadar uzanan sinir uçları acıya yavaş yavaş adapte olarak hissedebiliriz. Ayrıca acının algılanışı da birden olmaz. Elimizi yakan, ya da ayağımıza batan bir cismin vereceği acıyı algılamamız gecikerek gerçekleşir. Bunun nedeni ise, algıyı ileten sinirlerin çok ince çaplı olmaları ve bundan dolayı da algıyı iletim niteliklerinin düşük olmalarıdır³³.
- Isı duyarlılığı, söz konusu duyunun bir diğer ileti boyutudur. Bedenin, deri altı dokuda yer alan damarlarca taşınan kan ile oluşan bir normal ısı vardır. Bedenin giyimli bölgelerinde bu ısı 35 °C, el ve yüz gibi örtülmemiş bölgelerde 33 °C ve dil ve koltuk altı gibi yerlerde ise 37 °C dolayındadır. Ancak derideki duyarlı sinir uçları bu dereceler dışındaki sıcak ve soğukluk farklılıklarını algılayacaklardır³⁴.

3.3.4. Koku algısı

Koku alma duyusu, burun içi mukozada yer almış olfaktif sinir uçları üzerinde gerçekleşir. Koku almada temel rolü, kokulu varlığın kendisi değil de, söz konusu varlığın hava ve su akımlarına kapılan ve burundaki sinir uçlarına ulaşan son derece ince “ emanation ”ları oynar³⁵.

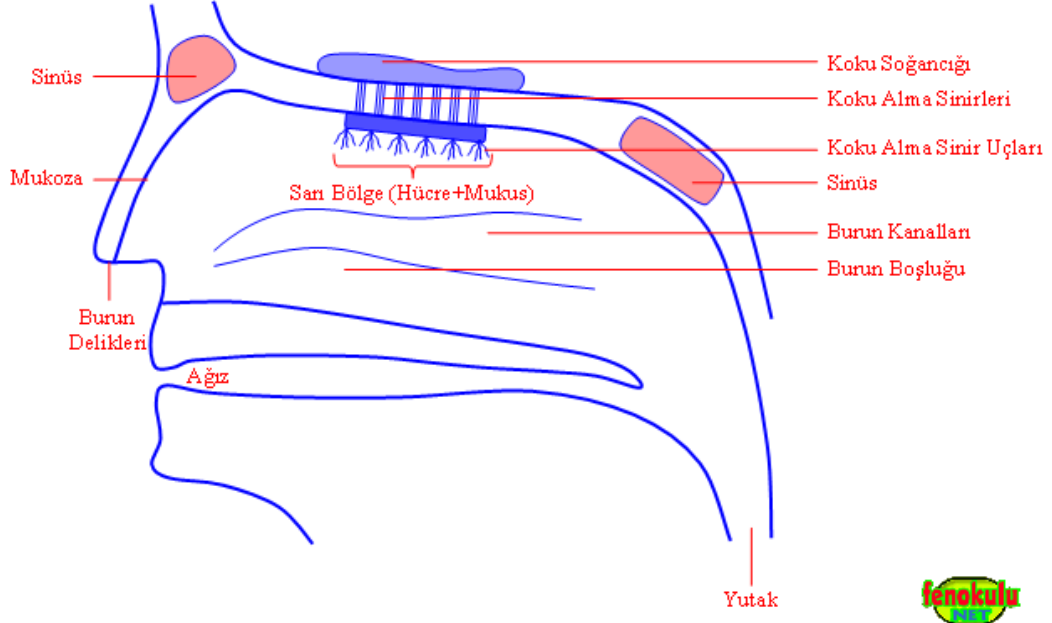
Bunlar organik karbon bileşikleridir ve olfaktif sinir uçları tarafından algılandıkları anda iyi, hoş ya da kötü, pis gibi kategorilere ayrılıp değerlendirilirler. Bununla birlikte kişi üzerinde güzel kokuların iyi, kötü kokuların ise itici etkisi olduğu söylenebilir. Koku alma duyusunun tat alma duyusunu da etkilediğini göz ardı etmemek gerekir. Koku alma duyusunun bazı şartlar altında azaldığı bilinmektedir. Ancak bu azalma duyunun tam anlamıyla fonksiyonu yitirmesi olarak değil, aynı zamanda duyunun aynı kokuya sürekli maruz kalması sonucu duyarlılığını yitirmesi olarak açıklanabilir.

³³ KAYNAK, s. 72

³⁴ KAYNAK, s. 73

³⁵ Boring, E.G. – Langfeld, H.S. – Weld, H.P.: Foundations of Psychology, John Wiley and Sons, Inc., New York, 1956, s.358

Kimi zaman sağlık açısından karşılaşılan durumlarla birlikte, koku alma s¼reci, adapte oluş, kokunun yoğunluğu ve etki s¼uresi gibi nedenlerle de birbirine orantılı sonuçlar vermektedir.



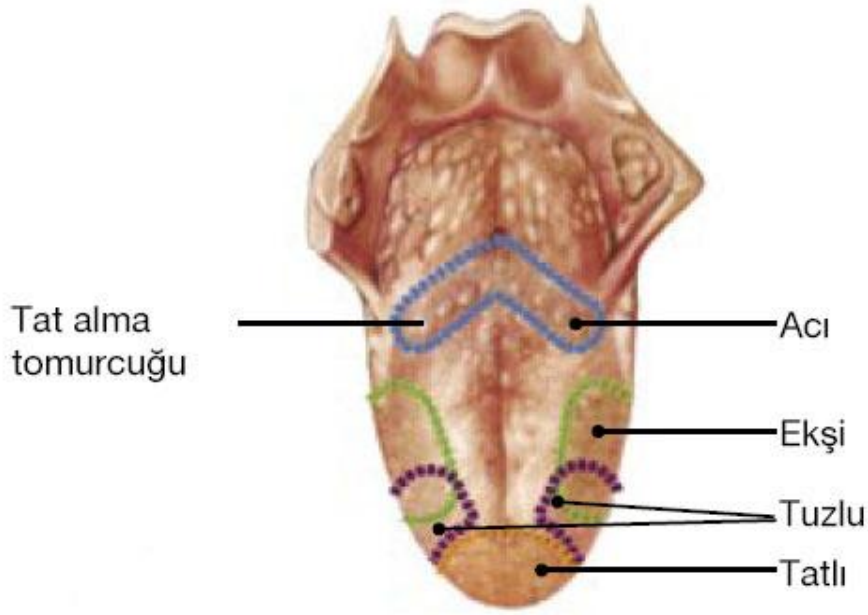
Resim 3.3.3.1.a. Koku Algısı

3.3.5. Tat algısı

Tat'ın duyu organı dildir, fakat tat izlenimlerini aslında sadece tat alma memecikleri duyar. Memecikler tat sinirlerinin uçlarıyla sarılı omak şeklinde p¼t¼rlerdir; tat sinirleri, dil – yutak siniriyle dil sinirinin dallarıdır. Tat duyumu verebilmek için gazlar da dahil b¼t¼n cisimler, erimiş olmalıdır. Erimeyen maddeler sadece dokunum ve ısı duyumu verir. Bununla beraber tat duyumu, tadı olan maddelerin erimesini ve karışmasını kolaylaştıracak olan t¼k¼r¼k salgısını harekete geçiren bir dokunum duyumuyla birlikte alınır³⁶.

³⁶ KAYNAK, Prof. Dr. Tuğray. Organizasyonel Davranış ve Y¼nlendirilmesi, (İstanbul, Alfa Basım Yayın Dağıtım, 19..). s. 71

Acı tat, bulantı refleksinin başlangıç yeri olan dil dibinde duyulur, buna karşılık dil ucu özellikle tatlıyı ve ekşiyi kolay duyar; tuz tadını dilin her tarafı alır. Tat memeciklerinin duyarlılığı tat alımının tek etkeni değildir. Bunda kokunun da etkisi vardır. Gerçekten, koku duymayan bir kimse yediği yemeklerden hemen hiç tat almaz. Ayrıca tat alma duyumu insandan insana değişir³⁷.



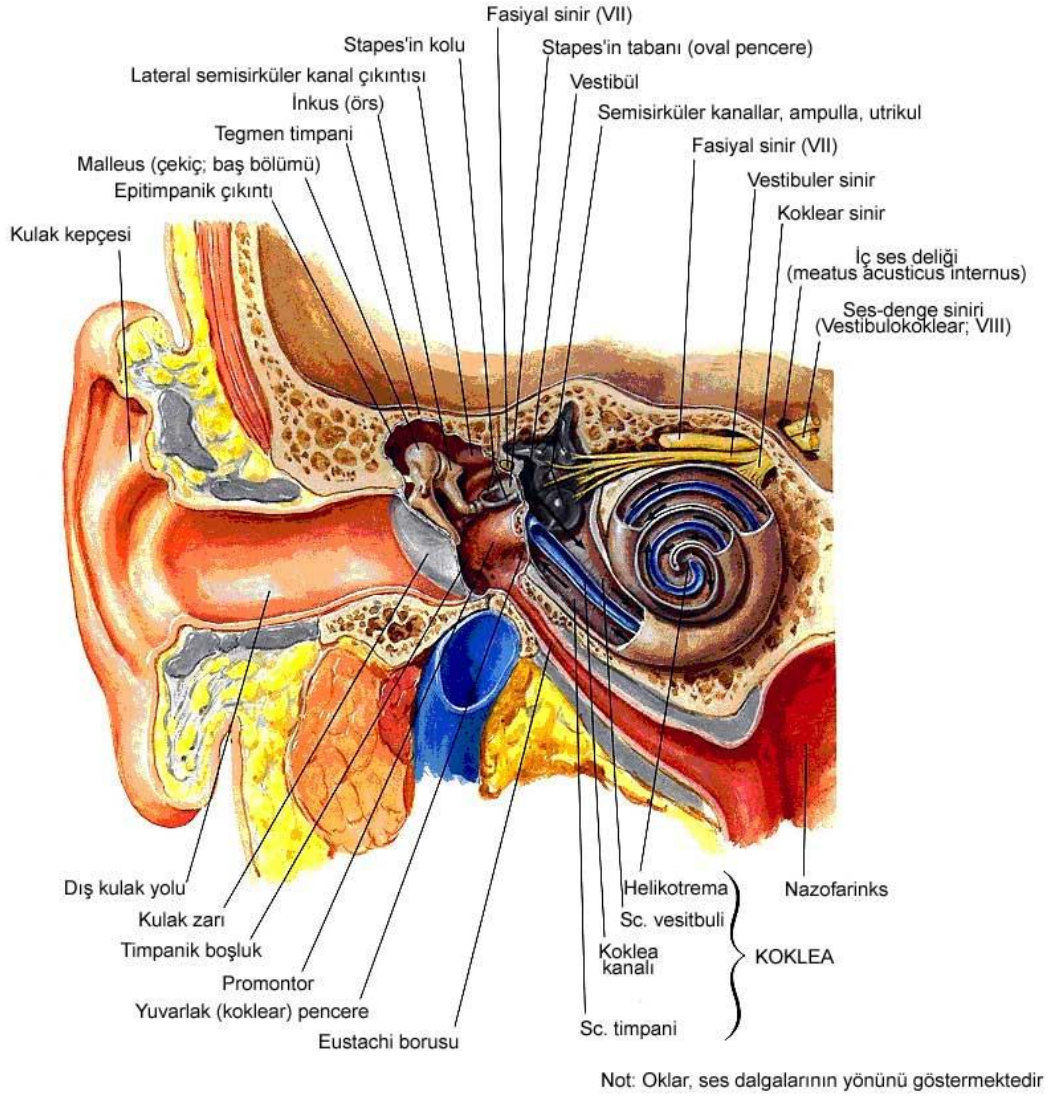
Resim 3.3.3.2.a. Tat Algısı

3.4. Denge

Kulağın yapısında yer alan, fakat işitme ile ilgisi olmayan denge organı, yuvarlak pencerenin üst kısmına rastlayan vestibül boşluğundaki ütrikül ve sakkül kesecikleri ve bunlarla irtibatlı üç yarım daire kanallarında oluşur. Denge algı uçları ütrikel sakkül jelatimsi bir yapı içine gömülüdürler. Bu jelatine benzer yapının üzerinde, özellikli ufak ağırlıklar bulunur. Başın ya da gövdenin duruş şekline göre, jelatinimsi doku, üzerindeki ağırlıklar yardımı ile yerçekimi doğrultusunda eğilir ve içindeki tilcikleri de bükür. Böylece vücudun duruş şekli ve yerçekimi etkisine göre belirli algılamalar merkezi sinir sistemine iletilir³⁸.

³⁷ Boring, E. G. – Langfeld, H. S. – Weld, H. P.: Foundations of Psychology,

³⁸ Erkan, Dr. Necmettin.; Ergonomi, Milli Produktivite Merkezi Yayınları No:373, Ankara, 2003. s. 88-89



Resim 3.4.a Denge Organı

Üç yarım daire kanallarının algı uçları ise, her bir kanalın bir ucunda bulunan ampul şeklindeki boşluğun içinde yer alan ve kristal olarak bilinen jelatinimsi uzantı içinde yer alırlar. Yarım daire kanallarındaki her hareket, içindeki sıvıyı harekete geçirdiği için krista da buna göre bir yöne eğilir. Yarım daire kanalları içindeki sıvının hızı, ütrikül ve sakkül içindeki yer çekimine duyarlı tilciklerin eğilme doğrultuları devamlı merkezi sinir sistemine iletilir ve merkezi sinir sistemi de çok sayıda motor direktifler vererek, kasların tonunu, kasılma ve gevşemelerini düzene koyarak, insanın dengeli duruşunu korur.

Ütrikül, sakkül ve üç yarım daire kanallarındaki algı uçlarından gelen sinirler birleşerek bir denge siniri oluşturduktan sonra bu sinir, işitme siniri ile birlikte, merkezi sinir sistemine ulaşır. Bu yüzden iç kulaktan gelen bu ortak sinire statoakustikus siniri denir.

Denge organı gelişim çağında ne ölçüde fazla kullanılırsa, insanın dengesi o ölçüde gelişir. Ancak, bu gelişimin her kişi için düzeyi farklıdır.

3.5. Kinestetik Algılama

Önemli bir diğer algılama sistemi de Kinestetik algılama'dır. Kinestetik algılama, insanın kendi hareketlerinden ve vücudu ile temas halinde olan cisim ve eşyalardan haberdar olması şeklinde açıklanabilir.

Örneğin; koşan, ağırlık kaldıran, ağrı çeken bir kişinin kaslarının duyarlılığı.

Burada, görme olayı ortadan kaldırıldığına göre, ancak deri altında dokunma ve basınca duyarlı sinir uçları, kasların içindeki kas inciği olarak bilinen ve kasların boyut değişikliklerine duyarlı sinirler, kasların bağ dokuları içinde bir bitkinin kökleri gibi yaygın olarak yerleşmiş ve bağlar üzerindeki her türlü çekme ve uzatma hareketini algılayabilen ve golgi tendon organları olarak bilinen algı uçları, eklemlerin içindeki algılayıcılar gibi özel algı mekanizmalarının tümünün birlikte çalışması söz konusudur³⁹.

Kinestetik algı uçlarından, doğrudan omurilik bölgeleri ile bağlantısı olanlar, alarm uyarımları ve refleks reaksiyonları gerçekleştirirken, beyinciğe kadar ulaşan ve dengeli, koordine ve ritmik hareketlerin becerilmesinde gerekli bilgileri sağlayan algılayıcılar ise, beyinciğin koordinatörlüğünü devreye sokarlar. Şüphesiz, kinestetik algı ağı, merkezi olan iç kulaktaki üç yarım daire kanalları ile birlikte, insanın tüm dengeli hareketlerinin düzenlenmesinde merkezi sinir sistemi kapasitelerinin de kullanılması için gerekli bilgileri verir.

³⁹ Erkan, Dr. Necmettin.; Ergonomi, Milli Produktivite Merkezi Yayınları No:373, Ankara, 2003. s. 73

3.6. İnsan – Çevre – Algı etkileşimi

Etki ve tepki olguları sonucunda insan, dış ve iç uyarıcıların etkisiyle, yapay çevresiyle denge kurarken davranışları da değişir. Bunun sonucu fizyolojik ve psikolojik tepkiler verir (gülmek, ağlamak, terlemek, sinirlenmek, üzülme vb.). Bu tepkiler başkalarınca gözlenebilen açık tepkiler ve başkalarınca gözlenemeyen ancak iç yaşantımızda değişikliklere neden olabilen kapalı tepkiler olarak sınıflandırılmaktadır.

Çevreden gelen izlenimlerin duyu organlarına ulaşımı enerji değişiklikleri ile olmaktadır. Duyu, psikolojik bir işlev olarak öz bakımından akıl dışıdır. Duyular aracılığı ile edindiğimiz izlenimleri, etki – tepki olgular biçiminde değerlendiren duyum işlevi ise, akıl ürünüdür⁴⁰.

Dış ve iç çevreden gelen uyarılar, hasta insanın davranışlarını etkiler. İyi değerlendirilmiş psikolojik olgular, insanın sağlığına yeniden kavuşmasında yardımcı etkenlerdir⁴¹.

İnsan günlük yaşamının içinde dinlenme, eğlenme ve uyuma eylemleri ile güç kazanır. Çevresi ile ilişkisi bu süreçteki psikolojisinin yansımaları sonucu olumlu ya da olumsuz olarak farklılık göstermektedir. Hastaneler, kişilerin ve hastaların, kısa ya da uzun sürelerde, güncel yaşam akışının dışına çıkan insanların (zehirlenen, kaza geçiren, yaralanan, ziyaret eden, muayene vb.) zorunlu durumlarda bir araya geldikleri organizasyonlardır.

Hasta kişi çevresi ile olan ilişkisini algısal açıdan kurar. Hastane yapılarında fiziksel denetimin yeterli açıda sağlanabilmesi için, hastanın psikolojik ve fizyolojik açıdan içinde bulunabileceği durumları iyi bilmek ve bunları doğru açıdan değerlendirebilmek gerekmektedir.

⁴⁰ JUNG, C.F. , Carl. G. Jung, (Çev. E. Gürol, Cem Yayınevi, İstanbul 1977). s. 25 – 26

⁴¹ CORSO, J. F. The Experimental Psychology of Sensory Behavior. (Newyork, 1967. Holt, Rinehart and Winston, Inc.). s. 130

4. DEĞİŞEN KULLANIM BİÇİMLERİ

4.1. Gelişen teknoloji

Teknolojinin gelişmesiyle doğadan ve dünya nimetlerinden daha çok yararlanılmış, ancak denetlenemeyen denge değişiklikleri sonucu aynı oranda da kirlilik ön plana çıkmaya başlamıştır. Yani doğal gelişim hızının aşılmasıyla doğal denge bozulmuş ve yaratılan atıkların kendi kendini temizleyemediği, mutlaka insan müdahalesinin gerektiği bir yapı olmuştur. Ekolojik denge bozulmaya başlamıştır.

Teknolojik gelişme, çıkrık makinesiyle beraber işsizliğe, ilaçlarla beraber yeni hastalıklara, tarımın modernleşmesiyle birlikte toprağın fakirleşmesine, çamaşır-bulaşık makinesi, buzdolabı gibi yaşamı kolaylaştıran cihazlarla beraber çevre kirliliği ve endüstriyel atıkların oluşmasına yol açmıştır. Teknolojik ilerleme sonucu doğal bir dünya ve yaşamdan, yapay bir yaşama ve sanal bir dünyaya geçiş olmaya başlamıştır. Özellikle 80'li yılların sonlarından bu yana dünya' da ki diğer teknolojik gelişmelerle birlikte, tıp teknolojisi de de hızla gelişmeler kaydedilmiş ve gelişmeler Türkiye' de de aynı hızla gözlenir olmuştur.

Bu gelişmelerle birlikte malzeme, renk kullanımı, işlevlilik, küçük alanlarda daha çok depolama gibi özelliklerde de çeşitlilik ve kalite açısından değişiklikler yaşanmaya başlandı. Hasta odaları, doktor odaları, tuvaletler, ortak kullanım alanları, hastane girişleri ve sağlık yapılarının diğer özelliklerine göre bünyelerinde yer alan diğer kullanım alanlarında kullanılan malzemeler ve eşyalar teknolojik gelişmelerle aynı paralelde düzenlenmeye başlandı. Bu sayede kullanılması gereken ve ihtiyaç duyulan metrekareler daha net ve kesin olarak belirlenmeye çalışıldı.

Tabi bu gelişmeler beraberinde yatırım maliyetlerini de arttırmaktadır. Yapılan incelemelerde ülkemizde genel anlamda yapılan teknolojik yatırımlar incelendiğinde gereklilik, etkinlik ve verimliliğin dikkate alınmadığı sadece piyasadaki rekabet koşulları dikkate alınarak yatırım yapıldığı gözlenmektedir. Oysaki hasta odaklı yapılacak tasarımlarla hem memnuniyet, hem kar, hem mekan verimi arttırılabilir.

Eskiden manuel aparatlar yardımıyla şekillendirilen hasta yatakları artık kumandalı kontrol sistemler ile kontrol edilebilmekte, oda sıcaklıkları otomatik klima sistemleri ile ayarlanmakta, bölümler arası evrak iletim ve alımları pnömatik tüp transfer sistemleri ile yapılabilmektedir⁴².



Şekil 4.1. a :Pnömatik tüp sistem

Teknolojinin gelişmesi ve aynı paralel de bu gelişmenin tıp alanına yansması ile birlikte doğum üniteleri de gelişmiştir. Doğum odaları artık gelişen sistemler çerçevesinde şekillenmektedir. Ameliyathane girişleri artık teknik ekipmanlarla donatılmakta ve siterilazasyonları en üst düzeyde sağlanmaktadır.



Resim 4,1. a Doğum havuzlu hasta odası

⁴² Yrd. Doç. Dr. Dicle AYDIN. Hastane Mimarisi, İlkeler ve Ölçütler. (İstanbul, Entegre Matbaacılık 2009). S. 23

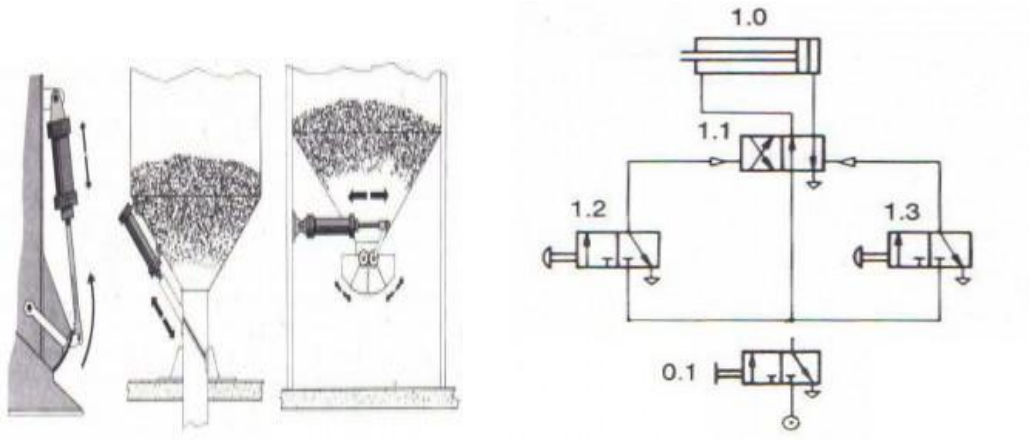
4.2. Teknolojinin gelişmesi ile birlikte hastane ekipmanlarının şekillenmesi

Hastaneye gelen hastanın tedavisi, acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün hizmet verilmektedir. 24 saat boyunca hizmet verilebilmesi için hastanedeki bir kısım personel vardiya ve ya nöbet usulü ile çalışmaktadır⁴³. Özellikle akşam ve gece saatlerinde hastaneye geçirdikleri rahatsızlık ve buldukları şikayetleri ile gelen hastaların ihtiyaçları daha da fazlalaşmaktadır.

Günümüzde hastane ekipmanlarında da hasta ve kullanıcı memnuniyetini maksimuma taşımak amaçlı teknolojik tasarımlar yapılmaktadır. Bu tasarımlarla artık sağlık yapılarında birçok alanda karşılaşmaktayız.

Acil durumlar ya da kontrol amaçlı hastaneye gelen insanlar gerek sıra beklemek gerekse de vakitsizlik nedeni ile şikayetlerde bulunmaktadır. Sabırsızlıkta bu şikayetlerin oluşmasında bir diğer etkidir. Ayakta beklemek ya da kuyruğa girmek gibi sıkıntıların hafifletilmesi için hastane girişlerine sıramatik adı verilen sistemler yerleştirilmektedir. Bu sayede hasta numara alıp hem oturarak sırasını beklemekte hem de hastane veznesinin önünde izdiham oluşturmamaktadır.

⁴³ Addison BENNETT, *Improving Management Performance in Health Care Institutions: A Total Approach* (Chicago: America Hospital Association, 1978), s. 17



Şekil 4.2. b: Pnömatik **sistem şeması**: Çift etkili silindirin piston kolu elle veya ayakla kumanda verildikten sonra, ileriye doğru hareket etmektedir. Piston kolu son konuma ulaştıktan sonra, elle veya ayakla kumanda verildikten sonra tekrar ilk konuma dönmektedir. (Çift etkili silindirin start valfları ile ileri geri hareketi)

Kısa süreli hastalar, ayakta tedavi gören hastalar olduğu gibi ağır durumda yaralanmış, yanmış, zehirlenmiş vb. durumlarda olan acil olarak hastaneye gelen, uzun süreli yatarak tedavi görecektir hastalarda bulunmaktadır.



Resim 4.2.a. Tam donanımlı hasta yatağı

Hastaların ciltlerinin uzun süreli yatarak tedavi gördükleri bu sürede zarar görmemesi için havalı, antialerjik ve su yatakları üretilmeye başlanmıştır. Eskiden manuel olarak ve tamamı ile zamanının teknolojisine uygun olarak üretilen hasta yatakları, ameliyat sedyeleri, sedyeler, hasta arabaları ve servis masaları günümüzde daha modern ve kullanışlı üretilmektedir. Özellikle hasta yatakları ve sedyeler kullanılacağı alana göre sınıflandırılmakta ve hasta kişinin durumunun ağırlığına göre hastanın rahat etmesi, müdahale rahatlığının sağlanması amacı ile tasarlanmaktadır.



Resim 4.2.b. Hidrolik ameliyat masası



Resim 4.2.c. Hasta transfer arabası



Resim 4.2.c. Hasta servis masası

Hastane yapılarının dezenfektan yapı olması gerekliliği yasalar tarafından da belirlenmiştir. Salgın virüsler, kalıtsal ya da bulaşıcı hastalıklar nedeni ile kullandığımız sedyeler, hasta yatakları, oturduğumuz elemanlar kadar ortak kullanım alanlarında ki ve hasta odalarındaki mevcut lavaboların temizliği de önem taşımaktadır. Sağlık yapıları için üretilen ıslak hacim elemanlarında sağlık ile ilgili birçok özelliği taşıyıp taşımadığına kullanılan ürünlerde dikkat edilmektedir.

Yatalak durumda olup ayağa kalkamayacak ve ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumdaki hastalar için de hasta taşıma bezleri tasarlanmıştır. Bu sistemler hastayı taşımak amacı dışında rehabilitasyon, yataktan kaldırmada, hastayı tartarken, tuvalet amaçlı ve banyo amaçlı kullanılmaktadır.



Resim 4.2.e. Hasta servis masası



Resim 4.2.f. Hasta servis masası

Yatarak tedavi gören hastalara ihtiyaç duydukları zaman daha iyi hizmet vermek için hemşire servis arabaları da kullanılan birimlere göre tekrardan ve daha nitelikli malzemeler ile daha donanımlı olarak tasarlanmışlardır.

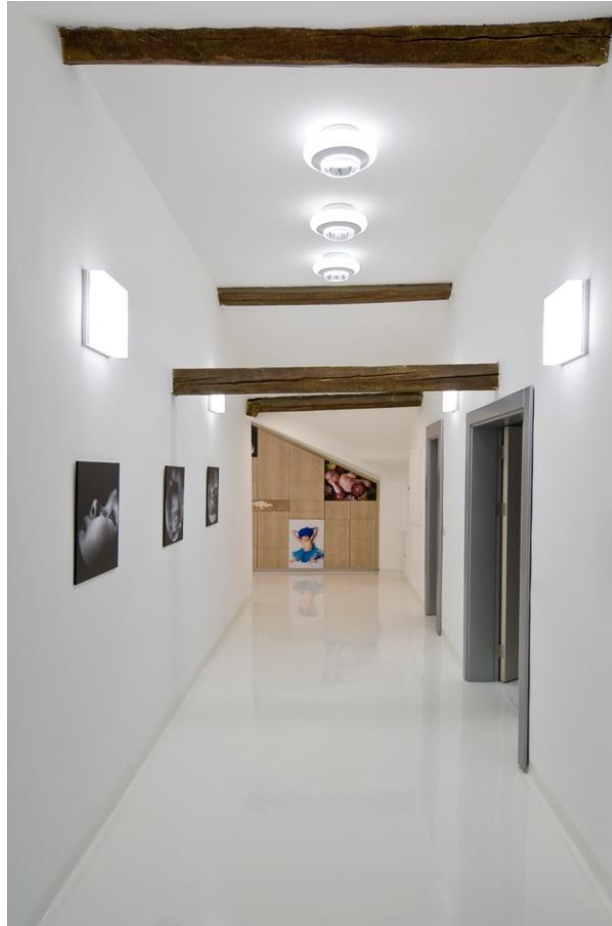


Resim 4.2.g. Hemşire servis arabaları

4.3. Hastane ekipmanlarının kullanıcı üzerindeki etkileri

Gelişen teknoloji'nin tıp sektörüne yansımaları sonucu hastane ekipmanlarının yenilenmesi, daha kullanışlı hal alması, hizmet kalitesini yükseltmesi sonucu hastalara ve diğer kullanıcılara daha kaliteli hizmet verilmeye başlanmıştır. Sağlık standartlarını yükseltmek amaçlı yapılan bu yenilikler ve hasta odaklı yeni tasarımlar hastane yapılarını bir nebze de olsa soğuk, insana sıkıntı veren havasından uzaklaştırıp, güven veren ve rahatlatan bir etkiye bürümektedir.

Hastane tasarımlarının hasta kişiye daha rahat ve ihtiyaçlarını maksimum düzeyde karşılamak amaçlı yapıldığı günümüzde, bu değişikliklerin hem iş verimini, hem de müşteri memnuniyetini arttırdığı yapılan araştırmalar sonucu, ortaya konmaktadır⁴⁴.



Resim 4.3.a Alman Hastanesi'nin tüp bebek ünitesinin aydınlatma tasarımı Maji Mimarlık ve KROMA Aydınlatma

⁴⁴ Ersoy, G.; Rodoplu, Ü.; Atilla, R. Et all; Acil Servis Mimarisi; Sendrom, Ocak 1999.



Resim 4.3.b Hastane Odası, Afganistan



Resim 4.3.c Hastane Odası Exact Millworks, Sağlık Kuruluşu, Florida - Amerika



Resim 4.3.d Doktor Odası, Afganistan



Resim 4.3.b Hastane Giriş Exact Millworks, Sağlık Kuruluşu, Florida – Amerika

5. DEĞİŞEN KULLANIM İHTİYAÇLARI KARŞISINDA HASTANE GİRİŞ MEKANLARININ BİÇİMLENMESİ

5.1. Hastane yapılarında giriş mekanlarının sınıflandırılması

Günümüzde hastaneler, hastane yapısının bulunduğu yerin bölgesel konumu, topografik yapısı, kullanıcı nüfusu ve hastanenin kapasitesi ile ilgili olarak, gelişen teknolojinin de etkisiyle birçok bölümün bir arada organize edilmesi ve teknik ekipmanın yerleştirilmesi ile hizmet birimlerinin birleşimi sonucu oluşturulmaktadır. Bu organizasyonda birlikteliğin yanı sıra her bölümün işlevi, niteliği farklıdır. Ancak bu birimlerin arasındaki bağ yerleşimde düzeyi belirleyici etken konumundadır.

Genel olarak hastane yapısı ele alındığında bölümlerin üstlendikleri ve konuları ile ilgili işlevlerine göre bağımsız girişlere sahip olmaları gerekmektedir. Konu ile ilgili gerekli girişleri;

- Acil Servis
- Poliklinik
- Morg
- Tıbbi Gaz Depoları
- Yemekhane vb. ihtiyaç

girişleri olarak sınıflandırabiliriz.

Hastanelerin genel girişleri hastane personeli, idari kadro, hasta kişi, hasta ziyaretçileri tarafından kullanılabilir ve kullanılmaktadır. Yatak kapasitesi 500 – 1000 arası olan hastane yapılarında idari giriş ve personel girişi ayrı konumlandırılmalıdır. Çarpık kentleşme ve sağlık yapılarının şehir merkezlerinde dar arazilere inşa edilmesi sonucu çoğu hastanelerde tek giriş yer almakta ve diğer birimlere dağılım bu giriş bölümlerinden gerçekleşmektedir.

Ayrıca Acil Servis girişi mümkün oldukça diğer girişlerden konum olarak farklı yönde yerleştirilmelidir. Gerek hasta psikolojisi gerekse gelen hastanın acil olması açısından bu durum önem kazanmaktadır. Bununla birlikte yasalar gereği akşam saat 20:00 itibari ile sağlık yapılarında ihtiyaç ne olursa olsun (hasta ziyareti, acil müdahale vb.) acil giriş tüm kullanıcılar tarafından kullanılmaktadır.

Hastane yapısı;

- ▶ Poliklinik Hasta Girişi

- ▶ Acil Servis Girişi

- ▶ Servis Yolu → Tıbbi Gaz Deposu

- Jeneratör

- Mutfak

- ← Morg Çıkışı

Hayatını kaybeden ya da sahipsiz hastaların bir süre bekletildiği bölüm olan morg için “çıkış” tanımlanmalıdır⁴⁵. Teknik servisler için de bağımsız bir girişin olması gerekmektedir. Servis yolu düzenlenmesi ile ilgili birimler doğrudan bağlanabilir. Tıbbi gaz deposu, jeneratör, mutfak servisi gibi girişler oluşturulan taşıt akışına bağlanabilmektedir.

⁴⁵ Yrd. Doç. Dr. Dicle AYDIN. Hastane Mimarisi, İlkeler ve Ölçütler. (İstanbul, Entegre Matbaacılık 2009). S. 18

5.2. Seçilen hastane yapılarında giriş mekanlarının irdelenmesi

Karmaşık bir dolaşım sistemi olan hastane yapılarında algılama, güvenlik vb. gibi problemler hastane mimari tasarım sürecini etkiler. Bu durumun oluşmasında ki ana nedenlerden biri karmaşık sisteme sahip olan hastane yapısının farklı işlevleri olan birçok bölümü bünyesinde bulundurması ve farklı davranışları, fizyolojik ve psikolojik durumları farklılık gösteren kullanıcıları bünyesinde barındırmasıdır. Ayrıca işlevsel ve kullanıcı karışıklığı kadar kullanılan algısal donatıları da karışık görüntüler sergileyebilirler. Hastaneler birçok bölümden oluşan yapılardır. Ancak giriş bölümleri birçok özelliği bünyesinde barındırdığı için önem taşımaktadır. Binanın okunabilirliği ve dağılılabirlik açısından önem kazanmaktadır.

5.2.1. Giriş mekanlarının yapısal analizi

Günümüz hastane yapılarını incelediğimizde çarpık kentleşme ve alt yapı eksikliği, bununla birlikte hastane yapılarının şehir merkezlerine yakın konumlandırılması yüzünden giriş mekanlarına yeterli alan ayrılamamaktadır. Kimi hastanelerde acil servis ve ana giriş aynı kapıdan kullanılmakta olduğu, kimi hastanelerde ise bekleme salonlarının hastane kapasitesini karşılayamadığı ve uygun donatı elemanlarının mekanlar'a göre kullanılmadığı dikkati çekmektedir.

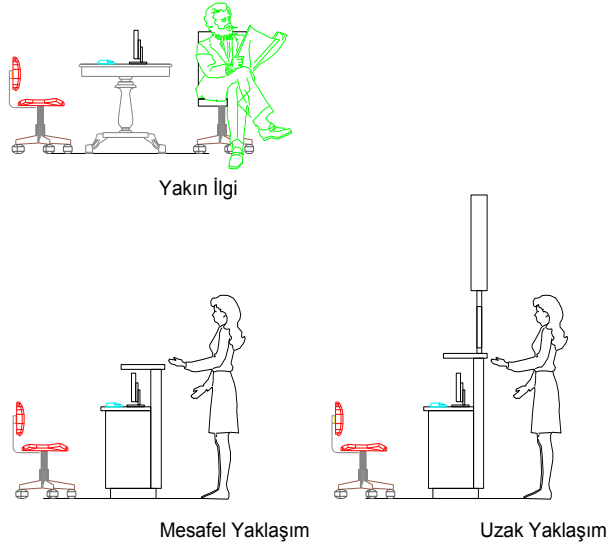
Giriş bölümlerinde;

- Güvenlik,
- Karşılama bankosu,
- Danışma,
- Kafeterya,
- Bekleme alanları (dinlenme donatıları),
- Yönlendirme ve bilgilendirme elemanları,
- Asansörler,
- Merdiven,

- İlk yardım ve acil müdahale elemanları,
- Hasta kayıt, kabul bankosu,

günümüz hastane yapılarında giriş bölümlerinde dikkati çeken donatı elemanları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte yapılan gözlemlerde ihtiyaç duyulduğu halde birçok hastanede ön büro olarak tabir edilen hasta kayıt ve kabul bölümü ile ilgili olması gereken birimlerin oluşturulmadığı dikkati çekmektedir.

Lüks hastaneler olarak tabir edilen gelir seviyesi yüksek olan hastaların tercih ettiği hastanelerde hastalar, hastane girişinde karşılanmakta ve daha rahat bir ortamda kayıtları yapılıp, hastalara yardımcı olunmaya çalışılmaktadır. Devlet hastanesi ve benzeri daha alt tabakaya hitap eden hastanelerde ise bu ilişki daha resmi bir haldedir. Hastalar, ilgili kişi ile cam bölmenin ayırdığı bankonun arkasından görüşmektedirler. Biraz daha gelişmiş hastanelerde ise hasta ve ilgili kişi bu defa yine bir yükseltinin ayırdığı ancak camsız banko kullanılan hasta kabul ve kayıt biriminde işlemlerini yaptırmaktadırlar.



Şekil 5.2.1.1. Hasta karşılama bankolarının da kullanıcı ve personel ilişkisi.

Hastane girişlerinde yapılan gözlemlerde dikkati çeken önemli hususlardan biride insanın çevresi ile oluşturduğu kişisel uzam sınırlarının doğru olarak oluşturulmadığıdır. İnsan çevresi ile ilişki kurarken;

- Çok yakın ilişki (intimate) 0 - 35 cm,
- Özel yakınlık (personal) 40 – 80 cm,
- Sosyal yakınlık (social) 80 – 200 cm,
- Yabancı ilişkisi (public) 200 – 750 cm,

gibi kişisel uzam sınırlama grubu oluşturmaktadır. Bu ilişki bekleme alanlarında oturma elemanlarının yerleşimlerine göre de değişiklik göstermektedir. Giriş mekanları hareketin çok fazla olduğu alanlar oldukları için kullanılan donatıların yerleşim, tasarım gibi özelliklerinin bu doğrultuda yapılması gerekmektedir.



Şekil 5.2.1.2. kişinin çevresi ile ilişkisi

5.2.1.1. Hastanın mekanı algılaması

Hasta kişi içinde bulunduğu durum nedeni ile sağlıklı kişiden daha duyarlı ve hassas durumdadır. Bu nedenle çevresinde olan olaylardan daha çabuk etkilenmektedir. Hasta kişi hastane yapısına girmeden önce nasıl bir ortam ve ilgi ile karşılaşacağını bilmediği için önyargılara sahiptir ve bu nedenle etrafına karşı güvensiz bir tutum içerisindeydir.

Çevreye uyum, çevrenin tanınması ve algılanması ile ilgili bir durumdur. Bu tanıma işlemi gerçekleşirken algılama ve algılananı doğru tanımlayabilme yetisi önem kazanır.

İnsanı diğer canlılardan ayıran, onu bir bakıma tekil kılan özelliklerin başında düşünme sürecinde bilinçli davranması ve o nedenle de çevresi ile ilişkilerinde bilinçli kararlar vererek ve değerlendirmeler yaparak tepki göstermesi gelmektedir⁴⁶. Hasta kişi sadece içinde bulunduğu durumdan değil, çevrenin üzerindeki baskı ve içerisinde bulunduğu mekandan da etkilenir.

⁴⁶ GÜREL, Sümer. İnsan İnsanın Kurdudur. (İstanbul, Huzur Ofset, 2010). s. 46

Hasta kişinin içerisinde bulunduğu durumu ele alacak olursak hastane yapısının dış çevre özellikleri ve özellikle mekana girdiği zaman karşılaştığı uyarılar önem kazanmaktadır. Güçlü bir uyaran ile hasta insana giriş mekanların da döşeme ve duvarlarda kullanılacak biçim, doku, renk ve malzeme gibi etmenlerle olumlu bir etki sağlanabilir. Yenilemelerle bu etkinin destekleneceği gibi fazla abartı durumlarında bu hastayı daha rahatsız edebilir. Ayrıca hastane girişlerinde kullanılacak donatı elemanları da bu durumu etkilemektedir. Yapılacak olan seçimler bu nedenle özenli yapılmalıdır.

Bununla birlikte hastanelerde diğer yapı donatı elemanları (kapı, pencere, duvar vb.) ile kullanılan malzeme, renk vb. özellikler bir bütün olarak ele alınırsa hasta insan üzerinde, daha olumlu bir etki yaratmak söz konusu olacaktır.

Sürekli hareket ediyormuş gibi algılanan yüzeyler hasta üzerinde baş dönmesi, bulantı, göz yorgunluğu gibi fiziksel ve bıkkınlık gibi olumsuz psikolojik etkilerle neden olabilir. Fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklarla hastane yapısına gelen hasta kişi ayrıca etrafında oluşabilecek kalabalıktan da rahatsız olacaktır. Bu nedenle giriş yapılarının mümkün olduğunca geniş ve diğer birimlere kolay ulaşılabilir olmasına dikkat edilmesi gerekmektedir.

Hasta insanların çoğu karanlıktan korkarlar. Özellikle yatarak tedavi görmesi gereken hastalarda akşam saatleri itibari ile türlü sıkıntılar ortaya çıkmakta, umudu yitmekte ve kaygıları artmaktadır. Hastane yapılarında hasta kişinin moralinin bozulmaması ve bunun gibi kaygılara kapılmaması için ışık ve gölge düzenini iyi kurmak gerekmektedir ve ışık yapılacak işe uygun olarak seçilmelidir. Yapay ışık sisteminin altında hasta kişinin yüzü daha olumsuz yönde etkilenebilir. Mavi ışık uyarıcı ve sarı – kırmızı ışık ise dinlendirici etkiye sahiptir. Yapay ışığın kısa süreler içerisinde parıldaması ve dalgalanması hasta insanın sinir sistemini etkiler, baş ağrısı verir, algı yanılgılarına neden olur⁴⁷.

⁴⁷ Poulton, E. C. 1972, ENVIRONMENT AND HUMAN EFFICIENCY, s.10 – 28, Springfield, Illinois, America.

Hastanelerde doğal ışık sistemi büyük önem taşımaktadır. Çünkü pencerelerden giren doğal ışık hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlamaktadır. Karanlık ve aydınlığın yanı sıra renk ve hastalara dinlettirilen müzik de olumlu ve olumsuz etkilere neden olabilmektedir.

Çağlar önce ruhsal hastalıkların müzikle tedavi edildiği birçok tarih kitabında yazılmaktadır. Roma, Çin ve Mısır gibi çok eski uygarlıklarda müzik hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır. Günümüzde başta ABD olmak üzere, birçok Avrupa ülkesinde uygulanan klasik müzikle tedavi uygulamalarının başarılı sonuçlar ortaya koyduğu bilinmektedir.

Hastane mekanların da doğru seçilmiş renk uygulamaları da hastanın mekanı doğru algılaması açısından önem teşkil etmektedir.

Mavi renk; serinletici ve sakinleştirici bir etkiye sahiptir. Ancak, gereksiz ve sınırsız kullanılması melankoliye sebep olabilir.

Yeşil renk; sakinleştirici ve serinletici bir etkiye sahiptir. Kullanıldığı yer ve rengin sıcaklık tonunun doğru seçimi çok önemlidir.

Kırmızı renk; sıcaklık ve coşkunun rengidir. İnsanda açlık hissini yaratır. Ancak, kırmızı rengin çok kullanıldığı mekanlarda insanın fazla bulunması sinirlenmesine ve saldırganlaşmasına neden olur.

Sarı renk; dikkat çekici özelliğe sahiptir. İnsana sıcaklık ve neşe getirir. Bu nedenle fiziksel canlılık yaratır.

Turuncu renk; uyarıcı renktir. Dikkati çekmek istenilen bölgelerde kullanılması daha uygundur. Fazla kullanıldığı takdir de sıkıntı ve rahatsızlığa neden olur. Bu nedenle gerginliği artırır.

Kahverengi; sıcak bir renktir. Kullanılan tonu doğru seçilmez ve başka renklerle birlikte kullanılmaz ise dinlendirici etkisinin tam aksine kişinin yorulmasına sebep olur.

Mor renk; sakinleştirici ve yatıştırıcı bir etkisi vardır. Ancak ara renk olduğu için uygulama da ton olarak doğru seçilmez ise farklı etkilere neden olabilir⁴⁸.

Özellikle hastane yapılarında acil servis girişlerinin tasarımına önem verilmesi gerekmektedir. Her hastanenin kıyısında – köşesinde genel olarak konumlandırılan bu servis girişleri ne amaçla oluşturulduğu kullanıcılar tarafından belirsizdir. Acil servis denildiği zaman insanın aklında ihtiyaç duyulduğu zaman umut kapısı, kimi zaman da sadece polikliniklere ulaşımında kullanılan bir geçiş alanı olarak değerlendirilmektedir. Ancak özellikle bu serviste durumu acil olan hastalar ve yakınları beklediği için, bu bekleyişin daha kolay ve rahat bir ortamda gerçekleşmesi önem kazanmaktadır.

5.2.1.2. Hastanın moral koşulları

Birçok insanın hastanelere, doktorlara ve ilaçlara tahammül edemediği gibi, hayat telaşı, stres, yorgunluk gibi fiziksel ve psikolojik baskılar birçok hastalığı peşinde getirmektedir.

Hastalıklar çoğu kez insan hayatının kısıtlanması anlamına geldiği gibi, kimi zamanda basitçe atlatılabilmektedir. Sonuç her ne olursa olsun hastalık ismi bile insanı tedirgin etmekte ve insana hayatın yaşamadığı geri kalan kısmından mahrum kalma endişesini de hissettirmektedir. Hastalığa tanı konulması süreci insan için en zor süreçtir. Bu safhada birçok bilmediğimiz terim, ifade, tıbbi tahlil ve benzeri anlayamadığımız olayla karşı karşıya kalırız. Tanının konulması safhası içinde ise merak ve endişe duyarız.

⁴⁸ Eceoğlu, Arzu. Y. Lisans Tezi., Dolmabahçe Sarayında Dört Büyük Salonda İç Mekanda Kullanılan Renkler., İKÜ. İstanbul 2007

Bursa Ali Osman Sönmez Hastanesi Onkoloji bölümü yayınları'nda hasta kişinin tanının ciddi sonuçlar içerdiğini hissettiği anda yaşadığı bazı aşamalar şöyle açıklanmıştır.

Birinci aşama; ciddi, yaşamını olumsuz etkileyeceğini kabul etmeyip reddettiği inkar safhasıdır. Kimi hastanın tedavi olmaktan kaçıp, kiminin ise tanının yanlış olduğunu düşünüp pek çok hekime başvurduğu gözlenmiştir.

İkinci aşama; öfke safhasıdır. Hasta doktoru da dahil olmak üzere çevresindeki herkese karşı bir dargınlık hissedebilir. Sanki hiç kimse doğruyu söylemiyor ya da yapmıyor gibi gelebilir. Sağlıklı kimselere içerlemek çok sık görülür. “Bu neden benim başıma geldi?” , sorusunu sıkça sorduğu gözlemlenmiştir.

Üçüncü aşama; depresyon safhasıdır. Hastanın harcanan çabaların durumu düzeltmeyeceğini fark ettiğinde yaşadığı safhadır. Öncelikle geçmişte kaybedilenler, yapamadıkları ve yaşayamayacakları için yas tutar.

Dördüncü aşama; kabullenme safhasıdır. Kabullenme en sonunda hastanın hastalığa alışması gerektiğini idrak ettiği safhadır. Bunun içinde zaman gerekmektedir. Kabullenme safhasından sonra zamanını daha iyi değerlendirmeyi öğrenmektedir hasta kişi⁴⁹.

Birçok insan bu safhaların hepsini yaşadığı gibi, bazıları ise sadece biri veya birkaçını yaşarlar. Kişi hasta olduğunu öğrendiği zaman hüznü yaşayabilir. Ancak bu hüznü devamında stres, depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkları da devamında getirebilir. Hastanın yaşadığı duyguları inkar etmesi hastalığının iyileşmesi sağlamaz ve yaşadığı hüznü ortadan kaldırmaz.

⁴⁹ Bursa onkoloji.gov., Bursa Ali Osman Sönmez Hastanesi Onkoloji Bölümü Yayınları

Bununla birlikte daha iyi bir tedavi süreci geçirebilmek için tedaviyi üstlenen doktorla, ailesi ile iletişim içinde olmak, sağlıklı dönemlerinde yaptığı aktivitelere devam etmek, etrafındaki insanları üzmemek için konuşmaktan çekinmek yerine onlarla düşünce ve hislerini paylaşmak daha rahatlatıcı olacaktır.

5.2.1.3. Hastanın ihtiyaçları

Sağlıklı olma ve hasta olma kavramı insanlığın var oluşundan beri süre gelen kavramlardır. Sağlık kavramı, sadece kişide fiziksel rahatsızlıkların olmaması değil aynı zamanda kişinin psikolojik yapısının da iyi olması anlamını taşır. Hastalık kavramı ise organizmanın bedensel ve ruhsal işleyişinin aksaması olarak açıklanır ve beden en ya da ruhen gereksinimlerin yeterince karşılanamamasıdır.

Böyle bir durumda birey, yaşamını devam ettirmek, aksayan fonksiyonlarını yeniden yeterli hale getirebilmek için yardıma ihtiyaç duyar. Ayrıca hasta içinde bulunduğu durum nedeni ile merak duyar ve sorduğu sorulara aldığı cevaplarla tatmin olmak istemektedir. Bu yardım gereksinimi; bireyin kısa ya da uzun süreli olarak sağlık ekibi üyeleriyle ilişki kurmasını ve bazı durumlarda hastaneye yatmasını gerektirir. Hastaneye yatma yeni bir ortama girme, tanınan ve destek alınan çevreden uzaklaşma, bilinmezlik korkusu ve çevre kontrolü kuramama gibi bazı sorunları ortaya çıkarır. Bu sorunlar sonucunda hasta birey stres yaşar. Stresi azaltmak, hastanın fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak için, hastanın hastalığa ve hastaneye uyumu sağlayacak hakların uygulanması gerekir⁵⁰.

Sağlık hakkı temel insan haklarının en gençlerinden biridir ve sağlığın korunup geliştirilmesine yönelik hakları tanımlamaktadır. Ancak adının konmuş olması, bir hakkın yaşama geçirildiği anlamına gelmemektedir. Bunun için uygun politikalar, sistemler, örgütlemeler gibi bir takım toplumsal düzeneklere gerek vardır.

⁵⁰ Vural, G. "Hasta Hakları". Kriz Dergisi. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını 3 (1 – 2), Bahar – Güz 1995.

Bu düzenekler örneğin sağlık hakkı söz konusu olduğunda toplumların sağlık alanında elde ettiği ilerlemelerden bireyin hakkaniyetli bir biçimde yararlanmasını güvenceye almaktadır⁵¹.

Hasta hakları ise toplumsal boyutları açısından sağlık hakkı ile tam bir kesişme gösterse bile, özellikle bireysel nitelikteki haklar açısından daha farklı bir kapsamda ele alınmalıdır. Kişinin hastalanıp tıbbi destek ve bakıma gereksinim göstermesi ve bunun bir sonucu olarak niteliğini tam olarak değerlendirme ve denetleme şansına sahip olmadığı karmaşık sistem örgütlenmeleri ile karşılaşması temel hakları açısından onu güçsüz, güvensiz ve duyarlı bir konuma sürüklemektedir. Deneyimler göstermiştir ki, tıbbi uygulamalar sırasında kişinin onuru ve bütünselliği kolaylıkla zedelenebilmektedir⁵².

Hasta hakları, sağlık haklarının hasta açısından somutlaşması ve bireyselleşmesini ifade eder. Sağlık bakımının üstünlük değil de bir hak olduğu ve bu hakkı bütün insanların kullanabilir olması gereği günümüzde kitlelerce benimsenen bir hak olmaya başlamıştır. Hasta kişinin duyduğu ihtiyaçların, hasta kişinin fizyolojik ve psikolojik açıdan ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için yapılan bu çalışmalar ilk olarak Dünya Hekimler Birliği'nin 1981 yılında Lizbon'da düzenlediği toplantıda ele alınmıştır.

Lizbon Bildirgesi, aşağıda verilen altı maddeyi özetle içeren ve yarım sayfadan oluşan bir metindir. Bunlar:

1. Hekim seçme hakkı,
2. Özgürce, bir hekime muayene olma hakkı,
3. Aydınlatılmış onam hakkı,
4. Hasta sırlarını saklama hakkı,

⁵¹ Oğuz, N. Y. "Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler." Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, Cilt 5, 1997

⁵² Oğuz, N. Y. "Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler." Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, Cilt 5, 1997

5. Saygın bir şekilde ölme hakkı,
6. Teselli edenini/telkinde bulunanı seçme hakkı⁵³.

Lizbon Bildirgesi'nin çizdiği bu genel çerçeve hasta hakları ve hastanın duyduğu ihtiyaçlar açısından çok önemlidir. Ancak tıbbın, teknolojinin de desteği ile hızla ilerlemesi ve gelişen iletişim olanaklarıyla tıp bilgisinin yaygınlaşması bu bildirgenin kısa zamanda gelişmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. Bu gereksinim sonucu Lizbon Bildirgesi, Eylül 1995 tarihinde Bali Toplantısında gözden geçirilmiş ve daha kapsamlı bir metin şekline dönüştürülmüştür. Lizbon Bildirgesi'nin Bali' de genişletilmiş biçimi 'Bali Bildirgesi' altı maddeden oluşan Lizbon Bildirgesi'ni on bir maddeye çıkarmakta ve her ilke için ek açıklamalar getirmektedir.

Bunlar⁵⁴:

1. Kaliteli tıbbi bakım alma hakkı,
2. Seçme özgürlüğü hakkı,
3. Kendi yazgısını saptama hakkı,
4. Bilinci kapalı hasta,
5. Yasal olarak yeterliliği olmayan hasta,
6. Hastanın istemine karşı uygulamalar,
7. Bilgilenme hakkı,
8. Gizlilik hakkı,
9. Sağlık eğitimi hakkı,
10. Onurunu koruma hakkı,
11. Dini yardım alma hakkı.

⁵³ Akdur, R. "Çağımızda Hasta - Sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları." Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, Cilt 5, 1997.

⁵⁴ Oğuz, N. Y. "Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler." Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, Cilt 5, 1997.

Ayrıca hasta gerek tanı gerekse de tedavi sürecinde rahat, gürültüsüz, ferah bir alana ihtiyaç duyar. Bazen başka bir hastanın konuşması, öksürüğü, inlemesi ya da kendisiyle ilgilenen doktorundan refakatçisine kadar çevresindeki insanların yardım etme isteği bile hasta insana rahatsızlık verir.

Hastanın Temel İhtiyaçları

İhtiyaçlar	Alt İhtiyaçlar	Eğilimler
.hastanın fizyolojik ihtiyaçları	→ bakılma	→
°	→ fizyolojik korunma	→
	→ bulaşmadan korunma	→
	→	→
.güvenlik	→ sessizlik	→
°	→ psikolojik koruma	→
	→ psikolojik sınırlama	→
.sevgi	→ kişisel	→
°	→ eşitlik	→
.değer verme	° → denge	→
	→ yer değiştirme	→
.gerçekleşme	° → ilgilerin yeniden	→
	→ Kurulması	→

Şekil 5.2.1.3. Liberakis, 1971

5.2.1.4. Hastaya çevrenin yaklaşımı

İnsan toplumsal etki ve geleneksel kültür gibi kavramların etkisi altında doğar – yaşar ve ölür. Bu süreçleri geçirirken farklılıklar gösterir, değişiklikler yaşar. Bu değişiklikler gerek kendi iç dünyası, gerekse de çevreden gördüğü iyi ya da kötü etkiler sayesinde oluşur. İçgüdüleri sayesinde hareket eder ve sonradan kazandığı alışkanlıkları ile hayatına devam eder. İnsan yaşamını tek sürdüremeyen bir varlıktır ve hayatının her döneminde daha iyi yaşamak, daha çok şey öğrenmek, kendini geliştirmek için etrafındaki diğer insanlar ile iletişim içerisine girer.

Doğuştan fizyolojik güdülere sahip olan insan, bu güdüleri sayesinde toplumsal çevrede saygınlığını ve güvenliğini sağlar. Fizyolojik güdülere kısaca değinecek olursak, bunlar;

- Tüm canlılarda buldukları için evrenseldir.
- Diğer güdülerin temelini oluşturdukları için birincildir.
- Kalıtım yoluyla kazanılır.
- Sosyal güdülerin kaynağıdır.
- İnsanlarda ve hayvanlarda ortak olarak bulunur.
- Yaşamak için zorunludur.

Toplumsal olan bu güdüler sıkı sık şekil değiştirebildiği gibi, birleşik etkileşim de gösterebilir. Kişinin yaşı ilerledikçe fizyolojik ve psikolojik yapısı nedeni ile karşılaştığı olaylara karşı verdiği tepkilerde zamanla değişmektedir. Bu nedenle toplum yararına kullanılan yapılarda öznel ve nesnel ilişkilerin karmaşıklığı ve yoğunluğu etkileşim olayının önemini arttırmaktadır.

İzlenecek yol, bölgesel anlatımları bir kenara bırakacağına, onları devam ettirecek ve geçmişim geleneklerini geri çevirmeyecek bir mimari ile kaynaştıracak olan insanca ve genel mimariye götüren yoldur⁵⁵.

İlk izlenim olarak hastaneye hasta kişinin ya da yanında kendisine refakat eden kişinin o müesseseye güvenmesi için bu ilk koşuldur. Öyle ki sadece komşusu tedavi olduğu için ve ya bir akrabası orada doğum yaptığı için hastane seçimi yapan birçok insan bulunmaktadır. Rahatsızlık dönemi itibari ile en büyük ihtiyaçlarının sabır, şefkat ve ilgi olduğu düşünülen hasta kişi ile kurulacak iyi diyalog ve gösterilecek ilgi ile memnuniyeti arttırmak söz konusudur.

5.2.2. Hastane yapıları girişlerinin diğer kullanıcılar üzerindeki etkileri

Hasta hakları kanunda yer alan hasta ve hasta yakını sorumlulukları bölümünde refakatçi kişinin üzerindeki sorumluluk gözler önüne serilmektedir.

Buna göre;

Hasta ve hasta yakını sorumlulukları:

- Hasta ve yakınlarının sağlık bilgilerinin değerlendirilmesi, tanı ve tedavinin sağlanmasında gerekli olduğundan, bu bilgileri hastanın tedavi ve bakımından doğrudan sorumlu olan kişilere tam ve doğru olarak aktarmak hasta ve yakınlarının sorumluluğundadır.
- Hasta ve yakınları tanı ve tedaviyle ilgili açıklamaları anlamakta güçlük çektiklerinde, bu durumu hastanın bakımından sorumlu kişilere bildirmeli ve akla gelen tüm soruları sormalıdır.

⁵⁵ Doxiadis, C. A. 1963, Architecture in Transition s.194, Hutchinson and co ltd. London

- Hasta ve yakınları, tedavi ve izleme sürecinde karşılaştıkları beklenmedik gelişmeleri hastanın bakımından sorumlu kişilere bildirmelidir.
- Hasta ve yakınları, hastanın tıbbi durumu hakkında bilgilendirildikten ve açıklamaları doğru anlayıp anlamadıklarından hastanın bakımından sorumlu kişilerle birlikte tekrar değerlendirdikten sonra, alınacak kararlara aktif olarak katılmalı, yapılan tedaviye onay verip vermediğini bildirmelidir.
- Hastanın sağlığıyla ilgisi olan ve gereksinim duyulan konularda, ilgili birimlere nasıl ulaşılacağı ve buralardan nasıl yararlanılacağı hakkındaki soru ve görüşlerini kurumun ilgili birimlerine iletmelidir.
- Ad, soyadı, adres, telefon, kayıt numarası gibi temel bilgilerin değişmesi durumunda kurumu bilgilendirmelidir.
- Hasta ve yakınları, randevu zamanına bağlı kalmalı ve gecikmeleri önlemeli, gecikme olduğu durumlarda diğer hastaların önce görülmelerini sağlayarak kuruma yardımcı olmalıdır.
- Hasta ve yakınlarının aldıkları sağlık hizmetinin mali sorumluluğu ya da sağlık güvence sistemiyle ilgili konular hasta ve yakınlarına aittir.
- Hasta ve yakınları, diğer hastaların ve sağlık çalışanlarının haklarını göz önünde bulundurmalıdır.

Psikolojik olarak, hasta kişiyi hastaneye götüren, ziyarete giden ya da dış hasta olarak tabir edilen kişi içerisinde bulunduğu durum nedeni ile kendisini psikolojik baskı içerisinde hissetmektedir. Panik içerisinde yardım istemek veya hastane girişinden diğer bölümlere ulaşım işini halledebilmek için bir yandan bir yana koşmaktadır.

Özellikle bekleme sürecinin uzun olması refakat eden kişiler için can sıkıcı bir süreç oluşturmaktadır. Giriş mekanların da bu ve benzeri nedenler için yönlendirme tabelaları, danışma bankoları, bekleme bölümleri, bu bekleyiş içerisinde bir şeyler yiyip içebilecekleri kafe gibi alanlar ya da içecek makineleri önem kazanmaktadır.

Diğer kullanıcıların hastane mekanlarını kullandıkları zaman içerisinde buldukları durumu daha net ortaya koymak amaçlı sayfa 84'te yer alan anket çalışmasına göre, hastaya eşlik eden kişilerin psikolojik durumları aşağıdaki gibidir.

Araştırmaya göre;

- % 24 Panik olurum,
- % 32 Sıkılıyorum,
- % 18 Umursamam,
- % 26 ise Diğer cevabını vermiştir.

Diğer cevabını veren kişiler ise açıklama bölümüne refakat ettikleri kişilerin kendilerine yakınlık durumu ve ne amaçlı hastanede buldukları ile ilgili olarak psikolojik yapılarının konu ile ilgili farklılık gösterebileceğinden bahsetmişlerdir. Ankete katılan kişilerin genellikle “hastaneye hangi gerekçeler ile gidersiniz sorusuna?” ise yakın, tanıdık ziyareti cevabını verdikleri anket sonucunda ortaya çıkmış bulunmaktadır.

Yine yaptığımız bu araştırmaya göre hastane yapılarında diğer kullanıcılar olarak ele alınan kişilerin genel olarak yönlendirme tabelalarının eksikliğinden, havalandırmaların yetersizliğinden, mekanların arasındaki kopukluktan, personel ilgisizliği ve bekleme alanlarının dar ve az oluşu gibi konulardan şikayetçi olduğu ortaya çıkmaktadır.

Bununla birlikte idari ve diğer personelde hasta ve hasta yakınları ile birlikte giriş alanlarını ortak kullanmaktadır. arpık kentleşme, hastanelerin ulaşım zorluğu, altyapı sorunları gibi nedenlerle şehir merkezlerine hastanelerin yapılandırılması, daha önceden başka amaçlarla kullanılan yapıların değiştirilerek hastane yapısı olarak düzenlenmesi sonucu hastane girişlerine daha küçük mekanların ayrılması kullanıcı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.

Yaş :

Meslek :

Hastane yapılarını ne sıklıkta ziyaret edersiniz?

- a) Rahatsızlığım nedeni ile sık sık.
- b) İhtiyaç duydukça.
- c) Sağlık kavramı önemlidir, ayda veya üç ayda bir.
- d) Hastanelerden hoşlanmam, bu yüzden gitmem.

Hastaneler hangi gerekçeler ile gidersiniz ?

- a) Tedavi
- b) Bilgilenme
- c) Kontrol
- d) Yakın / Tanıdık Ziyareti

Bir tanıdık veya aile fertlerinizden biri için hastaneye gitmeniz gerekirse ne hissedersiniz?

- a) Panik olurum,
- b) Sıkılırım,
- c) Umursamam,
- d) Diğer,

Diğeri işaretlediyseniz birkaç kelime ile açıklama yapınız;

.....
.....
.....

Şekil 5.2.2.. : Anket çalışması Y. İç mimar Arzu ECEOĞLU (01.10.2009-.01.04.2010)

5.2.3. Hastane yapılarında sunulan hizmetler bağlamında giriş mekanlarının diğer bölümlerle kurduğu ilişki

Giriş mekanları hastane yapılarında çekirdek görevini görmektedir. Bütün bölümler giriş bölümü ile bağlantılı olduğu için tüm geçişler bu alandan gerçekleşmektedir. Dış çevre ile bağlantı da giriş bölümlerinden sağlanmaktadır.

5.2.3.1. Diğer bölümlerin sınıflandırılması

Hastane yapıları farklı niteliklere ve düzenlemelere sahip olan, farklı organizasyon ve düzenlemelerin yapılması gereken bununla birlikte farklı teknolojik ekipman ve donatılara sahip ünite, servis ve bölümlerden oluşmaktadır.

Bu üniteler hastane yapısının kapasitesi ve hastane yapısının ilgili konusuna göre büyüklük ve küçüklük göstermektedir. Teşhis ve tedavi amaçlı oluşan bu bölümler hastane yapısının büyük bir bölümünü kapsamaktadırlar.

Günümüzde hastaneler, hastanenin bulunduğu bölgesel konum, hizmet ettiği nüfus ve bunlarla doğrudan ilgili olarak kapasite ve teknolojik donanımın da belirleyiciliğinde birçok bölümün bir arada organize edilmesiyle oluşmaktadır. Organizasyonda her bölümün / ünitenin niteliği ve diğer birimlerle ilişki düzeyi belirleyici olmaktadır⁵⁶.

Hastane yapısında temel ihtiyaçlar gereği olması gereken bölümleri sıralayacak olursak;

a. Poliklinikler

Poliklinikler hasta ve yakınlarının teşhis ve tedavi için doktor ya da doktorlarla görüşmelerini yaptıkları, muayene ve ayakta bakım hizmetinin verildiği bölümlerdir⁵⁷.

⁵⁶ Yrd. Doç. Dr. Dicle AYDIN. Hastane Mimarisi, İlkeler ve Ölçütler. (İstanbul, Entegre Matbaacılık 2009). S. 18

⁵⁷ Yrd. Doç. Dr. Dicle AYDIN. s. 20

Bu bölümde asıl amaç hastaneye gelen hastanın muayenesini yapmak, tanı koymak ya da gerekli tanıyı koyabilmek için hastayı gerekli birimlere yönlendirmekte ve hastaya gerekli bilgileri vermektir. Poliklinikler hastane yapısında girişin hemen arka ya da yan tarafında yer alan bölümlerdir.

b. Acil Servis Üniteleri

Bu bölümün amacı, acil durumda hastaneye gelen veya yakınları tarafından getirilene acil durumdaki hastaları kabul etmek, içinde buldukları ızdırabı dindirmek için yardımcı olmak, müdahale edilmesi gereken açık yaraları var ise dezenfekte etmek, bu hastaları denetim altına alıp, gerekli tahlil ve tetkikleri yapıp denetim altına almak, teşhis koymak ve tedavilerini yapmaktır.

Acil servisler 7 gün – 24 saat boyunca görev yapan bölümlerdir. Hastane için büyük önem taşıyan acil servislerin giriş bölümlerinin bu konu hususunda iyi değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Çünkü resmi tatil, hafta sonu, gece – gündüz sürekli hizmet veren bu birimler hastaların içlerinde buldukları fizyolojik durum nedeni ile panik içerisinde olabilmeleri ve psikolojilerinin bu duruma vereceği cevap yüzünden her işlerinin kolayca halledebilecekleri ve ihtiyaçları olan her donatı, birim, ünite vb. rahatça ulaşabilecekleri şekilde düzenlenmelidir.

c. Teşhis Üniteleri

Hastanın, hastalığının tespiti ve tedavi edildiği süreç boyunca hastalığını takip etmek, gerekli tetkikleri yapmak için kurulan servisleri içeren bölümdür. Bu birim, laboratuvarları ve görüntüleme birimlerini (EKG, EEG, EMG, tomografi, röntgen vb.) kapsamaktadır. Ayrıca hastane bütününde poliklinik, acil servis, hasta bakım ve yoğun bakım ünitelerine hizmet verdiği için hem iç hem de dış hastalar tarafından kullanılmaktadır.

- Laboratuvarlar, yoğun olarak kullanılan bu bölümler, teşhis amaçlı birimlerdir. Özel hastaneler yönetmeliğinin 28. maddesinde, “genel hastanelerde uzmanlık dallarına göre biyokimya veya mikrobiyoloji laboratuvarı veya her ikisinin de bulunması zorunludur.” ifadesi yer almaktadır.

Hem iç hem dış hastaya servis veren bu birimler, hastanenin yatak kapasitesi ne olursa olsun hem biyokimya hem de mikrobiyoloji laboratuvarları hastane bünyesinde yer almak zorundadır. Donanım ve teknolojik gelişmeler açısından esnek bir planlama anlayışına sahip olması gereken laboratuvarların;

- a. Açık plan uygulamasına
- b. Esnek zonların organize edilmesine
- c. Tak ve kullan (plug and play) sistemlerinin oluşturulması,
- d. Modüler, Flexible, taşınabilir özellikte çalışma alanlarına sahip olmaları gerekmektedir.



Resim 5.2.3.1.a İstanbul Paşabahçe Devlet Hastanesi – Patoloji Laboratuvar



Resim 5.2.3.1.b İstanbul Paşabahçe Devlet Hastanesi – Laboratuvar



Resim 5.2.3.1.c İstanbul Paşabahçe Devlet Hastanesi – Mikrobiyoloji Laboratuvar

- Görüntüleme, radyoloji servisi; ayrı bir uzmanlık gerektiren bu birim için Özel Hastaneler tüzüğünde yer ayrılmadığı gibi, hastane bünyesinde röntgen cihazı bulunan herhangi bir oda'nın radyoloji laboratuvarı olarak kullanılabilmesi hastanelerde bu konuyla ilgili laboratuvar kurma ihtiyacını yok saymaktadır. Radyoloji servislerinde her cihaz için ayrı bir mekan düzenlenmesi gerekmektedir. Ülkemizde genel olarak çarpık kentleşme sonucu hastane yapılarının yeterli metrekarelere yapılamaması nedeni ile görüntüleme merkezleri açılmakta ve ihtiyaç duyan hastalara buralarda hizmet verilmektedir.
- Radyasyon içeren ortamların düzenlenmesine ilişkin kriterler Türkiye Atom Enerjisi Kurumu⁵⁸ tarafından;
- Radyasyon ünitelerinin duvarlarında, delikli tuğlalara göre çok az radyasyon geçirdiklerinden, dolgu tuğlalar tercih edilmeli,
- Duvar kalınlıkları 29 cm dolgu tuğla ya da 15 cm betonarme olarak belirtilmiştir.



Resim 5.2.3.1.d Silivri Hayat Hastanesi – Görüntüleme Merkezi

⁵⁸ Türkiye Atom Enerjisi Kurumu, radyasyonun kullanımına ilişkin bilgiler.

d. Tedavi Üniteleri

Tedavi üniteleri hem iç hem dış hastaya hizmet veren, tanısı konulmuş hastalığın tedavisinin yapıldığı bölümlerdir. Bu bölümde hastanın durumuna göre kısa sürelide olsa hasta kişinin hastanede kalması söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle birimde hasta bakım ünitelerinin bulunması gerekmektedir. Hastane yapılarında tedavi üniteleri birimlere ayrılmaktadır.

Fizik tedavi ve Rehabilitasyon;

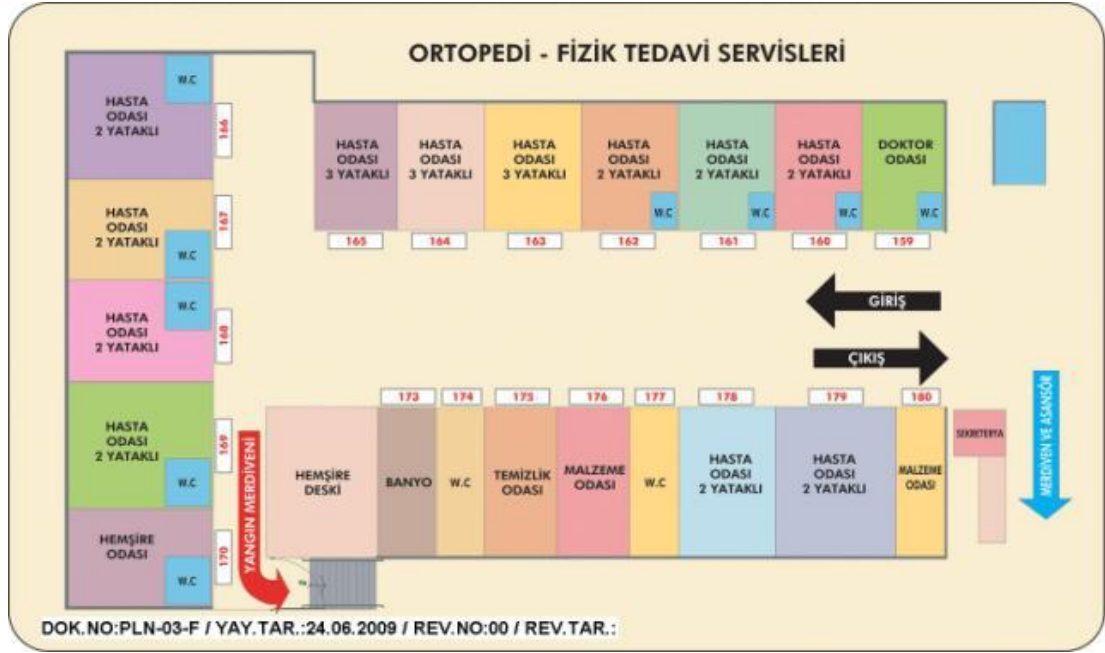


Resim 5.2.3.1.e Gönen fizik tedavi merkezi

Fizik Tedavi (Fiziksel Tıp); ısı, elektrik akımları vb gibi fiziksel ajan ve tekniklerin yetersizlik ve bir dereceye kadar sakatlığın veya kas, iskelet sistemi ve sinir sisteminin fonksiyonel yetersizliklerinin tanı ve tedavisinde kullanılmasıdır. Rehabilitasyon ise hastanın iyileştirilmesini hedefleyen sürece verilen isimdir.

Fizik tedavi ünitelerinin hastane bünyesinde nerede konumlandırıldığı önem taşımaktadır. Fiziksel açıdan rahatsızlıkları bulunan hastaların bu bölümü kullandığı düşünülürse, fizik tedavi ve rehabilitasyon biriminin giriş katında yaklaşık %6–7 eğimden fazla olmayan eğimli rampalarla ulaşımın gerçekleştiği yerlerde konumlandırılması tercih edilmelidir.

Bir fizik tedavi biriminin elektroterapi, şok dalgası, radar, kısa dalga, ultrason, soğuk – sıcak pack, vakum interference, tens, diadinamik akımlar, infraruj, traksiyon, diz ve bel terapisi, elektrik stimulasyonu, parafin, masaj, hücre banyosu, büyük galvanik kuvvet ve aletli egzersiz programları hidroterapi gibi bir çok çeşitli tedavi şeklini içerdiği göz önünde bulundurulursa ayrılacak olan metrekarenin bu bağlamda hastane bünyesinde oluşturulması doğru bir adım olacaktır.



Resim 5.2.3.1.f Akhisar devlet hastanesi Fizik Tedavi Birimi yerleşim planı

Radyoterapi; tümörlere tedavi amacıyla yüksek enerjili ışın uygulamasına verilen isimdir. Radyasyon tedavisi, Co-60 ya da Lineer Akseleratör gibi cihazlar aracılığıyla vücudun dışından (harici radyoterapi) veya vücut boşlukları ya da doku içine radyoaktif maddelerin yerleştirilmesi yoluyla içeriden (dahili radyoterapi) gerçekleştirilmektedir. Internal (Dahili) Radyoterapi, Eksternal (Harici) Radyoterapi, Küratif (İyileştirici) Radyoterapi, şikayetlere yönelik (Palyatif) Radyoterapi olarak tedavi şekline göre dört gruba ayrılmaktadır. Tedavi süreci x ışınları destekli gerçekleştirildiği için radyoterapi biriminin hastane bünyesinde yalıtımlarının iyi yapılması diğer kullanıcılar açısından önem kazanmaktadır.



Resim 5.2.3.1.g Florence Nightingale hastanesi radyoterapi merkezi

Nükleer Tıp; canlılara verilen ışın etkin (radyoaktif) maddelerin yaydıkları ışınların özel yöntemler veya aygıtlarla dışarıdan sayımı (parıltı sayımı) ya da görüntü olarak izlenmesi ya da tanımlanması ile tanı konulmasını sağlayan tıp dalıdır. İçeriği nedeni ile eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal hastanelerinde yer alan bu bölüm teşhis içinde hizmet vermektedir. Nükleer Tıp, onkoloji, endokrinoloji ve nefroüroloji gibi alanlarda kullanılmaktadır.

Tedavi de kullanılan cihazların yaydığı radyasyon nedeni ile duvarların kalınlığı ya da kurşun kaplama kalınlığı cihazın temin edildiği şirket bünyesinde kullanıcı tarafına verilmektedir. Hazırlana proje Türkiye Atom Enerjisi Kurumu tarafından onaylanmakta ve uygulama sürecinde de kriterlere uyularak yapılıp yapılmadığı denetlenmektedir⁵⁹. Bu nedenle hastane bünyesinde nükleer tıp biriminin giriş katının altında konumlandırılması daha uygun görülmektedir.

⁵⁹ Dicle Aydın s. 47



Resim 5.2.3.1.h Samsun Devlet Hastanesi nükleer tıp birimi

Hemodiyaliz üniteleri; İleri derecede böbrek yetmezliğinde yiyeceklerimizin vücudumuzda parçalanması sırasında oluşan ve normalde idrarla atılan zararlı maddeler ve suyun fazlası atılamamakta ve vücudumuzda birikmektedir. Hemodiyaliz bu maddelerin vücudumuzdan uzaklaştırılmasını sağlayan bir tedavi şeklidir. Bu tedaviyi gerçekleştiren birimin hastane bünyesinde yer alabileceği gibi hastane bünyesinin dışında diğer dış hastalara da hizmet verebilmesi amaçlı ayrı bir birim olarak yer alabilmekte olduğu gözlemlenmektedir.



Resim 5.2.3.1.I Vakıfkebir devlet hastanesi hemodiyaliz bölümü

e. Hasta Bakım Üniteleri

Hastaların, muayene olmak, tedavi görmek veya müşahede altında tutulmak için kısa ya da uzun süreli yattıkları birimlere hasta bakım üniteleri adı verilir. Bu birim ameliyathane, yoğun bakım, acil servis ve polikliniklere yakın bir şekilde konumlandırılmalıdır. Ayrıca hastaların ilaç ve diğer ihtiyaçlarının da kısa sürede karşılanabilmesi için laboratuvar ve eczane gibi birimlere de yakın bulunması gerekmektedir.

Hasta bakım ünitelerinde; hasta odaları, hemşire istasyonları, doktor ve asistan odası, hasta bakıcı odası, çamaşır depoları, ilaç deposu, wc. tuvalet ve hasta bakım ünitesinin hizmet verdiği alan itibari ile ek birimler yer almaktadır.

Özel hastaneler yönetmeliğinde hasta odalarına ilişkin büyüklükler;

- Tek yataklı odalarda yatak başına en az 9 m²
- İki yataklı odalarda yatak başına 7 m²
- Çocuk hastalar için hasta başına en az 6 m²
- Çocuğu ile yatan loğusa hastalar için tek yataklı oda en az 12 m², iki yataklı odalarda yatak başına en az 10 m²,
- Birden çok yataklı odalarda yatak başına 10 m² olarak tanımlanmıştır⁶⁰.

Bununla birlikte odalarda hastaların rahatlıkla kullanabilmesi gereken bir w.c., tuvalette yer almalıdır. Oda da yerleşim açısından hasta yatağı pencereye paralel yerleştirilmeli, hasta yatağı yatak başına yerleştirilen aplikatörlere engel olmaması amaçlı duvardan ayırık konumlandırılmalıdır. Hasta yatağının 3 tarafı, hastaya müdahale gerekliliği ve hastanın hareketi göz önünde bulundurularak boş bırakılmalıdır. Sedye ve tekerlekli sandalyelerin kapılardan rahat geçebilmesi için kapı genişliklerinin en az 110 cm genişliğinde olması gerekmektedir.

⁶⁰ Özel Hastaneler Yönetmeliği madde 22

Günümüz hastanelerinde genel olarak tek kişilik odalar bulunmaktadır. Bununla birlikte iki kişilik odalar hastaların mahremiyet isteği göz önünde bulundurularak tavandan bir perde ya da paravan yardımı ile birbirinden ayrılmaktadır. Hasta odaklı yapılan yeni hastane tasarımlarında ise süit oda kavramı karşımıza çıkmaktadır.



Resim 5.2.3.1.j Memorial Hastanesi Standart Oda



Resim 5.2.3.1.k Memorial Hastanesi Süit Oda



Resim 5.2.3.1.k Memorial Hastanesi Süit Çocuk Hasta Odası

f. Yoğun Bakım Üniteleri

Yaşamı tehlikeye girmiş herhangi bir hastanın, hastalığının tedavi sürecinde farklı ilaç ve tedavi yöntemleriyle, yaşam destek üniteleri yardımı ile hastanın hayatta kalmasını sağlanan bölümlere yoğun bakım üniteleri denir.

T.C. Sağlık Bakanlığının Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi (2008/53)'n de yoğun bakım üniteleri; “Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir.” olarak tanımlanmıştır.

Yoğun bakım ünitelerinin nitelikleri ise⁶¹;

- a) Yoğun bakım ünitelerindeki her yatak yoğun bakım yatağı özelliklerini taşımaktadır.
- b) Yoğun bakım üniteleri, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantılı olmamalıdır.
- c) Yoğun bakımlar kabul edebileceği hastaların klinik durumuna, sağlık personeli, donanım ve mekânsal özelliklerine göre basamaklandırılır.
- d) Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım ünitesi, ameliyathane steril alanında olmamak kaydıyla, ameliyathane ile irtibatlı olmalıdır.
- e) Koroner yoğun bakım ve birinci basamak yoğun bakım üniteleri diğer yoğun bakım ünitelerinden ayrı mekanlarda düzenlenebilir.
- f) Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım ünitelerinin birbiriyle irtibatlı olmaması gerekir. Fakat yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım servislerinin ön geçiş alanları ortak olabilir.

⁶¹ 03.04.2008 tarihli ve 11395 (2008/25) Sayılı Genelge Değişiklik Listesi; T. C. Sağlık Bakanlığı

g) Hasta alanı dışında ve yoğun bakım ünitesinin bulunduğu katta, sürgü ve idrar kapları temizleme ve muhafaza alanı veya tek kullanımlık malzeme kullanılıyor ise, kullanım öncesi muhafaza ve imha alanı ayrılır. Yoğun bakım ünitelerinin hasta alanları içerisinde tuvalet bulunmaz (Tuvalet kapısı dışında en az bir servis giriş kapısı ile hasta alanlarından ayrılmış olmalıdır.)

h) Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların (hematolojik malignansi, transplantasyon hastaları gibi) izlendiği yoğun bakım ünitelerinde ameliyathanelerde olduğu gibi sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi tercih edilmelidir. Bu tür hastaların izlenmediği 3. basamak yoğun bakımlarda izolasyon odalarının bulunması yeterlidir.

i) Yoğun bakım ünitelerinde zemin ile duvar kaplamalarının kolay temizlenebilir nitelikte olması şarttır.

j) Yoğun bakım ünitelerinde, görevli sağlık personeli tarafından hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun nitelikte bir mekan, kolay ulaşılabilir mesafede yerleştirilmiş el yıkama amaçlı lavabo (her 4 yatak için en az bir), her yatak için el dezenfektanı, yatak aralarında gerektiğinde kullanılmak üzere uygun biçimde ayırma düzeneği, her yatak için ayrı elektrik ve merkezi tıbbi gaz sistemi bulunur.

k) Yoğun bakımlarda, “yataklı tedavi kurumları enfeksiyon kontrol yönetmeliği”nde tanımlanan işler özenle yürütülür. Enfeksiyon kontrol komitesinin aktif çalışması ve bildirimlerin düzenli yapılması sağlanır.

l) Yoğun bakım gerektiren çocuk hastaların bakımı ve tedavisi tercihen çocuk yoğun bakım ünitelerinde veya genel yoğun bakım ünitelerinin erişkinlerden uygun şekilde ayrılmış bölümlerinde yapılabilir.

m) Dal hastanelerinde ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği yoğun bakım üniteleri kurulur. Diş hastaneleri ile Göz, Ruh Sağlığı, FTR, Deri ve Zührevi hastalıkları hastanelerinde yoğun bakım ünitesi kurulmayabilir. Ancak yoğun bakım ihtiyacı gereken durumlarda hastanın nakli süresince yaşam desteği (transport vantilatörü, monitör, oksijen kaynağı, entübasyon seti, balon-valf-maske sistemi (ambu), defibrilatör vb.) sağlamak için gerekli donanım bulundurulmalıdır.

n) İkinci basamak yoğun bakım ünitesi bulunan hastanelerde birinci basamak yoğun bakım hastasının, üçüncü basamak yoğun bakım ünitesi olan hastanelerde ise ikinci ve birinci basamak yoğun bakım hastasının bakımı da yapılır.

o) Yatak sayısı 10'a kadar olan yoğun bakımlar tek ünite olarak düzenlenir. 10'dan fazla olanlar ise her biri 6–10 yataktan oluşan birden fazla üniteye ayrılabilir.

p) Yoğun bakım ünitelerinde yeterli destek alanları düzenlenmelidir.

r) Yoğun bakım hastalarının refakatçileri için uygun bekleme alanı düzenlenmelidir.

s) Yoğun Bakım Sorumlusu Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İç hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Genel Cerrahi uzmanları, dal yoğun bakımlarda ilgili dal uzmanı (Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kardiyoloji uzmanı, kalp ve damar cerrahisi uzmanı, nöroloji uzmanı gibi) veya yoğun bakım deneyimi olan diğer uzmanlardan birisi olabilir. Yoğun Bakım hizmetinde devamlılık esas olduğundan, asıl görevi nedeniyle çok yoğun olan, ilgili dalda aynı işi yapacak başka hekimin olmadığı uzmanların sorumlu atanması doğru değildir. Zorunluluk halinde sorumluluk dönüşümlü olabilir. Nöbetlerde ise, eğer hastane imkânları uygunsa yoğun bakım sorumlusu olan uzman hekim ile aynı uzmanlık alanından, değilse aynı görevi yapabilecek yukarıda sayılan diğer uzmanlık dallarından bir uzmanın bulunması sağlanmalıdır.

t) Uzman nöbetinin olmadığı hastanelerde, uzmanların icap nöbeti tutması ve yoğun bakım ünitesinde eğitimli hemşirenin istihdam edilmesi halinde birinci basamak yoğun bakım hizmeti verilebilir.

u) Yoğun bakım ünitesi olan hastanelerde, bu ünitelerde hizmet verecek sorumlu doktorların 3. basamak yoğun bakım ünitesi olan bir hastanede temel bilgileri alması başhekimler tarafından sağlanır.

olarak tanımlanmıştır.

Bununla birlikte yoğun bakım üniteleri standartlar;

- 1. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi
- 2. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi
- 3. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi, olarak belirlenmiştir.



Resim 5.2.3.1.1 Başkent Üniversitesi Yoğun Bakım Ünitesi

Yoğun bakım üniteleri girişlerinde tam sterilizasyonu sağlamak için ön geçiş alanı oluşturmak gerekmektedir. Yataklar arası rahat hareketi sağlamak ve ihtiyaç duyulduğunda ek üniteler yerleştirebilmek için alanlar bırakılması gerekmektedir. Kullanılan malzemelerin anti bakteriyel özellik taşıması, kolay temizlenebilir olması vb. özellikler önem kazanmaktadır. Ayrıca yoğun bakım üniteleri ameliyathanelere de yakın bir alanda konumlandırılmalıdır.

g. Ameliyathane ve Doğum Departmanı

Cerrahi uygulamaların yapıldığı, ameliyatların gerçekleştirildiği, içerisinde gerçekleşen cerrahi operasyon ve ameliyathane nedeni ile üst düzeyde havalandırma, sterilizasyon, aydınlatma vb. özelliklere sahip olan bölüme ameliyathane denir. Ameliyathaneler risk taşıyan bölümler olduğu için birçok bölümden uzak konumlandırılmalı ve sterilizasyonun bu bölümde hayati taşımadığı göz önünde bulundurulup, ameliyathanelerde kullanılan donatı ve ekipmanların diğer bölümlerde kullanılan alet ve ekipmanlardan ayrı steril edilip paketlenmesi gerekmektedir.

Ameliyathaneler insan sağlığı için büyük önem taşıdığından dolayı yüksek teknolojiye ve bu teknolojiye hakim olan kullanıcı ekibe sahip olmak zorundadır. Bir hastane yapısının tasarımı sırasında ameliyathanelerin konumlandırılması göz önünde bulundurulmalıdır. Doğru bir ameliyathane planlaması gerçekleştirmek için hijyen konusu ve teknolojik gelişmeler göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca yerleşim açısından doğru bir planlama sağlanmalıdır.



Resim 5.2.3.1.m zel Jimer Hastanesi



Resim 5.2.3.1.n zel Jimer Hastanesi



Resim Özel Jimer Hastanesi

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü B100THG0100005/5370/4910 sayılı kanunun 20.09.2000 tarih ve 17109 sayılı Genelgesi uyarınca Özel Hastaneler 24 üncü maddenin dördüncü fıkrasına göre, ameliyathaneleri asgari 45 m2 alan, 3.50 m. tavan yüksekliği, diğer ameliyathaneler için öngörülen asgari 30 m2 alan, 3.50 m. tavan yüksekliği ve ameliyathane dahilindeki 2.00 m. koridor genişliği öngörülmektedir⁶².

Doğumhaneler ise genel olarak anne ve bebek bakımı ve sağlığı açısından ameliyathanelerle yakın ancak sterilizasyon nedeni ile ayrı konumlandırılmalıdır. Günümüzde doğum olayları planlı gerçekleşmekle birlikte, risk taşıyan ya da herhangi bir acil durum açısından doğumhaneler tüm teknolojik ekipmana sahip olmalıdırlar. Hem teknolojik gelişmeler hem de tıp alanındaki gelişmeler nedeni ile doğumlar suda da gerçekleştirilmektedir. Hasta odaları bu doğrultuda düzenlenmekte ve donatılar bu doğrultuda şekillenmektedir. Bununla birlikte doğum esnasında dışarıda bekleyen diğer ebeveyn ve yakınlar için doğumhanelerin dış kısmına bir bekleme salonu yapılması gerekmektedir.

⁶² T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü; B100THG0100005/5370/4910 sayılı kanunu; 20.09.2000 tarih ve 17109 sayılı Genelgesi.

h. Yardımcı Sağlık Servisleri

Teşhis ve tedavi birimleri ile birlikte, hastane bünyesinde bu birimlere yardımcı olan diğer birimlere yardımcı sağlık servisleri denilmektedir.

Bu birimleri; - Hasta kabul birimi,

— Eczane,

— Morg, Otopsi,

— Kan bankası,

— Organ bağış ve nakil, olarak sınıflandırabiliriz.

Yardımcı birimler hastaneye gelen kişilerin kayıt kabulünden, hastaneden taburcu oldukları süreç içerisinde ve vefat eden hastaların gömülme sürecine kadar gerekli işlemleri yapmak, ihtiyaçlarını karşılamak vb. durumları çözmek amaçlı hastane bünyesinde bulunmaktadır.

ı. Hizmet Birimleri

Destek birimler; pnömatik tüp transfer sistemi merkezi, mutfak, kafeterya, çamaşırhane, dönüşüm deposu, depolar vb. gibi hastanenin işlevini sürdürmesini sağlayan tüm servis birimleridir. Pnömatik tüp transfer sistemleri hastane yapılarında bir merkezden kontrol edilmektedir. 1950’li yılların başlarında Amerika’da kullanılmakta olan ve ülkemizde ilk olarak büyük alışveriş merkezlerinde faydalanılan bu sistem günümüzde hastanelerde personelin zaman ve enerji kaybını önlemek, bölümler arası evrak akışını hızlandırmak ve kullanıcıların beklemesini önlemek amacı ile daha güvenli ve hızlı olduğu açısından kullanılmaktadır.

Hastanelerde, mutfaklar yatan hastalara, refakatçilere ve hastane personeline hizmet vermektedirler. İçerikleri açısından geniş yer kaplayan mutfakların, hijyen ve dış alım açısından hem ayrı bir girişe sahip hem de servis bakımından hasta bakım üniteleri ile ilişkili olması gerekmektedir.

Kafeteryalar ise ayakta tedavi gören hastalara, refakatçilere ve diğer kullanıcılara hizmet verdikleri için hastane bahçesi içerisinde hastane yapısına bağlı olarak veya hastanelerin giriş katında konumlandırılabilirler.

Çamaşırhaneler hastanenin geneline hizmet veren birimdir. Hastane yapılarında bu birim sadece kullanılan örtü, çarşaf vb. eşyaların temizlenmesi değil, bunların onarılması ve yenilenmesi gerektiği takdirde değiştirilmesi ile ilgilenmektedir. Çamaşırhaneler planlanırken hasta yatak başına alan ayrılmaktadır. İçerikleri ve işlevleri nedeni ile bu bölüm genellikle hastane yapılarının bodrum katında yer almaktadır.

Dönüşüm depoları dikkatli bir şekilde korunmalıdır. Hastane atıkları burada depolandığı için sağlık açısından bu birim önem teşkil etmektedir ve hastane kapasitesine göre ayrılacak metrekare hesaplanmaktadır. Özel hastaneler yönetmeliğinin 33. maddesine göre hastanelerdeki atıklar için ayrı mekanlar tasarlanmalı ve tıbbi atıklar için soğutma sisteminin oluşturulması gerekliliği ortaya konmuştur⁶³. Diğer depolar ise sorumlu kişiler tarafından kontrol edilmekte ve kullanıcıların ihtiyaç duydukları tıbbi gereksinimler dahil olmak üzere hastane ekipman ve diğer donatılar bu bölümde saklanmaktadır.

i. İdari ve Teknik Birimler

İdari birimler başhekimden, başhemşireye kadar görev ve sorumlulukları buldukları mevkie göre farklılık gösteren birimlerden oluşmaktadır. Sağlıkla ilgili birimlerin dahilinde satın alma, depo, istatistik, sağlık kurulu, gelir, personel ve mal muayene, maaş tahakkuk gibi birimlerde hastane bünyesinde yer almaktadır.

Teknik birim tıbbi donanımla ilgilenmekte ve oluşabilecek herhangi bir aksaklığı gidermekle sorumludur. Elektrik (trafo, jeneratör, vb.), havalandırma, tesisat (ıslak – kuru hacimler, yangın detektörleri, aydınlatma, vb.) gibi konular bu birimin sorumluluğu altında yer almaktadır.

⁶³ Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, 22.05.2005 tarih ve 25883 sayılı resmi gazete yayını.

j. Merkezi Sterilizasyon Ünitesi

Hemen hemen hastane bünyesindeki bütün bölümlerinde kullanılan kirlenmiş malzemelerin temizliğinden sorumlu olan bu bölüm, hastanedeki enfeksiyon dağılımı açısından oldukça hassas bir durumdadır. Birçok tıbbi müdahale ve hastalarla birlikte, diğer kullanıcılarında sağlık açısından güvenliği merkezi sterilizasyon ünitelerine bağlıdır. Bu bölümde çalışan kişilerin konularında uzman, sürekli eğitim alan nitelikli elemanlar olmaları ve bölümün de gelişmiş teknolojik donanıma sahip olması gerekmektedir.

Sterilizasyon ünitesinde kirli malzeme girişi-yıkama bölümü, ön hazırlık-paketleme bölümü ve sterilizasyon işlemi-steril malzeme çıkış bölümleri olmalıdır. Kirli alanlar ile temiz alanlar arasında sadece malzeme geçişi olmalı ve bu iki alan çift yönlü otoklav ile bölünmelidir. Tek yönlü otoklavın kullanıldığı durumlarda cihaz temiz bölümde bulunmalıdır. Sterilizasyon ünitesi hem ameliyathane steril koridoru hem de genel koridor ile bağlantılı olmalıdır. Kirli bölümüne genel koridordan giriş-çıkış; temiz bölümüne de steril koridordan giriş-çıkış olmalıdır.

Merkezi sterilizasyon üniteleri;

- Steril olmayan malzeme deposu,
- Kirli malzeme ayırma mahalli,
- Yıkama ve hazırlık mahalli,
- Steril malzeme deposu ve sevk mahalli,
- Merkezi sterilizasyon şefi odası,
- Personel ıslak hacmi,

gibi mekanların organizasyonlarından oluşmaktadır⁶⁴.

⁶⁴ Dicle Aydın s. 84



Cerrahi Malzeme Kabul ve Temizleme Alanı



Tekstil Hazırlık ve Paketleme Alanı



Cerrahi Alet Paketleme ve Yükleme Alanı



Steril Malzeme Kontrol ve Saklama Alanı

Resim 5.2.3.1.o Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Merkezi Sterilizasyon Ünitesi

Merkezi Tekstil üretimi, Cerrahi aletlerin yıkanması, Paketleme işlemleri, Sterilizasyon işlemleri;

CERRAHİ ALETLERİN TEMİZLENMESİ

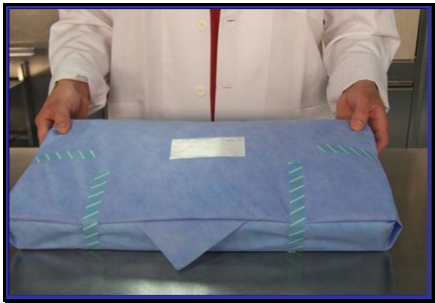




Resim 5.2.3.1.p Cerrahi Aletlerin temizlenmesi

Teslim alınan kontamine cerrahi aletler; karışmaları önlemek için etiketlenir, uygun şekilde yıkama selelerine ayrıştırılır, basınçlı su sistemi ile aletlerin lümenleri kontrol edilir, uygun makine ve programda temizlenir.

PAKETLEME İŞLEMLERİ



Resim 5.2.3.1.r Cerrahi aletler yapılarına ve uygulanacak sterilizasyon yöntemine uygun paket malzemesi ve paketleme tekniği kullanılarak paketlenir.

UYGULANAN STERİLİZASYON YÖNTEMLERİ

BASINÇLI BUHAR STERİLİZASYONU



Malzemelerin sterilizatöre yerleştirilmesi



Malzemelerin sterilizatörden çıkartılması



Resim 5.2.3.1.s Sterilizasyon işleminin kontrolü ve onaylanması (işlem grafikleri, kimyasal ve biyolojik indikatörler ile kontrol)

ETİLEN OKSİT STERİLİZASYONU



Malzemelerin sterilizatöre yerleştirilmesi



Malzemelerin sterilizatörden çıkartılıp havalandırma kabinine yerleştirilmesi



Resim 5.2.3.1.t Sterilizasyon işleminin kontrolü ve onaylanması (işlem grafikleri, kimyasal ve biyolojik indikatörler ile kontrol)

HİDROJENPEROKSİT PLAZMA STERİLİZASYONU



Resim 5.2.3.1.u Malzemelerin sterilizatöre yüklenmesi.

k. Otopark

Otopark hastane yapısı için önemli olan bir diğer konuyu teşkil etmektedir. Hastanenin kapasitesine göre tasarım aşamasında değerlendirilmesi gerekmektedir. Acil giriş, ana giriş, mutfak girişi, yangın çıkışları, morg vb. gibi giriş çıkışların otopark üzerinden değerlendirilmesi bu konuda etken olmaktadır. Arazinin topografik ve jeolojik yapısı göz önünde bulundurularak, yapının kat yüksekliği ve imar yönetmeliği yapı nizamına göre ihtiyaç doğrultusunda otopark kapasitesi belirlenmesi ve düzenlemesi yapılması uygun olmaktadır.

l. Konferans Salonu

Eskiden genellikle oditoryum ve dal hastanelerinde mevcut bulunan konferans salonları günümüzde gerek Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği yasalar, gerekse de duyulan ihtiyaçlar gereği hastane yapılarının bünyesinde konumlandırılmaktadır. Hastane yapısının metrekaresi göz önünde bulundurularak idari kadro katında veya ek bir bina inşa edilerek konferans salonları kapasite sayısına göre planlanmaktadır.



Resim 5.2.3.1.v T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Araştırma ve Eğitim Hastanesi Konferans Salonu

5.2.3.2. Diğer bölümlerin birbirine olan orantısı

Hastane yapılarında bölümler arasında ki orantıyı;

- Hacimsel oran,
- Kullanıcı oranı,

şeklinde ele alabiliriz.

1-Hacimsel oran;

İlk dönemlerden günümüze kadar inşa edilen yapılarda, yapının eni, boyu, yüksekliği arasındaki ölçü ilişkisi ve yapının iç mekanlarının kullanımı, bu mekanların birbirleri arasındaki ilişki, kurduğu bağlantılar, oran ve orantı önemli ve etkileyici bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Özünde ölçünün kavramsal bir kıyaslama olması, içeriğinde orantıyı kapsayan bir nitelik bulunduğunu da açıklar. Bu bağlamda⁶⁵:

- İnsan ile yapı,
- Yapının kurgusal bütünlüğünü oluşturan parçaların birbirleri,
- Yapı ile çevresi,

arasın da ki ilişkiler oranlar dizisini yaratır.

Günümüzde yasalarında getirdiği yaptırımlarla birlikte inşa edilen veya yenilenen hastane yapılarında mekanların, birimlerin, bölümlerin vb. hastane elemanlarının, kullanılan donatıların kendi içlerinde ve diğer bölümlerle arasında kurduğu oran – orantı daha verimli olabilmek açısından önem kazanmış bulunmaktadır. Ayrıca bu oran antropometri açısından da önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

⁶⁵ İZGİ, Utarit.; Mimarlıkta Süreç, Kavramlar – İlişkiler.; YEM Yayın 1999 İstanbul., s. 177

Bir hastane yapısını dış mekandan, iç mekana doğru ele aldığımızda hastane yapısının kapladığı metrekare kadar dışarıda otopark ve yeşil çevre için alan bırakılması algısal açıdan daha iyi sunum yapılmasını, ihtiyaçların daha iyi karşılanmasını sağlamaktadır. Ana bağlantı birimi olarak görülen bekleme, kayıt ve kafeterya gibi birimlerle de bağlantılı olan, ayrıca diğer birimlerinde bağlantısını sağlayan çekirdek durumundaki giriş bölümünün hastane kapasitesinin 5/1'ini bünyesinde barındırabilecek kapasitede olması gerekmektedir. Tavan yüksekliğinin bir hastane yapısında alçak olmaması ilk olarak bu noktada önem kazanmaktadır. İçinde bulunduğu durum nedeni ile hastanın psikolojik yapısı ele alındığında hasta kişinin daha ferah ve kolaylıkla ihtiyaçlarının karşılanması isteği bu noktada ön plana çıkmaktadır. Giriş bölümünde kayıt bankosunun kolay ulaşılır olması, yönlendirme tabelalarının gözün rahat görebilir bir yükseklikte konumlandırılması, servis ve hasta asansörlerinin, merdivenlerinin görülebilir bir noktada olması, bu donatıların önlerinde rahat hareket edilebilir alanların bulunması, oturma elemanlarının kapasiteye göre ayarlanması önemlidir.

Teşhis ve tedavi birimlerine giriş bölümünden bağlantının kolay olması, hatta bir koridorla birbirlerine bağlanmaları hem zaman hem de ulaşım açısından önemli bir faktördür. Bu birimlerin hastanede görev alan doktor, alt birimler, diğer çalışanlar, teknolojik donanımlar ile ilgili olarak yerleştirilmesi ve yine kullanıcı sayısı göz önünde bulundurularak bekleme, wc. vb. gibi alanlarında dahil edilerek hesaplanması gerekmektedir. Ayrıca hastanelerde bu birimlerde engelliler için wc. ve ihtiyaç duyulabilecek diğer alanların konumlandırılması önemlidir. Bu bölümlerde hasta kişi ya da diğer kullanıcıların ulaşması gereken birimi rahatlıkla bulabilmeleri için bilgilendirme tabelaları, sıra beklemeleri gerekliliğinde oturarak beklemeleri için dinlenme elemanları vb. gibi donatıların kullanılması gerekmektedir. Laboratuvar, acil servis, hasta bakım üniteleri ile teşhis ve tedavi birimleri arasında doğru bir bağlantı kurulması önemlidir.

Hasta bakım üniteleri, hastane yatak kapasitesine göre ayarlanmalıdır. Bölümde kullanılacak hemşire istasyonunun, depoların, doktor odalarının ve hasta bakım ünitelerinin niteliklerine göre (doğum ünitesi, çocuk hasta bakım bölümü vb. gibi) birimlerin metrekareleri, kullanılacak donatıların boyutları aralarındaki bağlantı belirlenmelidir. Hastaneler için önem taşıyan diğer birimlerin ve bölümlerin de hastanenin niteliği, kapasitesi ve diğer kullanıcıların yoğunluğuna göre metrekare hesaplarının yapılması gerekmektedir. Özellikle alt birim olarak tabir edebileceğimiz mutfak, çamaşırhane, atık depoları gibi birimlerde kullanılan donatıların büyük hacimlere sahip olması nedeni ile hastane yapılarında konumlanacakları yer, mekan hacmi ve mekan içerisinde görev alan personelin rahat ve verimli hareket edebilmeleri için ayrılacak metrekareler önem kazanmaktadır.

Buna göre;

- Hastanelerde, faaliyet izin belgesinde kayıtlı klinik uzmanlık dalları için yeterli şekilde aydınlatılan ve havalandırılan poliklinik muayene odası ayrılır. Poliklinik muayene odalarında uzmanlık dalına uygun araç, gereç ve donanım ile hasta muayene masası, soyunma bölümü ve lavabo bulunur. Klinik uzmanlık dalları dışındaki dallarda kadrolu veya kısmi zamanlı çalışan uzman tabiplere yeterli sayıda ve genişlikte, yeterli şekilde aydınlatılan ve havalandırılan çalışma odaları ayrılabilir. Kadın hastalıkları ve doğum ile üroloji polikliniklerinde, ayrıca tuvaletin bulunması gerekir. Şayet kadın hastalıkları ve doğum poliklinikleri merkez bünyesinde diğer polikliniklerden ayrı, bağımsız bir bölümde ve bölüm içinde hasta tuvaleti de var ise ve üroloji polikliniğinden ayrı olarak sistoskopi - ürodinami odası bulunuyor ve burada tuvalet var ise, bu polikliniklerin muayene odasında tuvalet bulunması gerekmez.
- Ancak içinde tuvalet-lavabo bulunan poliklinik odalarında oda içinde ayrıca el yıkama lavabosu bulunmalıdır. Branşın gerektirdiği tetkik ve tedavi odaları (eko, endoskopi gibi) ile muayene odaları bağlantılı olabileceği gibi polikliniklere yakın mesafede ayrı da planlanabilir. Efor tek hekim ise kardiyooloji poliklinik odası ile bağlantılı olmalıdır.

Poliklinik muayene odalarının kapısında hizmet verilen uzmanlık dalının adı, oda içinde hastaların görebilecekleri bir yerde o muayene odasında görev yapan tabiplerin diploma ve var ise uzmanlık belgelerinin aslı veya mesul müdür tarafından onaylanmış bir örneği ile personel çalışma belgesinin müdürlük onaylı sureti, duvarda asılı olarak bulunur. Hasta kullanımındaki tüm oda kapı genişlikleri pervaz içi ölçü en az 110 cm. olmalıdır⁶⁶.

- 100 yataklı bir hastane yapısında acil servis birimine ayrılan metrekare alan 50 yataklı bir hastane büyüklüğünde (yaklaşık 300–350 m²) olmalıdır.
- Doktor, hemşire odaları, tıbbi ekipmanlar ve gerekli diğer donatılar bu metrekareler içerisinde çözümlenmelidir.
- 100 yataklı bir hastanenin acil servis bekleme alanı yaklaşık 30–50 m² olmalıdır.
- Acil servis birimlerinde kapı girişleri iki sedyenin yan yana geçebileceği büyüklükte olmalıdır.
- Acil servisler müşahede salonlarına ayrılmalı ve bu salonlar perde gibi elemanlarla modüllere ayrılmalıdır. Bu modüller hareket rahatlığı açısından yaklaşık 12 m² büyüklüğe sahip olmalıdır.
- Hastanelerde, çalışan bütün personel için binanın durumuna ve kadrosuna göre yeteri miktarda çalışma, dinlenme ve soyunma-giyinme yerleri ile duş, tuvalet ve lavabo bulunması şarttır. 24 saat hizmet veren Acil ünitesinde Nöbet tutan tabipler için dinlenme odası olmalıdır. Hasta ve yakınlarının dolanım alanlarından izole edilmiş tanımlı arşiv mahalli olmalıdır.”

⁶⁶ 31 Aralık 2009 Tarihli Resmi Gazete; Sayı: 27449; AYAKTA TEŞHİS VE TEDAVİ YAPILAN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI HAKKINDA YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK

- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 17109 sayılı Genelgesi uyarınca Özel Hastaneler 24 üncü maddenin dördüncü fıkrasına göre, ameliyathaneleri asgari 45 m² alan, 3.50 m. tavan yüksekliği, diğer ameliyathaneler için öngörülen asgari 30 m² alan, 3.50 m. tavan yüksekliği ve ameliyathane dahilindeki 2.00 m. koridor genişliği öngörülmektedir.
- Yoğun bakım ünitelerinde her bir alt ünite için 8 yatak ve her bir yatak için yaklaşık 20 m² alan ayrılmalıdır. Ayrıca her alt üniteye en az bir adet izole yoğun bakım ünitesi ve bu ünite için yaklaşık 25 m² alan bırakılmalıdır.
- Tek yataklı odalarda yatak başına en az 9 m²
- İki yataklı odalarda yatak başına 7 m²
- Çocuk hastalar için hasta başına en az 6 m²
- Çocuğu ile yatan loğusa hastalar için tek yataklı oda en az 12 m², iki yataklı odalarda yatak başına en az 10 m²,
- Birden çok yataklı odalarda yatak başına 10 m² olarak tanımlanmıştır.
- Hasta odalarının tavan yüksekliği en az 3 m. olmalıdır.
- 50 – 150 yatak kapasiteli bir hastane yapısında yaklaşık 100 – 120 m² merkezi sterilizasyon ünitesi alanı bırakılması gerekmektedir.
- Hastane mutfaklarında hastane kapasitesine göre, hasta başına 1,5 – 2 m² alan bırakılması gerekmektedir.
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon birimleri için 100 yataklı bir hastanede en az 150 – 200 m² alan ayrılması gerekmektedir.
- Radyoloji bölümlerinde her bir cihaz için ayrı mekan düzenlenmesi ve bu mekanların en az 15 m² olması gerekmektedir.
- Hastane bünyesinde yer alan eczanelerde kapsadığı mevcut birimlere göre, 100 yatak kapasiteli bir hastanede yaklaşık 100 – 120 m² ve 150 yatak ve üzeri hastaneler için ek baş eczacı odası ayrılarak düzenlenmesi gerekmektedir.

- Hasta bekleme salonu; tıp merkezlerinde bulunduğu kattaki her poliklinik odası başına en az dört metrekare alan düşecek şekilde bekleme salonları olmalıdır. Orta koridor bekleme amaçlı kullanılacak ise genişliği asgari üç metre olmalıdır. Bu durumda bekleme için tahsis edilmiş bir metrelik bekleme alanı toplamı bekleme alanı hesabından düşülerek diğer bekleme alanlarının değerlendirilmesi yapılır. Bekleme salonları ile bağlantılı bay-bayan tuvalet mahalli olmalıdır.
- Hastanelerde, hem hastalar ve hem de personel için erkeklere ve kadınlara ayrı ayrı olmak üzere yeterli sayıda lavabo, tuvalet ve banyo bulundurulması gerekmektedir. Tuvalet ve banyo kapılarının dışa doğru açılması zorunludur. Poliklinik katında en az bir adet özürlü tuvaletinin bulunması da şarttır.

2- Kullanıcı oranı;

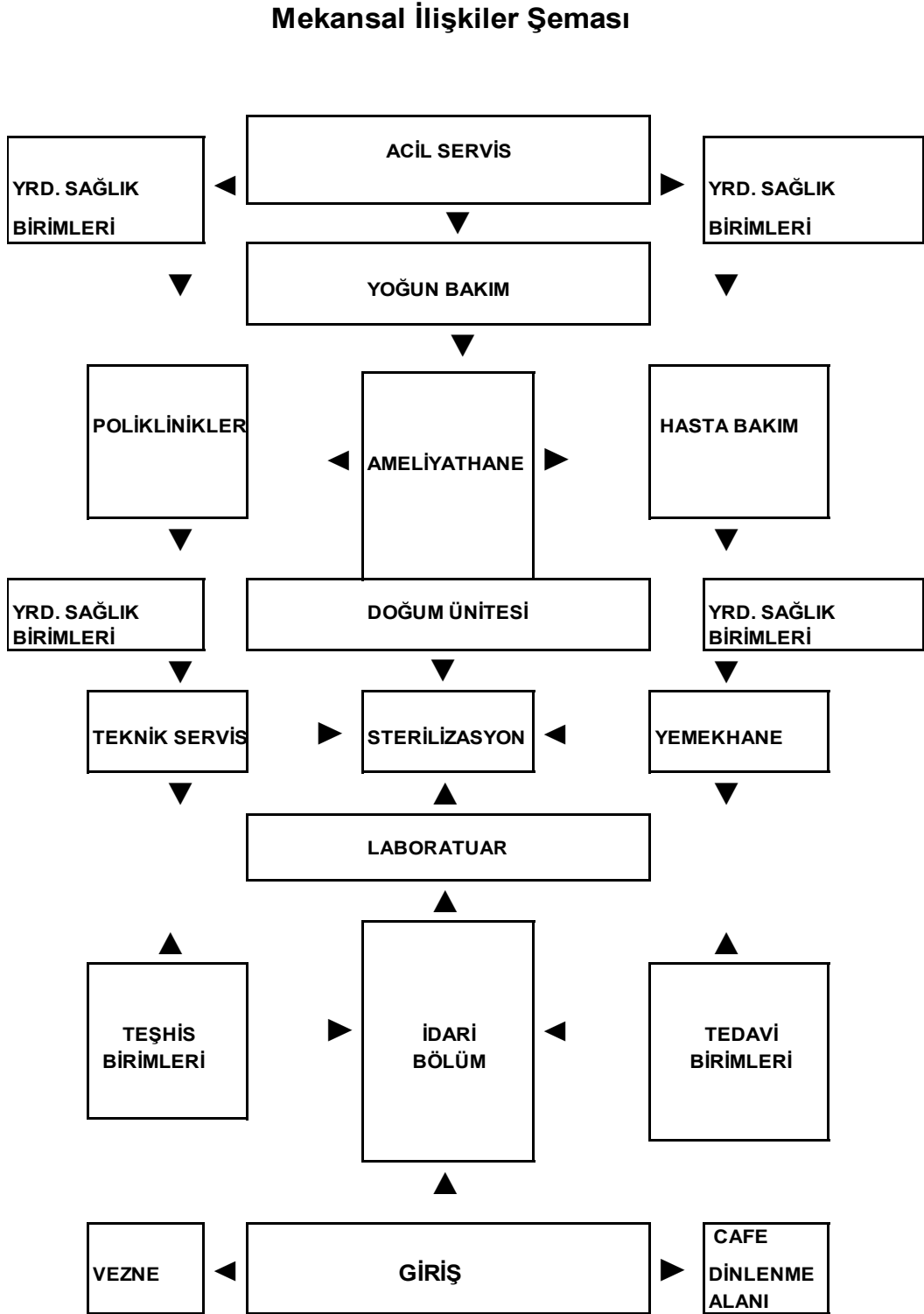
Hastaneler 7 gün, 24 saat hizmet veren organizasyonlardır. Bu organizasyonun sınıflandırılması ile ilgili gerekli açıklamaları I. Bölüm 1.4. kodlu başlık altında yapmıştık. Bununla birlikte hastaneler de gün içerisinde ihtiyaca göre ve günün saatleri ile ilgili olarak birimlerin kullanıcı oranları farklılık göstermektedir. Bu farklılığı hastanenin bulunduğu semt, uzmanlık alanı, mevcut hekim yeterliliği vb. konularda doğurmaktadır.

Hastane yapılarında ana giriş bölümleri ve teşhis bölümlerinin bir kısmı gün içerisinde sabah 08:00, akşam 20:00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Ancak acil servisler, teşhis ve tanı birimleri, hasta bakım üniteleri, ameliyathaneler gibi bölümler günün her saati hasta kişiye hizmet vermek amaçlı açık bulunmaktadır. Yeterli ve ihtiyacı karşılayabilecek kapasitede kalifiyeli eleman, teknolojik ekipman ve gerekli diğer unsurları bünyesinde bulundurması hastane yapılarının tercih edilmesinde büyük etken oluşturmaktadır.

Kişilerin maddi yeterliliği de bu konuyla doğru orantılı diğer bir özellik niteliği taşımaktadır.

5.3.3.3. Diğer bölümlerin birbirleri arasındaki bağlantı

Hastane yapılarında otoparktan, morg'a kadar bütün birimler birbiri ile ilişki içerisindedir.



Şekil 5.3.3.3.1. Diğer birimlerin arasındaki bağlantı.

5.2.3.4. Diğer bölümlerde kullanılması gereken doku, ışık, ses, renk gibi algısal etkenlerin belirlenmesi

İnsan sonunda ne olacağını bilemediği hiçbir şeyi yapmak istemez ve bu duruma karşı çekimser kalır. Özellikle hasta kişi karşılaştığı her olaya karşı olumsuz yaklaşır. Hastalığı nedeni ile içinde bulunduğu durumdan dolayı kişi karanlıktan korkar ve çekinir. Bunun için hastane yapılarında ışık ve gölge düzenini iyi sağlamak gerekmektedir. Hastanelerde ışık, kullanılacak mekan ve işe göre uygun değerde seçilmelidir. Özellikle ameliyathane, teşhis ve tedavi birimleri, bekleme alanları, hasta bakım ünitelerinde kullanılan ışığa dikkat edilmesi gerekmektedir. Hastane yapılarında mümkün olduğunca doğal ışıktan faydalanılması gerekmektedir. Duvar, döşeme ve diğer donatıların dokusal yüzeylerinin de çok pürüzlü veya çok parlak olmamasına dikkat etmek gerekmektedir. Pürüzlü yüzeyler göz yanılması nedeni ile baş dönmesine sebep olabileceği gibi, çok parlak ve pürüzsüz yüzeylerde hasta üzerinde mide bulanmasına sebep olabilmektedir. Dokular çevreye uyum sağlayabildiği sürece doğru kullanılmış olabilirler. Merdivenlerde kullanılan korkulukların, kapı yüzeylerinin, hatta kapı tokmaklarının, döşemenin, aydınlatma armatürlerinin ve kullanılan diğer donatı ve elemanlarının birbirleri ile uyum içerisinde olması gerekmektedir.

Hastanelerde renk seçimi özen isteyen bir konudur. Bu seçim yapılırken hastanın hastanede kalma süresi göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sinir hastaları üzerinde yapılan bir araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; kısa süre hastanede kalan hastalar kırmızı ve sarı gibi spektrum'u kısa dalgalı renkleri, uzun süre hastanede kalan hastalar ise mavi ve yeşil gibi spektrum'un ucundaki soğuk renkleri tercih etmişlerdir⁶⁷.

İnsan gözlerini kapatarak kendini ışıktan koruyabilir ve görmek istemediği diğer nesnelere görmekten uzak durabilir. Ancak ses diğer iki olgu gibi değildir. Özellikle hasta kişi etrafındaki seslere karşı hassaslaşır.

⁶⁷ Katz, S. E. 1931 COLOR PREFERENCE IN THE INSANE, Journal of abnormal and Social Psychology. s. 26

Bir başka değişle, değişik duyumların insanlara sağladığı duyumsal uzamın algılamaları derinlik, zenginlik, uyarıcılık, doyuruculuk nitelikleri açısından birbirlerine denk değildirler. Batılıların işitsel uzama (gürültü), Doğuluların görsel uzama daha duyarlı olması gibi⁶⁸. Bazen bir doktorun bile sesi hastaya yüksek gelirken, bazen de yoldan geçen bir aracın çıkardığı ses hastayı rahatsız edebilir. Günümüzde hastane yapılarının kent merkezlerine inşa edilmesi bu sorunu daha da etkilemektedir.

Hastaların hastaneler ile ilgili şikayetçi oldukları konulardan biride hastane yemekleridir. Yemek yemek isteği işitsel, görsel, koku, tat ve kinestetik algının birleşmesinden doğan bir ihtiyaçtır. Hastaya yapılan yemek servisinin bile hastanın psikolojisini olumsuz yönde etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın içinde bulunduğu ortamın sıcak ve soğukluğu önem taşımaktadır. Hastane yapılarında bütün birimlerde bu özelliğe dikkat edilmesi ve her birim için uygun sıcaklığın belirlenmesi gerekmektedir.

5.2.4. Uygulanmış projelerin incelenmesi

Günümüzde daha iyi hizmet sunmak amacı ile hastaneler hızlı bir değişim süreci içerisine girmiş bulunmaktadır. Kimi zaman hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilmek, kimi zaman daha iyi hizmet sunabilmek kimi zamanda piyasada rekabet edebilmek amacı ile bu değişiklikler yapılmaktadır.

Dış ülkelerde hastane yapılarının hasta ve diğer kullanıcılar üzerindeki etkileri ile ilgili birçok araştırma yapılmış ve yapılan bu araştırmaların tümü kısa sürelerde ve belirli hastanelerde gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmalar yapı, kullanıcı, eylem işlemleri süreci olarak incelenmemiştir. Çalışmalar sadece kişisel araştırmalar olarak kalmış, bu çalışmaların sonucunda bütünlük ve süreklilik sağlanamamıştır.

⁶⁸ Hall, E. T. 1974, HIDDEN DIMENSION Doubleday, Newyork.

Bu incelemede diğer b6l6mlerde yazdığımız hastane yapılarında giriş b6l6mlerinde olması ve uygulanması gereken teknolojik 6r6nlerin ve sistematik yerleşimin uygulanmış projelerde hayata ne denli geçirilip geçirilmediğini incelemek amaçlanmıştır.

1. 6zel G6ng6ren İlgı Hastanesi

1999 yılında İstanbul 6zel İlgı Hastanesi sağlık sorunlarını 66zlemek amacıyla 45 yatak, 3 ameliyathane, 3 doğumhane, yetişkin ve bebek yoğun bakım 6niteleri, acil servisi, tam donanımlı ambulansı ve t6m birimleriyle gece g6nd6z hizmet sunmak amaçlı kurulmuştur.

2004 yılında yeniden yapılanmaya giden İlgı Hastanesinde gerek teknik donanım ve tıbbi cihazlar ve gerekse katlarda yapılan yenileme ve modernizasyon 7alışmalarıyla hastaların ihtiyaçlarını daha iyi bir şekilde karşılamaya 7alışmaktadır.

B6nyesinde yer alan b6l6mler:

- Beyin Cerrahisi
- Cilt ve Deri Hastalıkları
- 7ocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Dahiliye (İ7 Hastalıklar)
- Ortopedi ve Travmatoloji
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
- 6roloji
- Plastik ve Rekonstr6ktif Cerrahi
- Gastroenteroloji
- Genel Cerrahi
- Radyoloji
- G6đ6s Hastalıkları ve Alerji

- Göz Hastalıkları
- Laboratuvar
- Yenidoğan Yoğun Bakım
- Erişkin Yoğun Bakım
- Kadın Hastalıkları ve Doğum
- Kulak Burun Boğaz
- Ağız Diş Sağlığı
- Nöroloji
- Check – Up
- Psikolog
- Diyetisyen
- Acil Servis ve Ambulans Hizmetleri

bölümleri yer almaktadır.

Bünyesinde birçok tanı ve tedavi birimi bulunduran bu hastane yapısı, gerek mevcut otopark alanının bulunmaması, gerekse de ile merkezinin kilit noktası olan mevkide inşa edilmesi gibi nedenler ile birçok konudan eksik kalmış bulunmaktadır. Ana giriş bölümünde rampa bulunmamakla birlikte, sağ ve sol taraftan merdivenler ile girilen hastane yapısının giriş kapısının genişliği oldukça yetersizdir.

45 yatak kapasiteli hastane yapısının giriş alanı yetersiz kalmaktadır. Özellikle kayıt bölümünde insanlar sırada ve ayakta beklemektedir. Bekleme alanında oturmak için yer bulunmamakla birlikte, hastaneye giren hasta, yapının yol üzerinde ve nnden metro geçmesi nedeni ile çok fazla gürültüye maruz kalmaktadır. Alan yetersizliği ile giriş bölümünde kafeterya vb. bir bölüm yer almamaktadır. Hastane giriş alanında, bünyesinde yer alan birimler ve yönlendirme levhaları bulunmamaktadır. Ancak bu levhalar duvarların yüzeyindeki gereksiz ve uygunsuz yerlerde kullanılan diğer aksesuar ve şekiller yüzünden fark edilememektedir.

Bununla birlikte merdiven ve asansör gibi hastaneler için önem taşıyan iki donatı elamanı giriş kapısının tam karşısında yan yana yer almakta ve kendilerine ait bir alanları bulunmamaktadır. Bu da kullanıcıların rahat hareket edememesine neden olmaktadır.

Acil servis giriş bölümü ise ana giriş bölümünden farklı konumlandırılmıştır. Ancak acil servis girişi yapının alt yapı, alan yetersizliği vb. nedenler dolayısı ile yetersiz kalmaktadır. Acil servis girişinin sokak arasında olması nedeni ile ambulansların kapıya yaklaşmasının zorlaşması ile birlikte sedye için oluşturulan rampa çok dik ve giriş koridorunda hareket kısıtlılığı oluşturacak şekilde konumlandırılması problemini ortaya çıkarmıştır. Bu nedenden ve yine alan yetersizliğinden dolayı hasta kabul bankosuna çok küçük bir yer ayrılmış ve oluşturulan koridor dar yapılmıştır.

Ayrıca giriş bölümlerinde kullanılan mevcut renklerin uyumsuzluğu dikkati çekmektedir. Ana giriş bölümünde döşeme ve duvarlar da kullanılan renk ve donatılar insana sıkıntı vermektedir. Ana giriş ve acil servis girişinden diğer bölümlere ulaşım hastane içerisinden sağlanmaktadır. W.c.'ler hasta ve diğer kullanıcıların kolay ulaşabilecekleri alanlarda konumlandırılmıştır.

2. Özel Kolan Hastanesi

2008 Yılında faaliyete başlayan Beylikdüzü Kolan Hospital 4 adet tam teşekküllü büyük ameliyathaneye, 1 Koroner, 1 Cerrahi 2 Dahili Erişkin Yoğun Bakım yataklarına, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Kardiyoloji, Laboratuar, Radyoloji hizmetleri gibi sağlıkla ilgili ihtiyaçlarınızın büyük bir kısmına cevap verebilecek teknolojiye sahiptir.

Bünyesinde yer alan bölümler:

- ◆ Acil
- ◆ Kadın Hastalıkları ve Doğum
- ◆ Genel Cerrahi

- ◆ Kulak Burun Boğaz Hastalıkları
- ◆ Ortopedi ve Travmatoloji
- ◆ Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi
- ◆ Göz Hastalıkları
- ◆ Beyin ve Sinir Cerrahisi
- ◆ Üroloji
- ◆ İç Hastalıkları
- ◆ Göğüs Hastalıkları
- ◆ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- ◆ Cildiye
- ◆ Nöroloji
- ◆ Kardiyoloji
- ◆ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
- ◆ Ağız ve Diş Sağlığı
- ◆ Yenidoğan Yoğun Bakım
- ◆ Erişkin Yoğun Bakım
- ◆ Kolonoskopi
- ◆ Gastroskopi
- ◆ Bilgisayarlı Tomografi
- ◆ Mamografi
- ◆ Röntgen
- ◆ Kemik Yoğunluğu Ölçümü
- ◆ Ultrasonografi
- ◆ Renkli Doppler Ultrasonografi
- ◆ Biyokimya

- ◆ Mikrobiyoloji
- ◆ Hormon
- ◆ Patoloji

bölümleri yer almaktadır.

Özel Kolan Hastanesi şehir merkezinden daha uzak konumlandırılmıştır. Gerek merkezden uzak olması, gerek alan yeterliliği, gerekse de alt yapı gibi özelliklerinin sağlıklı oluşturulması nedeni ile geniş bir otopark alanına sahip bulunmaktadır. Sakin bir alanda konumlandırılmasından dolayı hastalar trafik gürültüsü vb. seslere maruz kalmamaktadır.

Yapının ana giriş bölümü mümkün olduğunca doğal ışıktan yararlanabilmek amacı ile büyük camlarla cephelerde açıklıklar oluşturulmuştur. Yapının toplam alanı açısından ana giriş bölümüne oldukça önem verilmiş ve hastaların rahat hareket edebilmesi amaçlı geniş yer ayrılmıştır. Ana girişte tek basamaklık bir kot farkının bulunmasının yanı sıra engelliler ve yaşlılar için birde rampa yer almaktadır. Girişte gelen hasta ve diğer kullanıcıları danışma karşılamaktadır. Burada hasta ve diğer kullanıcılar ihtiyaçları doğrultusunda gidecekleri bölümlere yönlendirilmektedirler. Kullanıcıların uzun süre beklememeleri için büyük bir hasta kabul bankosu oluşturulmuştur. Ana giriş bölümünde kayıt işlemleri ya da diğer amaçlarla bekleyen hasta ve kullanıcılar için geniş bekleme alanları oluşturulmuş ve rahat oturma elemanları yerleştirilmiştir. Bunun yanı sıra bekleme amaçlı bir cafe ana giriş bölümünde yer almaktadır. Girişin karşısında yer alan merdiven ve asansörler için rahat hareket amaçlı geniş bir alan bırakılmıştır. Duvarlarda yer alan üzerinde birimlerin yazdığı ve yönlendirme amaçlı kullanılan levhalar ise hem alan yeterliliği hem de mekan da çok renklilik olmaması sayesinde kolaylıkla fark edilmektedir.

Acil servis girişi yapının diğer cephesinde konumlandırılmıştır. Otopark ve evre açısından rahat bir alana sahip bulunmaktadır. Arka otoparktan acil servis kapısını kullanmak için sedye ve tekerlekli sandalye gibi acil durum ekipmanlarının kolay ulaşımını sağlamak için kot farkı oluşturulmamıştır.Acil servis girişi alt yapının doğru oturtulması, alan yeterliliği vb. nedenlerden dolayı geniş bir alana sahip bulunmaktadır. Bu alanda fazla renk kullanımı uygulanmamıştır. Bekleyen hastalar ve diğer kullanıcılar için oturma elemanları kullanılmış ve gece saatlerinde cafe' nin kapalı olduğu dūřunölerek kahve otomatı gibi servis donatıları yerleştirilmiştir. W.c.'ler kolay ulaşılabilir alanlarda konumlandırılmış ve engelliler için ıslak hacimler oluşturulmuştur. Her iki giriş bölümünden de diğer hastane bünyesindeki birimlere kolaylıkla ulaşılabilmektedir.

Örnek Seçilen Hastanelerin Giriş Bölümlerinin Fotoğrafları;



Resim 5.2.4. a. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. b. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. c. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. d. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. e. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. f. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. g. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. h. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. i. Kolan Hastanesi



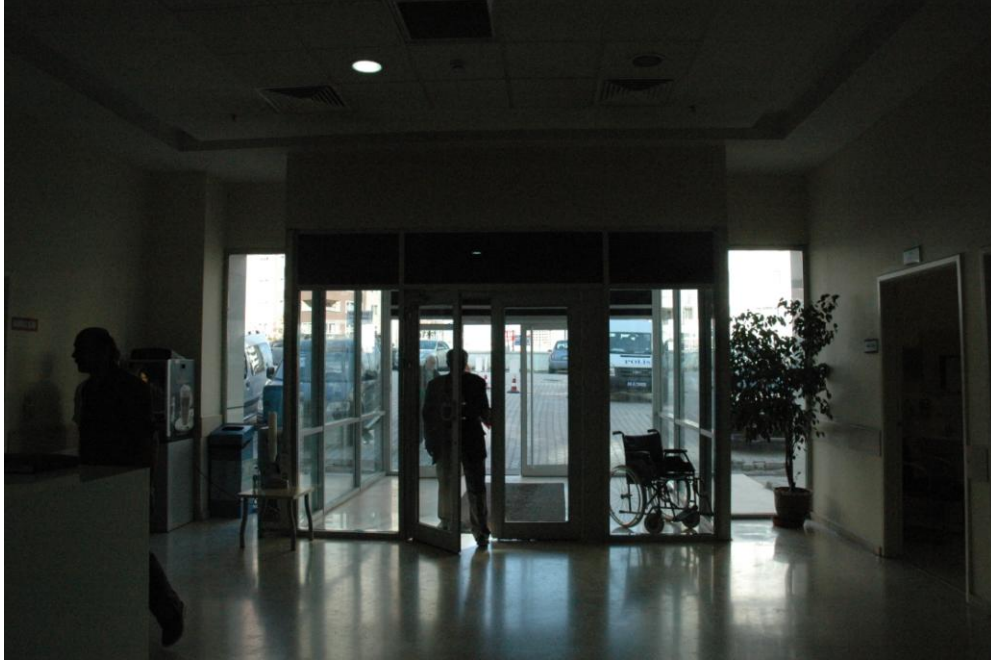
Resim 5.2.4. j. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. k. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. l. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. m. Kolan Hastanesi

Acil servis girişi otopark bölümü ile kot farklılığı olmaması ve cephede büyük camlarla rüzgarlık bölümü oluşturulmuş camlı kapılara yer verilmesinden dolayı gün ışığını alana alabilmektedir. Alanda yer yer doğal bitki elemanlarına yer verilmiştir.



Resim 5.2.4. n. Kolan Hastanesi



Resim 5.2.4. o. Kolan Hastanesi

Hastane yapısının genelinde döşemeler de aynı malzeme kullanılmıştır. Renklerdeki sadelik dikkati çekmektedir. Tavanlar oldukça yüksek, aydınlatma, ses ve havalandırma sistemleri asma tavan uygulamasında oluşturulmuştur.



Resim 5.2.4. a1. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. b1. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. c1. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. d1. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. e1. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. f1. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. g1. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. h1. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. 11. İlgi Hastanesi

Döşemeler de çok renk kullanıldığı ve renklerin uyumsuzluğu nedeni ile göz yorulmaktadır. Cephe pencere açıklıkları ile gün ışığını yapının içerisine almak amaçlı oluşturulmuş olsa bile camlara yapıştırılan reklamlar ve camın önüne konumlandırılan elemanlar nedeni ile ışığın yapının giriş bölümüne girmesi engellenmektedir.



Resim 5.2.4. j1. İlgi Hastanesi

Acil servis girişinin sokak arasında olması ve servis girişinin yol kotundan aşağıda olması nedeni ile çevredeki kirlilik yapının içine girmekte ve görüntü kirliliği ortaya çıkmaktadır. Yapıda kullanılan klima sistemlerinin de hemen giriş kapısının üzerinde bulunması bu konuların olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır.



Resim 5.2.4. k1. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. 11. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. m1. İlgi Hastanesi

Döşemede malzeme farklılıkları dikkati çekmektedir. Ayrıca malzeme birleşim ve bitiş yerlerinin uygulama eksikliği yüzünden oluşan kötü görüntü dikkati çekmektedir. Alana girmek için kullanılan dik rampanın ıslak hacim koridorunun ortasında bitmesi olumsuz bir unsur olarak görülmektedir.

Alanda temizlenmesi zor olan birçok köşe bulunmakla birlikte metal ayaklı hasta kabul bankosu da toz birikebilecek en önemli yerlerden biridir.



Resim 5.2.4. n1. İlgi Hastanesi



Resim 5.2.4. o1. İlgi Hastanesi

Koridorda alan yetersizliği nedeni ile hastaların yada refakatçilerin beklerken oturmaları amaçlı donatı elemanları bulunmamaktadır. Bir diğer dikkat çekici unsur olarak alanın yetersizliği nedeni ile sedyenin koridorun ortasında bulunması olumsuz bir şekilde dikkati çekmektedir.

5.2.5. Giriş mekanlarının daha iyi hizmet verebilmesi için mekansal çözüm önerileri

Yapılan araştırmalar kapsamında hastanede bulunan hasta, hasta yakınları ve idari personel ile yapılan görüşmelerde, tüm kulla giriş mekanları ile ilgili olarak bazı şikayetleri dile getirdikleri dikkatimizi çekti. Bunları;

- Personel ilgi eksikliği,
- Yönlendirme ve bilgilendirme tabelalarının eksikliği,
- Oturma ve bekleme alanlarının eksikliği,
- Girişlerde acil durumlarla ilgili sedye ve tekerlekli sandalye eksikliği,

- Wc' nin uzak ve yetersiz olması,
- Otopark alanı yetersizliği,
- Giriş rampalarının eğim fazlalığı,
- Mekanda kullanılan renklerin beğenilmemesi,
- Havalandırmanın yetersiz olması,

v.b. faktörler' i sıralayabiliriz.

Tüm kullanıcıların bu şikayetlerini göz önüne aldığımızda, günümüzde hasta odaklı yapılan hastane tasarımlarının yetersizliği karşımıza çıkmaktadır. Hasta kişi içinde bulunduğu fizyolojik ve psikolojik durum nedeni ile daha fazla ilgi, daha iyi hizmet ve temiz bir ortam istemektedir. Kullanıcıların istekleri göz önünde bulundurarak, mekanlar la ilgili daha iyi hizmet verebilmek amaçlı;

Hastane yapılarında otopark alanları tasarım aşamasında düzenlenmeli, gerekli otopark alanı yoksa, arazinin durumu göz önünde bulundurularak çözüm üretilmeye çalışılmalıdır. Eğer hastane inşa alanı şehir merkezlerinde veya yakın alanlarda ise, otopark alanı için uygun alan mevcut değil ise çözüm yolu üretilmeye çalışılmalıdır.

Yapının çevre düzenlemesi yapılmalı, giriş mekanı ile arasında süreklilik sağlanmalı, giriş mekanlarında bu düzenleme devam ettirilmelidir. Kullanıcı üzerinde iç ve dış mekan arasında kurulan bağ ile ferah bir etki sağlanmaya çalışılmalıdır.

Hastane yapılarında sedye, tekerlekli sandalye, yaşlı kullanıcılar v.b. durumlar göz önünde bulundurularak rampa eğimleri %5 olarak tasarlanmalıdır.

Hastane giriş mekanlarının dış çevre ile bağlantısı büyük pencereler yardımı ile sağlanmalıdır. Bu şekilde doğal ışığında ortama rahatlıkla girmesi sağlanmış olacaktır.

Hastane girişlerinde gerekli durumlar için fazla sedye ve tekerlekli sandalye bulundurulmalıdır. Yapının şekilsel olarak herhangi bir eksikliği söz konusu ise ek bir rüzgarlık veya giriş kapısına yakın bölüm oluşturulmalıdır.

Kişilerin içinde buldukları duruma karşı vücutlarının verebileceği tepkiler göz önünde bulundurularak havalandırmaya önem verilmesi gerekmektedir.

Girişlerde dış çevre ile arada bağ kurmaya çalışırken, hastaların yapının konumlanmasına göre diğer dış faktörler göz önünde bulundurularak (araba sesleri v.b. gürültüler), bu durumdan rahatsız olmamaları için hastalara klasik müzik dinlettirilebilir.

Girişlerde karşılama, güvenlik bankosu oluşturulmalı ve hastaların buradan kayıt bölümlerine yönlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu birim yönlendirme levhaları yada benzeri görsel donatılar ile desteklenmelidir.

Hasta kayıt bankolarında daha yakın ilgi gösterebilmek ve hastayı anlamak için banko tasarımının uygun yapılması gerekmektedir. Mümkünse hasta ve kayıt alan personel birebir konuşarak hasta kişiyi yönlendirmelidir.

Kayıt bankosunun arka kısmında ön büro benzeri bir mekan oluşturulmalıdır. Hem para akışının kolay kontrol altına alınması ve kullanıcıların herhangi bir yetkili kişi ile görüşme isteği oluştuğunda bu alanda görüşme yapabilir olması sağlanmalıdır.

Bekleme alanında oturma elemanları rahat tasarlanmalıdır. Kişiler arası mesafe iyi ayarlanmalı, geçiş alanları rahat olmalıdır. Hastane kapasitesine oranla bekleme alanı oluşturulmalıdır.

Wc. ler giriş bölümlerinde kolay ulaşılabilir bir noktada konumlandırılmalıdır.

Wc. ler de kullanılan batarya, aydınlatma elemanı, klozet ekipmanları, dezenfektan elemanları gibi donatıların fotoselli olması gerekmektedir ve hijyen açısından önemlidir.

Giriş mekanların da kullanılan öge ve donatılar arasındaki renk uyumuna dikkat edilmesi gerekmektedir. Hasta ve diğer kullanıcıların sıkılmadan bekleyebilecekleri bir ortam tasarlanması önemlidir.

Giriş mekanların da hastaların kan akışının hızlanmaması ve beklemekten gerginleşmemeleri için yeşil ve kahverengi tonlarının kullanılması uygun olacaktır. Sadece dikkat çekmek amaçlı, yönlendirme ve bilgilendirme levhalarında, diğer yön bulma donatılarında ve acil durum elemanlarında canlı, dikkat çekici renklerin kullanılması uygun olacaktır.

Mekanın içinde gerekmedikçe, hastaların rahat edebilmesi göz önünde bulundurularak kot farklılıkları kullanılmamalıdır.

Hasta ve diğer kullanıcıların kullanımı amaçlı kafeterya yapılmalıdır. Kafeteryanın bir koridor yardımı ile giriş bölümüne bağlanması tercih edilmelidir.

Asansör, merdiven gibi donatıların ulaşımı kolay olmalıdır. Sedyeli ve ayakta hastalar için ayrı asansörler oluşturulmalıdır. Asansör ve merdiven gibi yapıda önemli rol oynayan donatılar için rahat hareket edebilme amaçlı alanlar oluşturulmalıdır.

Acil girişler her zaman diğer girişlerden ayrı oluşturulmalıdır. Acil giriş bölümünde kapı genişliği 2.00 metreye yakın olmalı, giriş otopark alanı ile aynı kotta olmalıdır. Böylelikle ambulandan mekan' a nakil işlemi daha kolay sağlanacaktır.

Gerekli ünitelere ve teknolojik ekipmanlara duyulacak ihtiyaç göz önünde bulundurularak, ileride doğabilecek ihtiyaçlarında hesaplanarak acil servislerin alan hesabının yapılması gerekmektedir.

Acil servisin tesisatı bitmiş tavan yüksekliğinin en az 3.50 cm olması gerekmektedir. Böylelikle hava sirkülasyonu daha iyi sağlanmış ve ekipmanlar daha rahat kullanılabilir olacaktır.

Acil servis bekleme alanlarında oturma elemanlarının sıralı oturma elemanı olarak seçilmesi mekanlar açısından daha uygun olacaktır.

Acil servislerde kullanılan renkler önemlidir. Kan akışının hızlanmaması ve hastaların gerginleşmemesi için gri ve kahverengi tonlarının kullanılması uygun olacaktır. Sadece dikkat çekmek amaçlı, yönlendirme ve bilgilendirme levhalarında, diğer yön bulma donatılarında ve acil durum elemanlarında canlı, dikkat çekici renklerin kullanılması uygun olacaktır.

Hastane yapılarında morg ve diğer servis girişleri, ana giriş ve acil servis giriş kapılarından uzak yada başka yönde konumlandırılmalıdır. Böylece diğer hastaların üzerinde olumsuz etki oluşması engellenmiş olur.

Giriş mekanların da döşemeler kolay temizlenebilen, anti bakteriyel kaplamalar olmalıdır. Mermer, granit v.b. döşemede kullanım için seçilen elemanlar en az 60*60 ebadın da seçilmelidir. Derz aralıkları koyu renk olmalıdır. Acil girişlerinde ise silikon, kauçuk esaslı malzeme seçilmesi gerekmektedir.

Hastane yapılarında genel olarak mümkün oldukça, temizlik kullanım açısından 90° ve altı, köşe bitimleri bırakmamak gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Çalışmanın genel sonuçları

Giriş bölümünde de belirttiğimiz gibi, bu çalışmada mekan organizasyonu açısından karmaşık fonksiyonlu olarak tanımlanan hastane yapılarının günümüz tüketim ihtiyaçları karşısında nasıl şekillendiğini ve hastane giriş mekanlarının hasta, diğer kullanıcılar üzerinde etkisini, giriş mekanlarının diğer hastane alt bölümleri ile bağlantısını yansıtmaya çalıştık.

Hastane yapıları ile ilgili gerçeklerin daha sağlıklı öğrenilebilmesi ve araştırma konumuzla ilgili bize yol gösterici olabilmesi için günümüz hastane yapılarının yapısal, evrimsel değişimlerini tarihsel süreç içerisinde ele almaya çalıştık ve çağımızın teknolojisinden yararlanarak bütünlük sağlamaya, bağ kurmaya çalıştık. Bu gelişmelerin yanı sıra karşımıza çıkan alt yapı eksikliklerini, yetersiz çevre düzenleme anlayışını ve tüzüğe aykırı şekilde inşa edilen, konumlandırılan hastane yapılarının sağlıklı bir şekilde hasta odaklı bir anlayışla nasıl düzenlenmesi gerektiği hakkında bilgi vermeyi amaçladık.

Günümüz hastane yapılarında, teknolojik gelişmelerin getirdiği yeniliklerden faydalanmaya çalışılırken, insan ihtiyaçlarının göz ardı edildiği özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu hatanın sıklıkla tekrarlandığı ve bunun teknolojik gelişmelere mal edilmeye çalışıldığı dikkatimizi çekmektedir. Hastane yapılarında teknolojik gelişmelerin etkilerini, getirilerini el alırken insan psikolojisinin bunu nasıl algıladığını ve nasıl yorumladığını unutmamak gerekmektedir.

İçinde bulunduğumuz toplumda insanlar; başka insanlar ve onların amaçları için kullanılmadığı, mutlu ve onurlu bir yaşam sürebildiği, kendisine saygı duyulduğu ve güvence sağlanabildiğini hissettiği zaman, karşısındaki insanların onun birey olduğunun farkında olduklarını hissettirdiği zaman yaşama bağlılık duymaktadır. Bu özellikler bir araya geldiğinde insanlar birbirlerini sevmeye başlarlar. Hastane yapılarında bu özellikler en iyi örnek olarak hasta odaklı tasarım başlığı ile karşımıza çıkmaktadır. İlk olarak bu özelliklerin yansıtılabileceği alan ise hastane giriş bölümleridir.

Hastane giriş bölümleri bir hastanenin çekirdeği gibidir. Çevresiyle iyi ilişki kurabilmesi, ihtiyaçları karşılayabilmesi, insanı fizyolojik nedenlerden dolayı içerisinde bulunduğu psikolojik çöküntüden biraz olsun uzaklaştırabilmesi amacı ile ön plana çıkmakta ve önem kazanmaktadır. Hasta kişi ve yakınları ile ilgili bıraktığı intibadan dolayı ikinci bir şansı olmayan hastane yapılarının giriş bölümleri hastane yapısının en iyi referanslarından biridir. Giriş mekanları hastanenin diğer tüm bölümlerini de birbirine bağlar. Ana birim olarak ele alınabilir ve araştırma yaptığımız diğer bölümlerde yazdığımız birçok özelliği ile tasarım aşaması için uzmanlık isteyen bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Özellikle üniversitelerde hastane inşaatı, planlama ve tasarım, kullanılması gerekli donatıların doğru belirlenebilmesi için bölümler oluşturulması gerekmektedir. Doğru hizmet verilebilmesi için kalifiyeli eleman yetiştirilmelidir. Devlet katkısında araştırmalar yapılmalı ve hasta ihtiyaçlarının önemi göz önünde bulundurularak bu araştırmaların daha ciddi yapılabilmesi için birimler oluşturulmalıdır. Hastane giriş mekanları' nın ihtiyaçları daha iyi karşılayabilecek şekilde çözümlenmesi, araştırmaların ve kaynakların doğru değerlendirilmesi; soyuttan somut olana, kuramdan uygulamaya geçmek ile mümkün olacaktır.

6.2. Çalışma ile ilgili öneriler

Hastane yapılarında gelişim ve değişim için yapılan yenilemeler hasta odaklı olmalı ve insan – çevre ilişkilerinin düzenlenmesine yardımcı olmalıdır.

Hastanelerde tasarımcı, hasta kişinin moral bulması, ihtiyaçlarını rahatlıkla karşılayabileceği konforlu ortamlar sunmak ve bunu yaparken insan – algı – çevre faktörünü göz önünde bulundurmaktır. Konfor önemli bir etkidir. Konfor eksikliği insanın fiziksel ve psikolojik durumunu olumsuz yönde etkiler.

Hastalar acı, korku, endişe, huzursuzluk v.b. duyguları güçlü olarak hissettikleri için çevrelerinde olan olayları, estetik ve güzellik gibi değerleri dolaylı bir şekilde algılamaktadırlar. Tasarımcı tasarladığı çevre sayesinde hasta kişi ve diğer kullanıcılar üzerinde güven verici bir alan ortaya koyulabilir.

Giriş bölümlerini hastane yapılarının çekirdeği olarak ele aldığımız zaman bu bölümde sistemli bir biçimde; renk, doku, malzeme v.b. donatıların doğru kullanımıyla hasta insan ve diğer kullanıcılar üzerinde olumlu bir etki yaratılabilir.

Yinelemeler mekan da dikkati çeken unsurlardır. Yönlendirme ya da bilgilendirme amacı ile dikkat çekilmek istenilen noktalarda yinelemeler kullanılabilir. Ancak çok sık yapıldığı takdir de insanı yorar ve bıkkınlık hissi yaratır. Bu nedenle uzamlar tasarlanırken ve donatılar seçilirken birbirleri arasındaki uyum ve değişebilirlik gibi özelliklere dikkat etmek gerekmektedir.

Hastane yapılarının yerleşim konumları gürültü denetimi, otopark gibi konuların sağlanabilmesi amaçlı önceden belirlenmesi gerekmektedir.

Mekanda kullanılacak yapı elemanları ve donatıların biçim ve boyutlarına önem verilmelidir.

Hasta kişiler içinde buldukları ortam kadar, çevrelerinde olan biten olaylardan da etkilenirler. Gürültü, çevre kirliliği v.b. olaylara maruz kalmak hasta üzerinde olumsuz etkilere neden olacaktır. Bunu önlemek amacı ile yapının konumlandığı alan, alt yapı donanımı, etrafında bulunan diğer mekanlar önem kazanmaktadır.

Hastane yapılarında uzamlara uymayan doğal ve yapay ışıklar hastaları psikolojik olduğu kadar fiziksel olarak da olumsuz etkileyebilir. Bunun için mümkün olduğunca doğal ışıktan faydalanılmalı ve ışık – gölge düzeninin iyi kurulması gerekliliğine dikkat edilmelidir.

Hastane girişleri, yapıyı kullanan hasta ve diğer kullanıcıların ortak kullanım alanı olduğu için mekana uyum ve donatıları rahat algılamak için renk seçiminde karmaşadan kaçınılması gerekmektedir.

Hastane giriş mekanlarında kullanılan donatı ve araç gereçlerin seçiminde akustik ölçütler belirlenmeli ve bu tüm hastane yapıları giriş bölümlerinde uygulanabilir özelliğe sahip olmalıdır.

Algısal faktörler hastane girişlerin de çok önemlidir. Ancak sadece ışık, ses, nem, ısı gibi fiziksel çevreden gelebilecek ve algıları harekete geçirebilecek etkenler denetlenebilir. Hasta odaklı yaratılabilecek ve tasarlanabilecek olan diğer görsel öğe ve donatılar memnuniyeti yükseltmek ve hastane yapısına ikinci bir ziyareti olası kılmak amaçlanmalıdır.

. KAYNAKLAR

Addison BENNETT, İmproving Management Performance in Health Care İnstituons: A Total Approach (Chicago: America Hospital Association, 1978),

Akdur, R. “Çağımızda Hasta - Sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları.” Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, Cilt 5, 1997.

Arayıcı, Osman, Yrd. Doç. Dr.; Malzeme ve Estetik Diyalektiği, Mimarlıkta Malzeme Dergisi, Kış 2009, Sayı 14,

AYDIN, Yrd. Doç. Dr. Dicle. Hastane Mimarisi, İlkeler ve Ölçütler. (İstanbul, Entegre Matbaacılık 2009).

Boring, E. G. – Langfeld, H. S. – Weld, H. P.: Foundations of Psychology, John Wiley and Sons, Inc. Newyork, 1956,

bursaonkoloji.gov., Bursa Ali Osman Sönmez Hastanesi Onkoloji Bölümü Yayınları

CORSO, J. F. The Experimental Psychology of Sensory Behavior. (Newyork, 1967. Holt, Rinehart and Winston, İnc.).

Doxiadis, C. A. 1963, Architecture in Transition s.194, Hutchinson and co ltd. London

Eceoğlu, Arzu. Y. Lisans Tezi., Dolmabahçe Sarayında Dört Büyük Salonda İç Mekanda Kullanılan Renkler., İKÜ. İstanbul 2007

Erdem Aydın. “ Türkiye’ de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi” . Toplum ve Hekim. Cilt 12. sayı 80.

Erkan, Dr. Necmettin.; Ergonomi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No:373, Ankara, 2003.

Ersoy, G.; Rodoplu, Ü.; Atilla, R. Et all; Acil Servis Mimarisi; Sendrom, Ocak 1999.

Gönül CANTAY. Anadolu ve Osmanlı Darüşşifaları. Atatürk Kültür. Dil ve Tarih Yüksek Kurumu AKM Yayını Sayı:61 Ankara 1992.

GÜREL, Sümer. İnsan İnsanın Kurdudur. (İstanbul, Huzur Ofset, 2010).

Hall, E. T. 1974, HIDDEN DIMENSION Doubleday, Newyork.

HUMAN, Editör Robert Winston, Penguin Yayınevi, Londra, 2004,

İbid. ; Stevens, S.S. : Handbook of Experimental Psychology, John Wiley and Sons, Inc., New York, 1966,

İZGİ, Utarit.; Mimarlıkta Süreç, Kavramlar – İlişkiler.; YEM Yayın 1999 İstanbul.,

JUNG, C.F. , Carl. G. Jung, (Çev. E. Gürol, Cem Yayınevi, İstanbul 1977).

Katz, S. E. 1931 COLOR PREFERENCE IN THE INSANE, Journal of abnormal and Social Psychology.

KAYNAK, Prof. Dr. Tuğray. Organizasyonel Davranış ve Yönlendirilmesi, (İstanbul, Alfa Basım Yayın Dağıtım, 19..).

Linder, H.: Biologie, J. B. Metelersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart. 1961,

Malcolm T. MacEACHERN. Hospital Organization and Managment, 3. B. (Illinois. Physicians' Record Company, 1969).

Metzger, W.; Der Ort der Wahrnehmungslehre im Aufbau der Psychologie, makale, Handbuck der Psychologie, Dr. C. Y. Hogrefe, Göttingen, Band I/I, 1966

Milli Savunma Bakanlığı, Resmi Gazete Sayısı: 18405, Resmi Gazete Tarihi: 18/05/1984.

Oğuz, N. Y. “Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler.” Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi. Ankara: Hekimler Birliği Yayını, Cilt 5, 1997

Osgood, Charles: A Behavioristic Analysis of Perception and Language as Cognitive Phenomena, makale, Modern System Research For the Behavioral Scientist, Aldine Publishing Company, Chicago, 1968

Özel Hastaneler Yönetmeliği: 27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Resmi Gazate’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinin 13.04.2003/25078 – 14.01.2004/25346 – 03.03.2004/25391 – 28.05.2004/25475 – 21.10.2006/26326 – 15.02.2008/26788 sayılı Resmi Gazetelerde yayımlanan özel hastaneler yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına ilişkin yönetmelikleride kapsayan metinden alınmıştır.

Poulton, E. C. 1972, ENVIRONMENT AND HUMAN EFFICIENTY, s.10 – 28, Springfield, Illinois, America.

Robin O’ CONNOR. American Hospitals: The First 200 Years. Hospitals. c. 50 (1 Ocak 1976).

Souder, J. J., Clark. W. E. ,ELKIND. J. I., BROWN. M. B. 1964, Planning For Hospitals,

WHO, European Sysposium On the Estimation of Hospital Bed Requirements (Copenhagen: WHO. 22-26 Kasım 1965).

Vural, G. “Hasta Hakları”. Kriz Dergisi. Ankara: Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını 3 (1 – 2), Bahar – Güz 1995.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ; Bakanlar Kurulu Kararı : Tarih : 10.09.1982 No : 8/5819; Yayımlandığı Resmi Gazete : Tarih : 13.01.1983

Yazgan, Dr. Turan . Hastane İşletmeciliği, Yönetim ve Organizasyon,(İstanbul, MTM Media Grup,2000).

ÖZGEÇMİŞ

Arzu Eceoğlu 2 Aralık 1982 yılında İstanbulda dünyaya geldi. Lise eğitimini Ataköy Cumhuriyet Lisesinde tamamlayan Arzu Eceoğlu lisans eğitimini T.C. Haliç Üniversitesinde, Y. Lisans eğitimin T.C. İstanbul Kültür Üniversitesinde tamamladı. 2006 senesinden bu yana T.C. İstanbul Kültür Üniversitesinde Araştırma görevlisi olarak akademik hayatına devam etmektedir. İç Mimar olarak yaptığı danışmanlıklar, projelendirmeler ve uygulamaların yanı sıra akademik açıdan yaptığı çalışmalar neticesinde sunduğu bildiriler ve poster sunumları şöyledir:

- 2 Ulusal İç Mimarlık Kongresi

TEKNOLOJİK GELİŞMELERİN KÜLTÜREL KİMLİĞİMİZE VERDİĞİ ZARARLAR VE YAŞATTIĞI ÇELİŞKİLER, poster sunumu

BEYOĞLU MEKANLARIN'DA KÜLTÜREL KİMLİK YANSIMALARI

- 11-16 MAYIS 2010 ENGELLİLER HAFTASI, İ.K.Ü. S.T.F. SANAT YÖNETİMİ BÖLÜMÜ ENGELLENEN SOKRATES SERGİSİ DANIŞMANLIĞI
- Sculpture and Sculptural Works in the Architecture of Florence

Florence, from 21/11/2009 to 28/11/2009 – heykeltıraş ve mimari uzmanlık sertifikası

- İç Mimarlık Eğitimi 1. Ulusal Kongresi 25 Ekim 2007 Perşembe

İç Mimarlıkta Sürekli Eğitimin Önemi

- MSGSÜ 1. Ulusal İç Mimarlık Sempozyumu “Mekan Tasarımında Geleceğe Yönelik Yaklaşımlar 22 - 24 Ekim 2008

GELECEĞİN İÇ MEKAN TASARIMINDA TEKNOLOJİNİN YERİ

- Uluslararası Ekolojik Mimarlık ve Planlama Sempozyumu (22–25 Ekim 2009)

THE IMPORTANCE OF DESIGN IN TERMS OF ECOLOGICAL ARCHITECTURE AND AN OVERVIEW OF THE CONFIGURATION EXAMPLES, poster sunumu