

İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ★ FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALGI, SINIR, KİŞİSEL ALAN KAVRAMLARI VE HASTANE TASARIMI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Özge BERBEROĞLU**

Anabilim Dalı : Mimarlık

Programı : Mimari Tasarım

HAZİRAN 2010

İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ★ FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALGI, SINIR, KİŞİSEL ALAN KAVRAMLARI VE HASTANE TASARIMI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Özge BERBEROĞLU
(502051027)**

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 07 Mayıs 2010

Tezin Savunulduğu Tarih : 10 Haziran 2010

**Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. İpek V. YÜREKLİ
İNCEOĞLU (İTÜ)**

**Diğer Jüri Üyeleri : Doç. Dr. Bülent TANJU (YTÜ)
Yrd. Doç. Dr. Nurbin PAKER
KAHVECİOĞLU (İTÜ)**

HAZİRAN 2010

Aileme ve sevdiklerime,

ÖNSÖZ

Tez çalışmam sırasında benden değerli bilgi ve birikimlerini esirgemeyen, her konuda yapıcı eleştirileriyle katkıda bulunan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. İpek V. Yürekli İnceoğlu'na,

Bu aşamaya gelinceye kadar geçen öğrenim sürecini paylaştığım değerli hocalarım ve arkadaşlarıma, bana olan bütün desteğinden ötürü Emre Kurbak'a, bilgi, birikim ve deneyimlerini esirgemeyerek beni destekleyen işverenlerim Sayın Levent Çırpıcı ve Sayın Atilla Kuzu'ya, deneyim ve bilgisini benimle paylaştığı için, beraber çalışma fırsatı bulduğum Sayın Gülnur Mimir'e, akademik çalışma yapmam konusunda beni teşvik eden, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen ailem Erol ve Hatice Berberoğlu'na, bana her konuda destek olan sabırlı kardeşim Umut Gülcan'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Haziran 2010

Özge Berberoğlu

(Mimar)

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR.....	ix
ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	xiii
SUMMARY.....	xv
1. GİRİŞ	1
2. MEKÂN-ALGI-SINIR İLİŞKİSİ.....	3
2.1 Algılama.....	4
2.1.1 Algılamayı etkileyen etmenler	5
2.1.1.1 Algıya etki eden iç etmenler	5
2.1.1.2 Algıya etki eden dış etmenler	6
2.1.2 Algılama biçimleri.....	7
2.1.3 Algı yanılgıları.....	8
2.1.4 Nesnelerin algılanması.....	8
2.1.5 Mekânın algılanması.....	9
2.2 Sınır - Mekân	10
2.2.1 Sınır kavramı	10
2.2.2 Beden	14
2.2.3 Mekân ve beden	16
3. KİŞİSEL ALAN	19
3.1 Mekânsal İstila	19
3.2 Alana Sahip Çıkma (Territoriality)	22
3.3 Savunma.....	23
3.4 Baskınlık	24
3.5 Liderlik	24
3.6 İzdiham	25
3.7 Mahremiyet	25
4. HASTANE TASARIMINDA DEĞİŞİM VE DÖNÜŞÜMLER.....	27
4.1 Hastane Yapıları.....	27
4.2 Mimarlık ve Tıp Bilimi.....	33
4.3 Hastane Tasarımında Değişen Yaklaşımlar	34
4.4 Tasarım Yaklaşımları	38
4.5 Hasta Merkezli Tasarım.....	42
4.6 Hastanelerde Kalitenin Ölçülmesi.....	46
4.6.1 Akreditasyon	47
5. HASTANELERDE ALGI, SINIR VE KİŞİSEL ALAN.....	51
5.1 İyileşme Hali	51
5.1.1 Görme ve iyileşme.....	52
5.1.2 Duyma ve iyileşme	55

5.2 İyileştiren Mekânları Tasarlamak	57
5.3 Hastane Tasarımında Sınırlar ve Kişisel Alan.....	69
6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	79
KAYNAKLAR.....	83
EKLER	87

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
A&M	: Agriculture and Mechanical
FTR	: Fizik tedavi ve rehabilitasyon
HVAC	: Heating ventilation air conditioning
IBS	: Integrated building system
JCI	: Joint Commission International
KDT	: Kanıta dayalı tasarım
KVC	: Kardio vasküler cerrahi
MIT	: Massachusetts Institute of Technology
PSE&G	: Public Service Enterprise Group
PVC	: Polivinil klorür
TPU	: Tasarım Proje Uygulama

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1 : Hüseyin Çağlayan'ın (2000) “afterwords “ isimli çalışması.....	5
Şekil 2.2 : Şekil- zemin ilişkisi	6
Şekil 2.3 : Algıya etki eden dış etmenler	7
Şekil 2.4 : Fred Sanback'ın (1996) “sculpture” adlı çalışması	11
Şekil 2.5 : Lars von Trier'in (2003) “Dogville” adlı filminden bir sahne	11
Şekil 2.6 : Berlin duvarı (1961).....	12
Şekil 2.7 : Blur Building, Diller&Scofidio, 2002	13
Şekil 2.8 : Dijital Water Pavilion, MIT Architects, 2008.....	14
Şekil 2.9 : Leonardo da Vinci, 1492'de çizdiği Vitruvius adamı	15
Şekil 2.10 : Francesco di Giorgio, “ Trattato Di Architettura Civile e Military”	17
Şekil 2.11 : İnsan bedeninin incelenmesiyle kurulan analogiye örnek Francesco di Giorgio çizimleri	18
Şekil 2.12 : William Harvey'in illüstrasyonu, “De motu Cordis”, (1628)	18
Şekil 3.1 : Scott Snibbe'nin (1998) “Boundary Functions” adlı çalışması	20
Şekil 3.2 : Dirichlet'in Voronoi Diyagramları	21
Şekil 4.1 : Asklepion Tapınağı, M.Ö. 400, Epidauros, Yunanistan	27
Şekil 4.2 : Asklepion Tapınağı planlaması	28
Şekil 4.3 : Asklepion Tapınağı tiyatrosu	28
Şekil 4.4 : Edirne Şifahanesi.....	29
Şekil 4.5 : “Nightingale Koğuşu” planı	31
Şekil 4.6 : Medica İleri tanimerkezi	37
Şekil 5.1 : Paimio Sanatoryumu ve özel mobilyaları, 1929	58
Şekil 5.2 : Hasta odasında hasta kontrolünde armatürler ve termostat	61
Şekil 5.3 : Hasta odasındaki farklı aydınlatma senaryolarını gösteren kesit	61
Şekil 5.4 : Çocuk hasta odasında bilgisayar oyunu oynanabilmesinin sağlanması....	62
Şekil 5.5 : Hasta odası koridorlarında bekleme alanı	63
Şekil 5.6 : Hasta koridorlarında döşeme malzemesi farklılığı	63
Şekil 5.7 : Hasta koridorlarında gece ve gündüz aydınlatma senaryoları	64
Şekil 5.8 : Gündüz bekleme alanı.....	65
Şekil 5.9 : Kolçaklı koltukların yerleştirildiği bir poliklinik bekleme alanı.	66
Şekil 5.10 : Yoğun bakım ünitesinde pencere olması hastanın iyileşmesine..... katkıda bulunuyor	67
Şekil 5.11 : Hastanenin çeşitli mekanlarında doğaya atıfta bulunan unsurlar	68
Şekil 5.12 : Kanıta dayalı tasarıma göre tasarlanmış bir hasta odası planı.....	73
Şekil 5.13 : Islak hacmin iç duvara yerleştirildiği hasta odası	74
Şekil 5.14 : Hasta odasında kişisel alanın tasarıma yansıtılması	75
Şekil 5.15 : Acil bölümünde hastalar kabinlerle ayrılmaktadır.	77
Şekil 5.16 : FTR ve KVC'de hastalar perde ve seperatörlerle ayrılıyor	77
Şekil 5.17 : Yarı geçirgen doğramaya sahip kemoterapi odaları.	78
Şekil 5.18 : Çocuk bekleme alanı.....	78

ALGI, SINIR, KİŞİSEL ALAN KAVRAMLARI VE HASTANE TASARIMI

ÖZET

Bu çalışma, “hasta bakımı” anlayışından “sağlıklı olma” hissine odaklanan hasta merkezli tasarım yaklaşımını benimsemiş, günümüz modern hastane tasarımının algı, sınır ve hastanın kişisel alanıyla olan ilişkisini irdelemektedir.

Bedenin fiziksel sınır, oran ve ölçüleri sayısallaştırılıp grafiklere dökülürken, mekân- algı sınır ilişkisi içerisinde beden yeniden keşfedilmiş, psikolojik ve sosyal sınırlarının da farkına varılıp, bu görünmez sınırlar üzerine araştırmalar yapılmıştır. Farklı durumlara göre değişkenlik gösteren, bedenin görünmez sosyal sınırlarını oluşturan “kişisel alan”ın tasarıma farklı bir boyut getirmesiyle, kullanıcının psikolojik ihtiyaç ve taleplerine cevap veren, kullanıcıyı tasarım sürecine dâhil eden tasarım yaklaşımları benimsenmiştir.

Tıp bilgisinin yetersiz olduğu antik dönemlerden bugüne kadar geçerliliğini yitirmemiş olan, algılar ve doğa unsurunun iyileşme üzerine etkisi günümüz hastane tasarımlarına yeniden yön vermiştir. Bu doğrultuda hasta merkezli tasarım kapsamında, fonksiyonel, ulaşılabilir, sosyal, güvenli, kişisel alana önem veren, kullanıcılara seçenekler sunan hastane yapıları tasarlanmaktadır. Tez çalışması, bu özelliklere sahip sağlık yapılarının tasarlanması noktasında algıların, tasarımın, mekânın iyileşme ya da “iyi olma” üzerine bir etkisi olup olmadığının sorgulanması gerekliliğinden doğmaktadır. Çalışmada, insan üzerinde, özellikle sağlık yapılarında daha belirgin etkisi görülen uyarıcıların tasarıma en iyi şekilde nasıl adapte edilebileceğinin cevapları aranmıştır.

Bir anlamda, tasarım içerisinde gizlenmiş algısal uyarıcıları belirlemek, kişisel alanın ve sınırların proje içerisinde nasıl yorumlandığını deşifre etmek için yapılan bu çalışma, ufak dokunuşların hastalar ve kullanıcılar üzerinde büyük etkiler yaratabileceğini göstermeği amaçlamaktadır.

PERCEPTION, BOUNDARY, PERSONAL SPACE CONCEPTS and HOSPITAL DESIGN

SUMMARY

This study is throughly examining the relationship between the modern hospital design, which has focused on “wellness” from “patient care”, and perception, boundary, patient’s personal space.

While the physical boundaries, proportions, measurements of body are digitized and adapted into graphics; the body is rediscovered in its relationship with space, perception, boundary and its psychological, social boundaries, which are invisible are realised and examined. As the personal space, which changes according to different situations and defines the invisible social boundaries of the body, brought a new dimension into design; new design approaches, including the user in the design process and answering to the psycological needs of the patients, are assimilated.

The effect of perception and nature on wellness, which arrived to our day from the antique times without losing its validity even when the medicine science was not as adequate as it is today, has redirected to the modern hospital design concept today. In this direction now, through the “patient centered design concept”, the new hospital buildings are designed to be functional, reachable, social, secure, caring about personal space and offering possibilities to the users. This thesis study is born from the need of questioning whether; the design / space is effective on healing / wellness of the patients or not, at the point of designing healthcare buildings with these spesification. In this study the answers are searched for the questions of “how to adapt the stimuli that is especially most effective in healthcare buildings into the designs ideally”.

In a sense, this study which is created to define the perceptional stimuli that is hidden in the design of these buildings and to deciphere how the personal space and the boundaries are interpreted in these projects; is aiming to show a tiny touch can create a great effect on users and the patients.

1. GİRİŞ

Algılar bize çevremizde, dünyada daha da önemlisi bedenimizde olup bitenlerle ilgili bilgiyi verir. Bu bilgilerin anlamlı deneyimlere dönüşmesi için insanın kendi tanımlarını oluşturması ve bunları biriktirmesi gerekir. İnsan, doğayı ve kendini tanımlamak için sınırlar çizer. Bu sınırlarla beraber bedenın mekânla olan ilişkisi başlamış olur. Artık beden, mekân içindeki konumunu belirleyebilir. Mekânın içinde de olabilir, dışında da olabilir. Deneyim, algı ve sınırlar sayesinde bunun farkında olabilecektir.

Kişi, çevresini algılamak için sınırlar çizerken aslında kendisi de bir sınır teşkil etmektedir. Zamanla bedenın fiziksel sınırları, ölçüleri ve oranları mimarlar ve tasarımcılar tarafından fark edildi ve tasarımlarına ilham kaynağı oldu. İnsanoğlu kendi bedenini keşfettikçe bedenın sosyal bir varlık olduğu ve fiziksel sınırlarının yanı sıra sosyal sınırlarının da olabileceği üzerine çalışmalar yaptı. Bireylerin sosyal sınırlarının kesiştiği noktada, karşımıza “kişisel alan” kavramı çıkıyor. Kişisel alan, ihlal edilmesi durumunda davranışlarımızla tepkiler vermemize neden olan gözle görülmeyen ancak varlığının kabul gördüğü sınırlardır. Bu kavram mimariye ve tasarıma farklı bir boyut getirecektir.

Mimarlık dışında, bedeni, fiziksel ve psikolojik olarak bir bütün olarak gören bir diğer disiplin de tıptır. Tıp bilminde, insanın iyileşmesine etki eden psikolojik faktörler üzerinde çalışılırken, mimarlıkta da mekânın ve tasarımın insan üzerindeki etkisi üzerine araştırmalar yapılmaktadır. Mimarlık ve tıp pratiğini bir araya getiren ortak payda ise algının, tasarımın ve mekânların insanın iyileşmesine etki edip edemeyeceğidir. Günümüz modern hastane tasarımlarında bu yaklaşımın benimsendiğini görmekteyiz. Bu noktada tez çalışmasının amacı da, algı, sınır ve kişisel alan kavramlarının hastane tasarımına ne derece adapte edilebileceği, bu uygulamalar sonucunda tasarımın kişileri nasıl etkilediğini sorgulayıp, irdelemektir.

Bu amaç doğrultusunda yapılan çalışma altı ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm tez çalışmasının içeriğini anlatmaktadır. İkinci bölümde algı sınır ilişkisi,

sınırın bedenle ve son olarak da bedenin mekânla olan ilişkisi sorgulanıp incelenmiştir.

Üçüncü bölümde bedenin, algı, sınır ve mekânla olan ilişkisine psikolojik, sosyal ve davranışsal açıdan bakılıp, “kişisel alan” mercek altına alınmıştır. Kişisel alan içerisindeki davranış farklılıkları ayrı ayrı incelenmiştir.

Dördüncü bölümde, hastane yapılarının geçmişten günümüze gelişimi ve buna bağlı olarak değişen ve dönüşen tasarım yaklaşımlarının hastane tasarımına etkisi incelenmektedir. Bu doğrultuda, günümüz modern hastane tasarımında benimsenen yaklaşımların özellikleri ve bu özelliklerin nasıl değerlendirildiği araştırılmıştır.

Beşinci bölümde algıların iyileşmeğe dolayısıyla hastane tasarımına etkisi incelenmiş, iyileştiren mekânlar tasarlamak için neler yapılması gerektiği sorgulanmıştır. Sınır kavramı ve kişisel alan unsurunun hastane tasarımı içindeki önemi ve tasarıma yansıdığı örnekler araştırılmıştır. Son bölümde yapılan inceleme ve araştırmalara göre algı, sınır ve kişisel alan kavramlarının beden ve mekân ilişkisinde tasarımda oluşturduğu potansiyel değerlendirilmiştir.

Bu amaç ve kapsam dahilinde, konu hakkındaki eski ve güncel literatür taranmış, konuyla ilgili uygulanmış örnekler incelenmiş, konu üzerinde uzun süre çalışma deneyimi olan farklı disiplinlerdeki uzman kişilerin yorumları derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak araştırmaya dahil edilmiştir.

2. MEKÂN-ALGI-SINIR İLİŞKİSİ

Doğayı tanımlamak için sınırlardan yararlanılır. Bu sınırlar bazen bir dağ kadar somut ve gerçektir, bazen aslında reel hiçbir ayırım olmadığı halde sanal şartlanmalardan ibarettir. Bazen de reelde ya da algıda var olmayan sınırları kâğıt üstünde çizgilerle kesin bir şekilde tanımlarız. Topluluklar içerisinde de grupları ve bireyleri birbirinden ayıran algısal sınırlar vardır. Bu algısal sınırlar kimi zaman mekân kavramının da tariflenmesinde kullanılır. Bu tip sınırlamalar doğada da gözlemlenebilir. Örneğin elma kurtları her zaman sadece kendilerine ait bir elma arayışı içindedirler. Onlar için mekânın sınırları ve kişisel alan elmanın çeperiyle tanımlanmıştır.

Öncelikle, mekân ve algı kavramlarını tanımlamamız gerekirse; mekân, kullanıcıyı çevreden belli bir ölçüde ayıran ve içinde eylemlerini sürdürmesine elverişli olan boşluktur (Hasol, 1975). Mimari bir mekân yaratmak geniş anlamdaki doğadan veya peyzaj mekânından insanın kavrayabileceği bir bölümünü sınırlamaktır (Hasol, 1975). Algı ise, duyuşsal uyarımların anlamlı deneyimlere çevrilme sürecidir (Url-1). Bu deneyim sonucunda algılar bize sınırları çizer. Öyleyse bu tanımlardan yola çıkarak mekân, algılarla sınırladığımız bir yerdir sonucuna varılabilir.

Ünlü Antropolog Edward T. Hall, mekân algısının ormanlık bir alanda yaşayan ilk insan tarafından oluşturulduğunu öne sürmüştür. Buna göre, en ilkel anlamda, yakındaki ağaç ile uzaktaki ağaç arasında kurulan ilişki, fiziksel olduğu kadar görsel olarak da bir mekân duygusu oluşturmaktadır. Bir başka deyişle, mekânda sınırlayıcı unsurlar arasındaki hacim, boşluk gibi görünmektedir, fakat mekândaki anlamlı boyutsal ilişkiler bu boşlukla oluşturulur. Bu tanıma göre, algılayıcı ve birbirine belirli uzaklıkta olan ağaçlar tanımlanmış boşluğun sınırlarını oluşturmaktadır (Demirel, 2004). Oysaki sınırlı boşluğun anlamlı bir hale gelip mekân olarak tanımlanması için, bir kullanıcının belirli bir fonksiyon ya da aktivite içinde olması gereklidir. Buna göre mekân, eylemin dondurulmuş halidir tanımı daha geçerli olacaktır. Mekân algısında, algılama sürecinde uyarıyı sağlayacak olan sınırlar ve bu uyarıları anlamlı deneyime çevirecek olan insan temel etmendir. İnsan bulunduğu

yeri algıırken mekânla ya da mekânın içindekilerle ilişki içerisine girdiğinde etrafına görünmez sınırlar çizer. Çevreyle insan arasındaki ilişkiyi kuran ve belirleyen bu arakesit “kişisel alan”dır. Bu nedenle kişisel alanı incelerken öncelikle bağlam, algı, sınırlar gibi çevresel etmenleri incelemek ve buna göre kişisel alanın nasıl şekil aldığını gözlemlemek gerekir.

2.1 Algılama

Algılama, duyu organlarını uyaran nesnelerin, niteliklerin veya olayların farkında olunmasıdır. Immanuel Kant’a göre, bazı şeyleri olduğu gibi değil, bizim istediğimiz biçimde görürüz. Algıladıklarımız sadece uyaranın yapısına bağlı kalmayıp, ortama, önceki deneyimlerimize, o andaki duygularımıza, genelde istek, tutum ve amaçlarımıza bağlıdır (Ünlü, 2001).

Algılama, alınan ham duyuları yararlı bilgiye dönüştürür. Etrafımızda ve kendi vücudumuzda neler olduğunu bilmemizi sağlar. Böylece, etrafımızda bizi harekete geçirecek dürtülerle daha etkili bir ilişki içinde olmamıza neden olur. Harekete geçmemiz için bize rehberlik eder (Sartain ve diğ., 1967).

Algı ile ilgili ilk araştırmalar Geştalt psikologları tarafından yapılmıştır. Geştalt psikologlarına göre, biz uyarıcıları ayrı ayrı değil, anlamlı bir bütün olarak görürüz ve bütün, onu meydana getiren parçaların toplamından daha çok anlam ifade eder. Kant’a ve Geştalt psikologlarına göre, algılama ve hissetme arasında önemli bir fark var. Çünkü beynimiz duyuusal deneyimleri değiştirip, olması gerekenden daha yapısal, organize ve anlamlı hale getirebilir. Bu da algıladığımız ve hissettiğimiz dünyanın aynı olamayacağını gösterir. Çünkü doğadan alınan bilginin beyinde abartılması deneyimden bağımsızdır artık (Hergenhahn, 2009).

Algılama, daha önce duyu organlarımızla deneyimlediğimiz ve biriktirdiğimiz bilgilerle de yakından alakalıdır. Duyu organlarımızla algılanan nesneler daha önceki bilgi birikimlerimizle yorumlama işlemine tabi tutulur. Örneğin, bir çocuk için portakal, oynanacak renkli bir top iken, bir yetişkin için kahvaltıda suyu içilecek bir meyvedir (Ünlü, 2001).

Tasarımcı Hüseyin Çağlayan’ın “afterwords” adlı çalışmasında, mekan içindeki koltuk, sehpa gibi nesneleri, daha önceki bilgi birikim ve deneyimlerimize dayanarak onları bildiğimiz ilk işlevinde algılamamızı sağlıyor (Şekil 2.1). Daha sonra bu

nesnelerin kendi işlevlerinden farklı olarak elbise olarak giyilebildiğini göstererek, nesneleri algımlarken, ilk olarak hafızaya başvurulduğu ve ona göre nesnelerin yorumlandığına dikkat çekiliyor.



Şekil 2.1 : Hüseyin Çağlayan'ın (2000), mobilyaların elbiseye dönüştüğü “afterwords “ isimli çalışması (Url-2)

Algılama kişiden kişiye, durumdan duruma, mekândan mekâna, o mekânın bize hatırlattıkları ve hissettirdiklerine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Buna karşın, algılama eyleminin temelinde ortak olan noktalar da bulunmaktadır. Bu nedenledir ki algılamayı etkileyen etmenler üzerinde çalışmalar ve bunlara bağlı olarak sınıflandırmalar yapılmıştır.

2.1.1 Algılamayı etkileyen etmenler

Algılama işleminin gerçekleşmesinde uyarının kendisi kadar etrafındakiler de algılama sürecinin şekillenmesine katkıda bulunur. Bu sebeple, algılamayı etkileyen etmenleri, iç ve dış olmak üzere iki grupta sınıflandırabiliriz.

2.1.1.1 Algıya etki eden iç etmenler

Geştalt psikologları uyarın parçalarının birbiri ile olan ilişkisiyle ilgili çalışmalar yapmıştır. Çalışmaların sonuçları algı organizasyonuna örnek gösterilmiştir. Algı organizasyonu hakkında yapılan Geştalt varsayımlarından biri, basitlik yasasıdır. Buna göre algı, uyarının olası en basit yorumuna karşılık verir. Algısal organizasyon ilkeleri arasındaki şekil-zemin ilişkisi ve algısal gruplandırma bulunur (Ünlü, 2001).

Danimarkalı psikolog Edgar Rubin'e göre (1886-1951), en basit algı şeklinde, algılanan alan iki parçaya bölünmüştür: net, birleştirilmiş ve ilginin odağı olan “şekil”, ilginin üzerinde olmadığı her şeyi kapsayan ve dağınık olan “zemin”dir. Bu bölünme “şekil-zemin ilişkisi” ni oluşturur (Hergenhahn, 2009).

Görsel anlamda şekil bize daha yakındır ve nesne izlenimi verir, zemin ise daha tanımlanması zordur. Şekil ve zeminin birbiriyle bazen yer değiştirdiği algılanır. Bir biçimi önce şekil olarak görürken, daha sonra zemin olarak görebiliriz (Şekil 2.2). Ancak aynısı biçim için geçerli değildir. Şekil-zemin algılaması doğuştan gelen bir özelliktir. Sadece görme değil işitsel algıda da şekil- zemin örnekleri vardır. Biri enstrümanlarla şarkı söylerken, şarkıyı söyleyenin sesi şekli oluştururken, arka plandaki enstrümanların müziği zemini oluşturur (Ünlü, 2001).



Şekil 2.2 : Şekil- zemin ilişkisi (Sartain ve diğ., 1967)

Algılamanın bu basitlik yasası aynı zamanda tasarımın da temel ögesini oluşturmaktadır. Tasarımın her aşamasında şekil-zemin ilişkisinden faydalanılır. Tasarımda, şekil; düzlemin çevresini, kenarlarını veya hacmin silüetini gösteren, cismin biçimini algıladığımız temel öge olarak tanımlanır (Divanlıoğlu, 1997).

2.1.1.2 Algıya etki eden dış etmenler

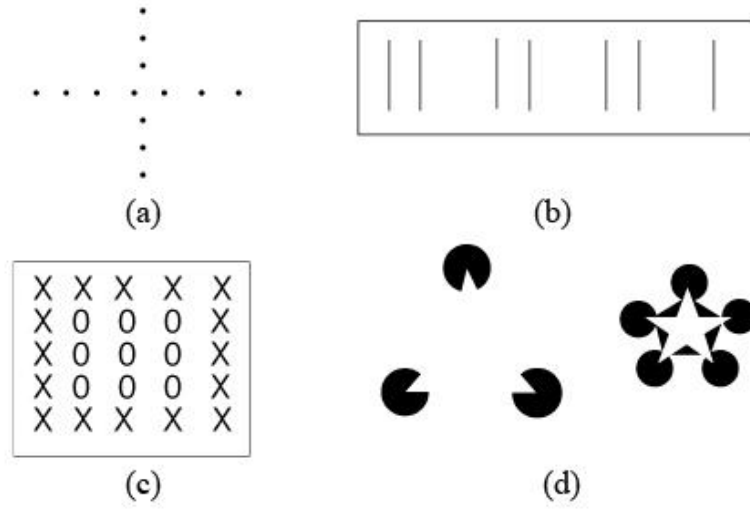
Algılama sürecinde uyaranın kendisi kadar etrafındaki unsurlar da algının oluşmasında etkilidir. Öyle ki, uyaran tek başınayken farklı, diğer öğelerin arasında farklı algılanır ve dolayısıyla farklı tanımlanır. Örneğin, tek bir yaprak tek başınayken sadece yaprak olarak algılanırken, birlikte olan birçok yaprak ağaç olarak algılanabilir.

Geştalt psikologları uyaran parçaların birbiri ile olan ilişkisiyle ilgili çalışmalardan sonra, şekil-zemin algı organizasyonuna ek olarak, algının elementlerinin nasıl bir gruplaşma içinde düzenlendiğinin prensiplerini tanımladılar (Hergenhahn, 2009).

Algısal alanımızda bulunan ve aynı yönde giden birimler birbirleriyle ilişkili görünür. Bu algısal eğilim prensibinin adı “süreklilik”tir. Birbirine yakın olan uyaranları, aynı nesnenin parçalarıymış gibi bir örüntü içinde ve aynı nesnenin parçaları olarak gruplarız. Bu prensibe “yakınlık” denir. Bunun dışında aynı

büyüklik, şekil ve kalitedeki nesneler de birbirinden farklı olarak değil, bir grup olarak gözlenirler. Bu prensibe de “ benzerlik” denir. Kalabalıkta yürürken, insanları kadın ve erkek olarak gruplamamız da benzerlik prensibine örneklerdir. Bireyler, görsel dünya da algıladıkları uyaranlardan var olan boşlukları doldurarak örgütleme ve bu yolla da kopuk parçalar yerine, bütün bir nesne algılamaya eğilimlidirler. Bu olgu, algılamada “tamamlama” olarak geçer (Ünlü, 2001).

Algılamaya etki eden dış etmenlerin örneklerini şekil 2.3’te görebilirsiniz.



Şekil 2.3 : Algıya etki eden dış etmenler: (a) süreklilik; noktaları tek tek gördüğümüz halde bunları birbiriyle kesişen doğru çizgiler halinde birbirine bağlamaktayız. (b) yakınlık; soldan baktığımızda yakın parçaları gruplayıp, üç çift çizgi görürüz. En son da fazladan tek bir çizgi algılarız. (c) benzerlik; benzer şekilleri ayrı ayrı gruplarız. (d) tamamlama; geometrik şekillere bakacak olursak onları daire, üçgen veya yıldız olarak görürüz. (Ünlü, 2001)

Algılamayı etkileyen iç etmenler gibi dış etmenler de tasarımın temel ilkelerini oluştururlar. Mimari elemanlar da kendi içlerinde gruplandırılarak görsel algılamada belirliliği sağlarlar. Örneğin yapının girişindeki sütunlar ya da cephede pencereler de kendi içinde gruplandırılır.

2.1.2 Algılama biçimleri

Günlük hayatta etrafımızda olup bitenler görme, dokunma, duyma gibi duyular aracılığıyla algılanır. Ancak algımlarken algılamamızı belirleyen işlemler fark edilmez. Bir eşyayı algımlarken, onu bir bütün olarak algılamak için biçimi, sesi, görüntüsü ayrı ayrı organize edilir. Bu nedenle, algılama farklı algılama biçimlerinin bir bileşik deneyimidir diye de tanımlanabilir (Ünlü, 2001).

Algılama biçimleri şunlardır:

- Görme algısı
- İşitme algısı
- Dokunma algısı
- Tat ve koku algıları
- Uzay algısı
- Zaman algısı

Algılama biçimlerinin göstergeleri olan somut durumlar aslında bir mekânı algılarken o mekânın sınırlarını teşkil edebilir. Bir başka deyişle, mekân algılarla sınırlandırılabilir.

2.1.3 Algı yanılmaları

Dış duyuların ortaya çıkardığı algılama hatalarına psikolojide “Algı yanılmaları” ya da “İllüzyon” denir. Bu demek oluyor ki, algılama düzeni hata yapmaya açıktır ve algı ürünü mükemmel değildir. İllüzyon, çoğu zaman görme algılarımızın fiziksel gerçeklikten farklı olarak geometrik özelliklerle ilgili olduğunu göstermiştir. Geçmiş yaşantılarımız, eşyanın büyüklüğü ve ağırlığı gibi fiziksel faktörlerin bir arada bulunduğunu göstermiştir. Dolayısıyla algı yanılmaları eşyanın fiziksel özellikleri ve geometrik özellikleriyle ilişkilidir (Ünlü, 2001).

Mekânları tasarlamakta da algı yanılmalarından faydalanılır. Bir hacmi olduğun daha geniş olarak algılatmak için aynalardan yararlanılır. Yine aynı şekilde derinlik algısı vermek için duvarda daha koyu renkler kullanılabilir.

2.1.4 Nesnelerin algılanması

Algılamanın en temel yasası olan basitlik yasasındaki şekil-zemin ilişkisi nesnelerin algılanmasında da geçerlidir. Çünkü insanlar da nesnelere ilk baktıklarında onları şekil olarak algırlar. Nesnenin dış konturu ve ana hatları aynı zamanda algılanan şeklin de sınırlarını belirler. Şekil algılandıktan sonra rengi dokusu gibi detaylara inilir. Daha sonrasında ise nesne sınıflandırılır ve tanımlanır. Tanımlanırken ise kelimelerden faydalanılır veya isimlendirilir.

Tanımlama yapılırken sadece görme duyusundan değil, birçok duyudan faydalanılır. Örneğin insanları tanıırken, sesleri de yüzleri kadar önemlidir. Nesneleri tanımlarken de dokunulur ve ele alınarak ağırlığı hissedilir. Eğer nesneler yiyecek ise, koklanır ve tadına bakılır. Böylece, gözlemci o nesnenin ne olduğuna karar verene dek, nesneyi incelemeye devam eder ve çeşitli duyu izlenimlerini bir araya getirir (Vernon, 1962).

Günlük hayatta nesnelerin doğasını anlamamız için bize çok çeşitli bilgiler sunulur. Şekil, renk, desen, mekândaki konum, hareket ya da hareketsizlik gözlemcinin karşılaşmayı umduğu niteliklerdir. Bu durumda bir nesneyi tanımlamak için birçok bilgi edinmiş oluruz. Bu gibi durumlarda algılama çok hızlı ve kesindir ve gözlemcinin hızlı davranmasını sağlar (Vernon, 1962).

Mekân içindeki nesneleri de hızlı algılamamız gereken durumlar ortaya çıkabilir. Bu gibi durumlar için nesneler diğerlerinden daha hızlı algılanacak özelliklere sahip olmalıdırlar. Örneğin, yangın durumunda kullanıcıların yangın kapısını hızlı bir şekilde algılayıp, kapıya doğru yönelmelerini sağlamak için kapılar etrafıyla zıtlık oluşturacak çarpıcı bir renge boyanır.

2.1.5 Mekânın algılanması

Ormanda yaşayan ilk insanın yakındaki ve uzaktaki ağaç arasında kurduğu ilişkide de olduğu gibi mekân algısı, nesnelerin konumları, birbirleriyle, ortamla ve algılayıcı ile olan ilişkilerinin bütünüdür. Algılayıcı ve mekân içerisindeki diğer nesneler birbirinden farklıdır. Başka bir deyişle, mekânı çevreleyenler durağanken, bedenin hareket ettiği varsayılır (Vernon, 1962). Beden hareket ederken aynı zamanda mekânla kurulan ilişki devam eder ve beden kendini mekân içinde konumlandırır. Bedenin mekân içindeki konumunu algılamasında en büyük etken yerçekimi ve vücudun yerçekimine karşı verdiği tepkilerdir. Örneğin, bu tepkiler sayesinde yere paralel olup olmadığımız bilgisi vücuda gönderilir.

Mekân, hareket edemediği için fiziksel anlamda durağan bir yapıya sahiptir. Ancak, insanlar mekân içerisinde hareket ettikçe, onların mekânla olan konumsal ilişkileri ile mekânı oluşturan parçaların birbirleri ile olan boyutsal ilişkileri değişmektedir. Bakış açısının sürekli değişmesi ile insanlar, zihinlerinde mekâna dair farklı ayrıntıları bir araya getirerek farklı bir mekân izlenimi oluştururlar. Örneğin bir küp formuna

nereden bakılırsa bakılsın, ona dair elde edilen bilgi onun küp olduğudur. Fakat bir mekâna dair bilgiler, ancak içinde hareket edilerek elde edilebilir (Demirel, 2004).

Mekân algısının oluşumu için sınırlar ve bir algılayıcı gereklidir. Bu nedenle öncelikle durağan olan sınır kavramını daha sonra hareketli olan beden kavramını inceleyebiliriz.

2.2 Sınır - Mekân

2.2.1 Sınır kavramı

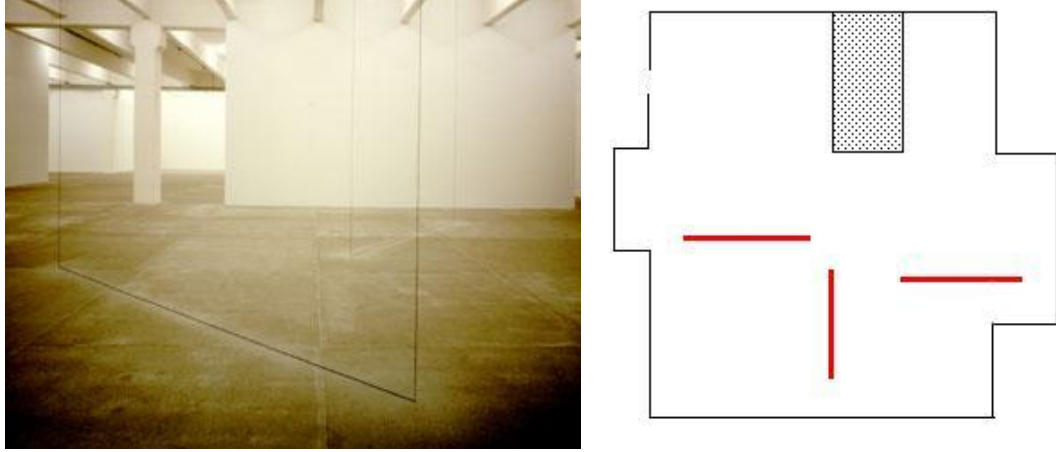
Her varlığın sınırları vardır ve bu sınırlara göre farklılık gösterir. Doğada gözlemlenen her şeyde de sınırlar vardır; en küçük ölçekten, en büyük ölçeğe kadar varlıkların sınırlarını görmek mümkündür. İnsanoğlu doğadaki sınırlarıyla var olup, onları görüp deneyimledikten sonra bu sınırlara yerleşmiştir. İnsanın bu yolla düzenlediği sınır olasılıkları ile bunu sağlayan elemanlarla beraber zaman içinde çeşitlenmiştir. Sınırlar ayırandan çok, ilişkiler ve ters dönüşümlerin oluşturduğu dinamik ara kesitlerdir (Mumcu Uçar, 2006).

Marcuse'a (1997) göre, tüm sınırlar, kişiler ve aktiviteler arasındaki, toplum içi, toplumlar arası veya kişilerle gruplar arasındaki "bölümlenmeleri" önerirler. Her şeyin sınırları vardır; hayatın ve onun kapsadığı mekânlar sınırlanmıştır.

Duvarlar sınır kavramının en somut örneklerindendir. Salt ayırıcı olduğu için sınır kavramıyla duvarlar hemen bağdaştırılır. Her duvar bir sınırdır ancak her sınır duvar değildir (Marcuse, 1997). Bir nesnenin sınır olarak algılanması için içinin dolu olması hatta somut olması bile gerekmez. Önemli olan ayırıcı olması ve ayırdığı bölümler arasında ilişkiyi oluşturmasıdır. Örneğin, mekân içindeki sınır algısı ilişkisini farklı bir biçimde ortaya koyan Fred Sandback adlı sanatçı bir sergisinde, içi olmayan heykeller olarak tasarladığı tavana kadar devam eden tel çerçevelerle mekânı yer yer bölmüştür (Şekil 2.4). Sergiyi ziyaret edenler bu tel çerçevelere, çizdikleri sınır nedeniyle içi doluymuş gibi davranıp, çerçevelerin etrafından dolanıp içinden geçme eğilimi göstermemişlerdir.

Lars von Trier'in 2003 yapımı "Dogville" isimli filminde alışılmadık bir yöntem uygulanmıştır. Tüm film bir tiyatro sahnesinde geçerek, mekânın keskin bölücüleri duvarlar, yer düzleminde sadece çizgi halinde gösterilmiştir (Şekil 2.5). Filmdeki

yaşam, duvarlar varmışçasına devam ederken, bir noktadan sonra izleyici de yer düzleminde sadece izleri bulunan duvarların varlığına inanmaya başlıyor. Bu da gösteriyor ki sınırların oluşumunda algılarımız çok önemli bir rol oynuyor.



Şekil 2.4 : Fred Sanback'ın (1996), "sculpture" adlı çalışması. Sağda telden yapılan heykellerin planda yerleşimi gösterilmektedir. (Url-3)



Şekil 2.5 : Lars von Trier'in (2003) "Dogville" adlı filminden bir sahne. Tüm film bir tiyatro sahnesinde yere çizilmiş duvar izleriyle devam ediyor. (Url- 4)

Sınır, mimari eylem ve mekânın da birçok farklı yanlarını birleştirme olanağı sağlamakta ve mekânın insanla olan ilişkisini her yönden vurgulamak için çalışmaktadır. Sınır iki boyutlu bir çizgiden daha fazlasını ifade eder. Sınır kavramının yorumlanması, tasarım ve mekân tanımlarına da daha geniş bir anlam kazandırmaktadır. Bu çerçevede sınırlar mimari eylemin her aşamasında kapatmak,

açmak, ayırmak, korumak, ilişkileri tanımlamak, kimliğini belirlemek, iletişim kurmak, işaretlemek, aktiviteleri ayırmak ve hareketi yönlendirmek gibi özellikleri ile var olurlar (Mumcu Uçar, 2006).

Algımız ile yarattığımız sınırlar dışında ülkeleri hatta ülkenin kendisini bile ayıracak derecede kesin olarak çizilen sınırlar da vardır. Sınırlar genellikle yapıların bittiği son nokta olarak düşünülse de bazen yapıyı yapmaktaki amaç sınır teşkil etmesi olabilir. En büyük ölçekten başlayarak öncelikle yapının kendisini “sınır” olarak ele alabiliriz. Buna bilene en eski örneklerden biri olarak Çin Seddi verilebilir. M.Ö. 221-M.S. 608 yılları arasında 6000 km olarak inşa edilen seddin, 3000 km’ si günümüze ulaşmıştır. Daha yakın geçmişe ait örneklerden biri de Berlin Duvarı’dır. 1961 yılında bir gecede örülen bu duvar da, sınır kavramının en katı örneklerinden biri olmuştur. “Bernauer Strasse” gibi birçok caddede konut gibi farklı fonksiyonlara sahip birçok yapı da bir anda bir ülkeyi çok keskin şekilde ikiye bölen bir sınır teşkil etme durumunda kalmıştır (Şekil 2.6). Sınır görevi gören duvarlar sınırın her iki tarafı için, ayırma, korku, mesafe, gerilim, düşmanlık, adaletsizlik gibi ilişkilerin sembolü olabilir (Marcuse, 1997). Berlin duvarına duyulan tepki de bunun kanıtıdır.



Şekil 2.6 : Berlin duvarı (1961). Soldaki (Url- 5), sağdaki (Url-6)

Sınırlar bir nesneyi, mekânı, yeri tanımlamakta da bize yardımcı olurlar. Lynch (1973), kentin karmaşık dokusunu anlayıp, şematize etmek için 5 ana elemandan faydalanmıştır. Böylece kentin sorunlarını ve olanaklarını daha kolay tanımlayıp, bunu daha rahat anlatacak ve sorunlar üzerine tasarım yapabilecektir. Bu 5 ana eleman “ bölgeler, kenarlar, yollar, odaklar, nirengi noktaları” dır. Bölgeler, kendi içinde bütünlük arz eden ve bir şekilde çevresinden ayrılan kent parçalarıdır. Kenar, bölgeleri ya da toplulukları ayıran yapay ya da doğal engellerdir. Yollar, bölgeleri birbirine bağlayan veya bölgeler arasından geçip giden belirgin akslardır. Her yol bir

kenardır ancak bunun tersi geçerli değildir. Odaklar, kalabalıkların toplandığı veya dağıldığı düğüm noktalarıdır. Nirengi noktaları ise kentte referans olarak kullanılabileceğimiz çevresel işaretlerdir. 5 temel elemanın temeline baktığımızda, sınır kavramının bir formun tanımında, formüle edilmesinde etkin bir rol oynadığını görülmektedir.

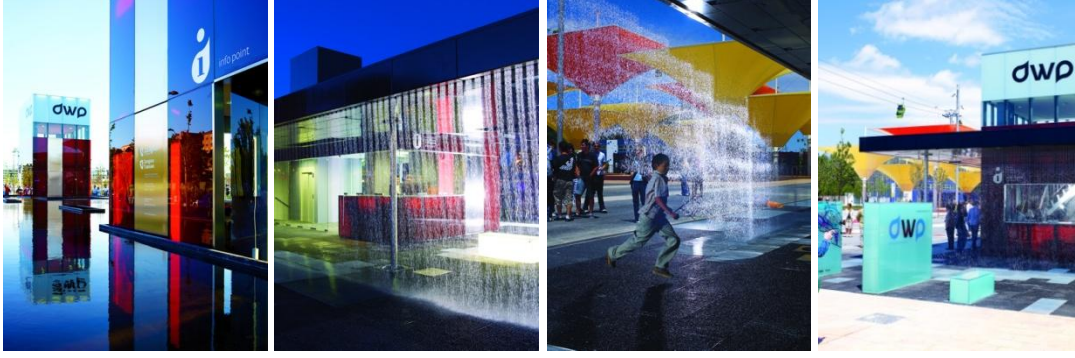
Sınırın bir anlamı da, bir yerin genişleyebileceği ya da yayılabileceği son nokta olmasıdır. Bunu bir mekân olarak düşünürsek, “iç”in bittiği noktada, yani sınırda, “dış” başlar. O zaman mekânın dışındayken, bizim o mekâna dair edinebileceğimiz bilgiyi sınırlar verir. Bu sınırlar da bazen cephe, bazen kabuk, bazen de yapının örtüsüne karşılık gelir.

Yapının kabuğu ya da cepheler, kullanıcı ile çevreyi, iç ile dışı net bir şekilde ayıran sınırlardır. Günümüzde cephelerin alışıldık tek düze malzemelerinin dışında alternatif çalışmalar da denenmektedir. 2002 İsviçre pavyonu için yapılan “ Blur Building ” birçok nozul yardımı ile gölden aldığı suyu buhar olarak püskürtüyor ve dışarıdan bir sis bulutu gibi gözüküyor (Şekil 2.7). Bir rampa ile bu sis bulutunun içinden geçip binaya giriliyor.



Şekil 2.7 : Blur Building, Diller&Scofidio, 2002 (Url-7)

2008’de Zaragoza’da düzenlenen Expo’nun giriş mekânı oldukça ilginç bir tasarıma sahiptir. Duvarları sudan oluşan ve çatısında bir havuz bulunan pavyon, bilgi merkezi, kafeterya ve sergi salonu olarak hizmet ediyor. Dijital olarak kontrol edilen su duvarı mekana birisi gireceği zaman açılarak kapı görevi görüyor, suyun üzerine farklı şekiller yansıtılabiliyor ve istendiği zaman alçalarak bina ve çatısındaki havuz zeminle aynı kota gelebiliyor (Şekil 2.8). Her iki örnekte de yapının kabuğunun sınır kavramına farklı bir yorum getirerek çözüldüğü görülüyor.



Şekil 2.8 : Dijital Water Pavilion, MIT Architects, 2008 (Url-8)

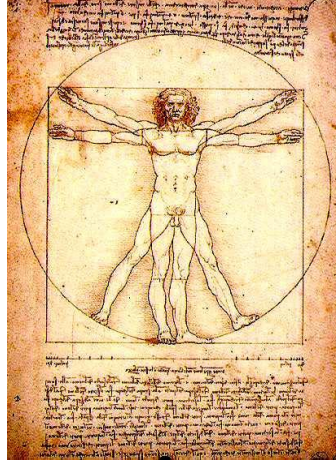
Sınır iç ile dışın arasında konumlanıp, içe-dışa neyin ne şekilde geçebileceğinin ya da geçemeyeceğinin kararını verir. Bu noktada bir yapının kabuğu duvarları onun için neyi ifade ediyorsa, insan içinde, egemenlik, kişisel alan, kişisel mesafe ve mahremiyet gibi kavramlar aynı şeyi ifade eder. İnsan davranışında, egemenliğin kontrolü sınır açısından en önemli başlıktır. Habraken (1998) yerleşme davranışının, yani bir mekânı ayırarak içeriye neyin girip neyin girmeyeceğinin kararını vermenin temelde egemenlikle ilgili olduğunu belirtir (Mumcu Uçar, 2006).

Sınırlar gündelik yaşamın düzeni, akıcılığı ve devamı için de gereklidirler. İnsanları yönlendirmek, yerleştirmek, dağılımını ve güvenliğini sağlamak için sınırlardan faydalanırız. “Yönlenme ve yerleşmenin” ilk davranışı dünyanın topolojik bir merkezine göre insan yerleşmesinin yerini tayin edebilmektir. Bu da sınırların düzenlenmesi ve hiyerarşilerin belirlenmesi ile oluşturulur (Dripps, 1997). İnsanın da içgüdüsel olarak, kendini koruma ve güvende hissetmesi en basit şekilde kendini çevresinden ayırarak mümkündür (Mumcu Uçar, 2006).

2.2.2 Beden

Mekân duygusu oluşturulurken sınırlar dışında bir algılayıcı da gereklidir. Algılayıcı olarak tanımlayabileceğimiz insan bedeni, fiziksel boyutları ve oranları ile eski zamanlardan beri tasarımın en temel ölçütü olmuştur. Rönesans’la beraber ateşlenen bilimsel gelişmeler ve kültürel yapıdaki değişimler, doğal ve toplumsal çevreyi etkileyerek beden algısının değişmesine neden olmuştur. Antik Yunanda yazılmış eserlerin yeniden ele alınmasıyla beraber teşhir ve görselliğe dökülen insan bedeninin daha yakından incelendiği görülmektedir.

İnsan vücudunun merkezi, göbek deliğidir ve yerde yatan bir insanın açık ayak ve el parmakları bu merkezden geçen bir dairenin çevresine dokunmaktadır (Şekil 2.9). İnsan vücudundan dairesel bir şekil elde edildiği gibi, ayak tabanlarından başın tepesine kadar bir çizgi çizilip ölçüldüğünde ve bu ölçüm açık kollara uygulandığında kusursuz bir kare geometrisine de ulaşılabilir. (Vitruvius, 1998)



Şekil 2.9 : Leonardo da Vinci, 1492’de çizdiği Vitruvius adamı (Url- 9)

Üzerinde düşünülüp tasarlanılan beden, mimari yazılarda da hareketsiz, erkek figürü, önden görünen, kollar ve bacaklar uzanmış şekilde, ne çok genç ne de çok yaşlı, güçlü ve sağlıklı ama bununla beraber bir kareyle bir daire içine hapsedilmiş olarak tasvir ediliyor (Franck, Lepori, 2007). Bedeni tasvir ederken, çıplak erkeği beden olarak düşünen sadece Leonardo da Vinci değildir. Atinalılar için de beden, çıplak genç bir erkek bedeniyle sınırlıydı. Çıplaklık, Atinalılar için kendine güvenin ve gittikleri yerlerde, şehirlerinde kendilerini evlerinde hissetmelerinin bir simgesi idi (Sennett, 2002).

Vitruvius adamı hakkında pek çok görüş ve tanımlamayla karşılaşılır. Bu figürle tanımlanan bir görüş bedeni kendine kapanmış ve tamamlanmış diğer objelerden kurtulmuş fiziksel bir obje olarak tasvir eder. Bu obje muhtemelen kendi hareketini yöneten ve hayata geçiren durgun, hareketsiz bir yük gibidir. Beden kendini kişiliğini ayırarak dünyaya ve diğer kişilere karşı kendini kapatır (Franck, Lepori, 2007).

- Bir obje olarak beden, tenle birlikte kendini tamamlayıp birleşmiş, etrafındaki diğer objelerden kendini ayırmış durumdadır. Madde özelliği ne daha az ne daha fazladır, gerçektir.

- Bir obje olarak beden, dışarıdan görülebilir. Dışarıda olduğumuz zaman duyar dokunma, koklama, işitme şeklinde içeride harekete geçerler. Dışarının ve görüntünün şiddeti bedensel duyarlılık ve ihtiyaçlarına mesafe koyar. Bu da biz de o etkiye ya da nesneye karşı aşırı istek duygusu uyandırır.
- Bir obje olarak beden, amaçsız duygusuzlaşan, yaşamdan çalınmış hareketsiz, durgun bir nesnedir. Bu beden (Vitruvius adamı) , batıda modern mimarlık, modern tıp, modern kültür alanında Kartezyen düşüncenin kalbi niteliğindedir.

Beden hem nesne hem de öznedir. Kartezyen düşüncenin zayıf noktası bedene sadece obje olarak önem vermiş olmasıdır. Tıp, bedenin hareket ve beslenme alışkanlıklarını, kişisel yaşam stilini, kültürel yaşamını, bedenin kimyası, biyolojisi ve psikolojisinden ayrı tutarak değerlendirir (Leder, 1998).

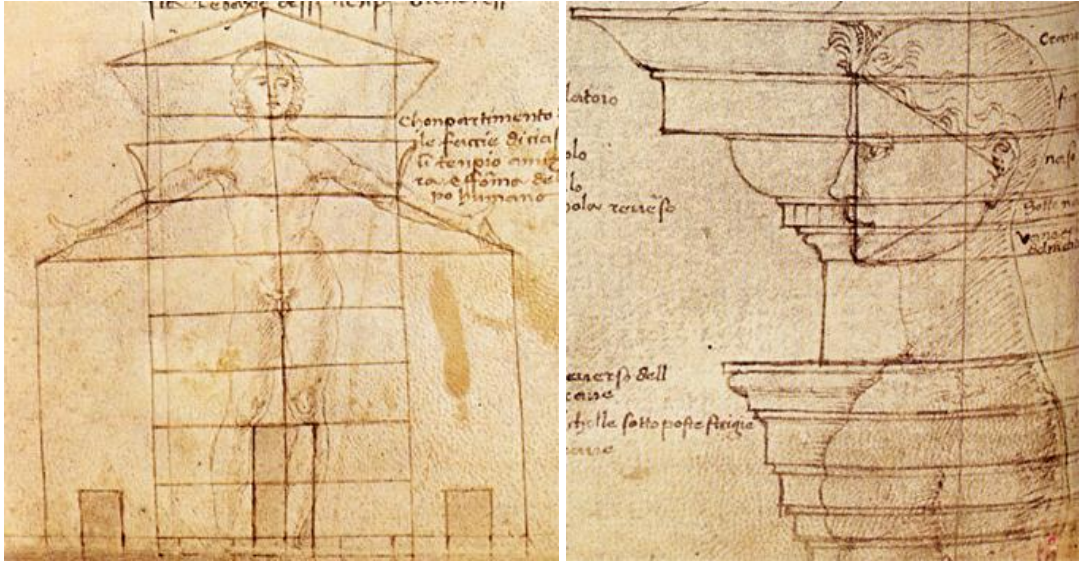
Kartezyen mekân, insanı biçim, düzen ve oranlar içerisinde düşünmeye indirgeyerek, bedeni bir kapsüle koymaktadır. Vitruvius adamı, geometrik prensipler ve ergonomik çalışmaların formüle ettiği temel davranışlardan ibarettir. Kartezyen mekânın en önemli sorunu, hareket ve zamanı, dolayısıyla ilişkileri mekânın dışındaymış gibi ele almasında yatmaktadır. Mekânın fizikselliği bedenden ve her şeyden önce tutularak, işlevsellik, estetik, sağlamlık esasları ve sosyal sorumluluklar, ideolojik yönelmeler ve ekonomik kısıtlamaların bir sentezi olarak ortaya koyulmaktadır (Dervişoğlu, 2008).

2.2.3 Mekân ve beden

Mekân ve beden arasında ayrılmaz bir ilişki vardır. Mekân bedensiz, beden de mekânsız tanımlanamaz. Heidegger'e (1971) göre, insanoğlunun dünya üzerinde var olma amacı ikamet etmektir. İnsan bedeni, bir mekânın içinde var olmaktadır. Ancak aynı şekilde beden var olduğu ve hareket ettiği için mekânlar tanımlanmaktadır.

“burası” bedenimizin mekân içinde konumlandığı yerdir ve “orası” ise daha uzakta olandır. İkisi arasındaki mesafe genellikle, bedenimizin oraya yürüyerek ya da bir taşıtla ne kadar sürede gideceği ile ilgili zamanla tanımlanır. Sol ve sağ, yukarı ve aşağı, önde ve arkada, büyük ve küçük, üstünde ve altında gibi kavramlar bedenimizle ilgili olarak tanımlanır. Mimaride kullanılan birçok ölçü birimi bedenin bölümlerinden oluşur (Franck, Lepori, 2007).

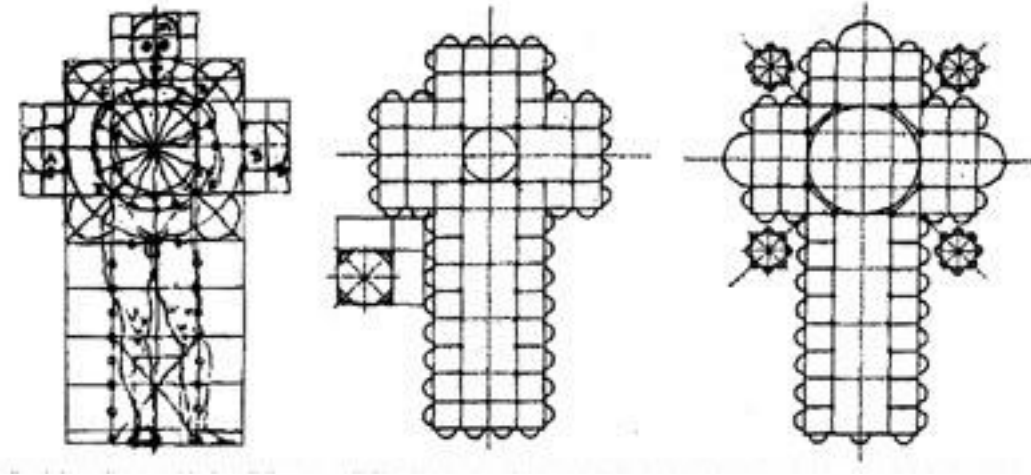
Leonardo Da Vinci'nin çizdiği Vitruvius adamı ve oran çalışmaları ile beden artık sayısallaştırılıp, grafiklere dökülmüş, mekân ile olan mükemmel uyumuna dikkat çekilmiştir. Mimaride, bedenın oranlarında bulunan estetiğı arayan Francesco di Giorgio, insan figürünün merkezi ve boylamsal parçalarının organik birleşiminin, kilise tasarımında nasıl esas alınabileceğini “Trattato di Architettura” da çizimlerle açıklamaktadır (Şekil 2.10). Çizimlerde, insan bedeni kilise planını oluşturacak temel ölçüttür. Bedensel oranların kullanımı “kiliselerde merkezileştirilmiş doğu bitişinde, temel daire ve kare geometrik biçimlerinin geliştirilmesiyle görülmektedir. Rönesansta ilahi düzenin arayışı esastır. Daire kutsal mükemmelliğin simgesi olarak görülür ve bedenın kare ve dairelerle mimaride yeniden şekillenmesi söz konusudur. (Dervişoğlu, 2008).



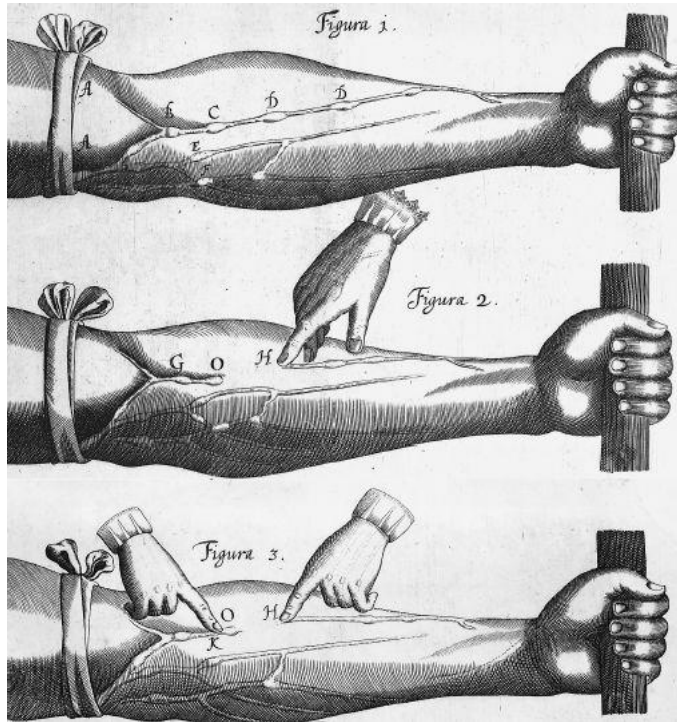
Şekil 2.10 : Francesco di Giorgio, “ Trattato Di Architettura Civile e Military” kitabından taranmış olan çalışmalarına ait çizimler (Dervişoğlu, 2008)

Rönesans mimarisinde, bedenın oranlarıyla ilişki kurma yaklaşımı hâkimdi. Bedenin simetrikliğı, oranları, uzuvları, plan ya da cephe düzleminde, yapının içinde mimari elemanlar olarak karşımıza çıkıyor (Şekil 2.11). Harvey (1628) “De motu cordis” eserinde de, vücut dolaşımı kentin ana arteleriyle bağdaştırılıyor (Şekil 2.12) (Sennett, 2002). Ancak bu dönemde, bedenın sadece fiziksel ölçü ve oranlarıyla ilişki kuruluyor. Bedenin düşünsel ve toplumsal boyutlarına dair bir yaklaşım söz konusu değildir. Günümüzde ise, beden hapsolduğı mükemmel daire ve karenin içinden çıkartılıp etrafıyla olan ilişkilerine dikkat çekiliyor. Bedenin ihtiyaçları sadece sağlıklı erkek bedeni üzerinden tanımlanmayıp, çocuk, yaşlı, sağlıksız, engelli bedenler de dikkate alınarak çeşitlendiriliyor. Bedenin sınırları kendi teninin bittiğı

noktalarla tanımlanırken, sınırların bununla son bulamayacağı, toplumla olan ilişkilerinde görünmez sınırların da olduğunu farkına varılıyor.



Şekil 2.11 : İnsan bedeninin incelenmesiyle kurulan analogiye örnek Francesco di Giorgio çizimleri (Steadman, 1979)



Şekil 2.12 : William Harvey'in illüstrasyonu, "De motu Cordis", (1628), (Url-10)

3. KİŞİSEL ALAN

Günlük hayatımızda, dolmuşta inerken ve binerken diğer insanlarla temas etmemek için kapıya en yakın koltuğu seçeriz ya da iki kişilik koltukların bir yanları boşken yine de ikisi de boş olan bir koltuk ararız. Vapurda da, 4-5 kişinin rahatça oturabileceği koltuklarda bir kişinin ya da farklı köşelerde en fazla iki kişinin oturduğunu görürüz. Yine aynı şekilde, herhangi bir şey için sıra beklerken kuyrukta, diğer insanlarla temas etmemek için belli bir mesafe koruruz ancak bir başkasının araya girmesine izin verecek kadar da arayı açmayız. Bütün bu davranışlar kişinin toplum içinde kendine bir yer oluşturma ve onu koruma çabasından kaynaklanır. Mekân-beden dinamiği içerisinde beden sınırlarının insanı kaplayan deri ile başlayıp bittiği önermesi yanlış olmasa bile eksik kalacaktır. İnsan, sosyal bir varlık olduğu için, fiziksel boyutlarının, oranlarının yanı sıra sosyal sınırlara da sahiptir. İnsan bedeninin gözle görülmeyen ancak ihlal edilmesi halinde rahatsızlık duyulan bu sınırları “kişisel alan” olarak nitelendirebiliriz.

Hall (1966) ve Sommer (1969) da ilk olarak hayvanlar üzerinde gözlemledikleri bu davranışın insanlar tarafından da sergilendiğini keşfettiler. Her bireyin gözle görülmeyen ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde onları koruyan sabun köpüğü gibi bir balon olduğunu belirtip, bu balonu da “kişisel alan” olarak nitelendirdiler. Bu alanın sınırları kişilerin kendilerini ve mahremiyetlerini koruma ihtiyacı duydukları mesafeyi belirliyor. Çok kalabalıkta, başka bir kişinin kişisel alanına girmek agresif davranışlara da neden olabilir (Calhoun, 1962). Ancak, çok yakın ve empatik ilişkilerin kurulması kişisel alanın sınırlarını da en aza indirebilir (Hall, 1966).

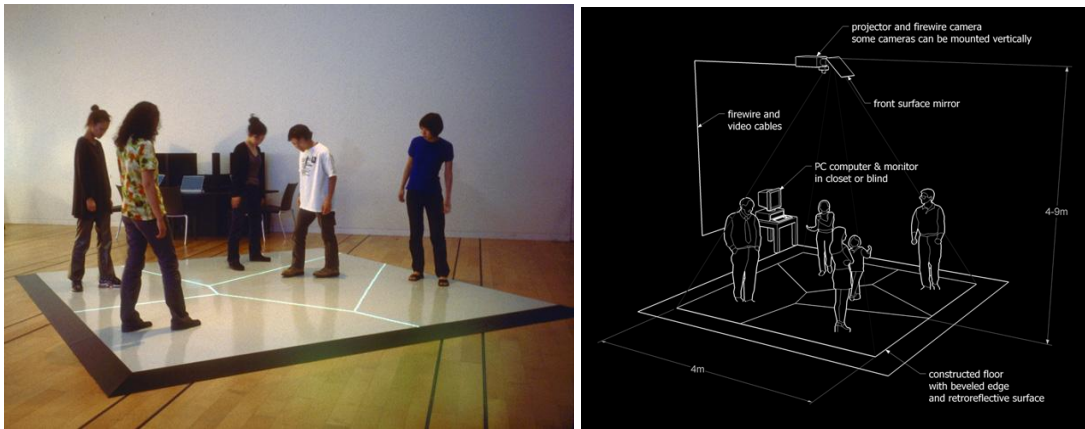
3.1 Mekânsal İstila

Kişisel alan ile birbirine çok benzeyen ancak karıştırılmaması gereken diğer bir kavram da “bireysel mesafe”dir. Sommer’a (1969) göre, bireysel mesafe bir ortamda birden fazla kişinin bulunmasıyla ortaya çıkar ve toplumun beklentilerini karşılar. Kişisel alan ise kişinin kendi sınırlarını belirler. Bireysel alan bazen kişisel alanın içinde bazen de dışında kalabilir. Örneğin bir bekleme koltuğunda yan yana oturan

iki kişinin toplum gözünde bitişik koltuklarda oturması normaldir ya da kuyrukta bekleyen insanlar kalabalık arasında yürüdüklerinden daha yakın temas halindedirler, toplum tarafından normal karşılanan bu davranış kişinin kendi çizdiği sınırları ihlal etmiş olabilir ve onu rahatsız edebilir. Eğer yeryüzünde sadece bir kişi var olsaydı sonsuz bireysel mesafeye sahip olurdu ancak sınırları belli olan kişisel alanı devamlı yanında olurdu ki bu yüzden Sommer (1969), kişisel alanı “portatif mülkiyet” olarak da tanımlar.

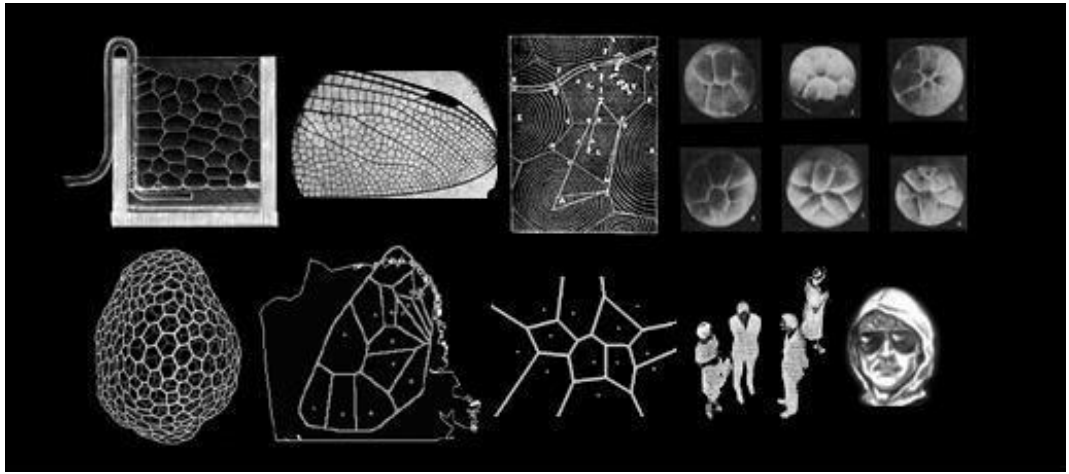
Bireysel alandan bahsetmek için öncelikle kendimizden başka kişisel mekânımızı ihlal edeceğini düşündüğümüz başka biri daha olmalı. Tek başımıza olduğumuz bir ortamda ne kişisel alanımız için bir tehdit unsuru oluşur ne de bireysel mesafe değişir.

Scott Snibbe’nin (1998) “Boundary Functions” adlı projesi de bireysel mesafeyi boyutlandırma çalışmalarından biri. Bu çalışmada, bireysel mesafenin bireyin tek başına olduğu zaman bir anlam ifade etmeyeceği, diğerleriyle ilişkiye girdiği zaman ortaya çıkan bir sınır olduğu vurgulanıyor. Ayrıca bireysel mesafenin, çevremizdekilerle olan ilişkilerimize bağlı olarak dinamik bir yapıya sahip olduğu gözleniyor. “Boundary Functions” bir platform üzerine yansıtılan, insanları birbirinden ayıran çizgilerden oluşan bir çalışmadır. Platformda sadece bir insan varken hiçbir tepki gözlenmiyor. İki kişi varken platform bir çizgiyle ikiye ayrılıyor. Bu iki kişinin hareketlerine bağlı olarak çizgi dinamik bir şekilde değişiyor. İkiiden fazla kişi olduğunda platformun, bir kişinin diğerine daha yakın olmadığı bir matematiksel mükemmellikte hücrel bölgelere bölündüğünü görülüyor (Şekil 3.1).



Şekil 3.1 : Scott Snibbe’nin (1998) “Boundary Functions” adlı çalışması. Bir platform üzerine yansıtılmış projeksiyon ile kişiler arasındaki mesafeler platform üzerinde eşit alanlara bölünüyor. (Url-11)

Her kişiyi saran bu hücrel alanlar matematiksel olarak Dirichlet'in Voronoi Diyagramlarını andırıyor. Bu diyagramlar doğada her ölçekteki diferansiyal alanlar için kullanılır. Antropoloji ve coğrafyada insan yerleşmelerinin modellerinde; biyolojide hayvan ve bitki örneklerinde; kimya da atom yapılarında; astronomide yıldız ve yıldız kümeleri üzerindeki çekim akımı; pazarlamada zincir markaların yer değişim stratejilerinde; bilgisayar teknolojilerinde bir takım problemleri çözmekte kullanılırlar (Şekil 3.2). Diyagramlar matematikle doğa arasında güçlü bir bağ olduğunu gösterir. Bu projeyle, insan ilişkileri arasındaki görünmez alan, görünür kılınmış ve dinamik olduğu ortaya çıkmıştır.



Şekil 3.2 : Dirichlet'in Voronoi Diyagramları ile diferansiyal alanı hesaplanabilecek örnekler. Hayvan ve bitki örnekleri, kimyada atom yapıları, astronomide yıldız ve yıldız kümeleri üzerindeki çekim akımı; v.s. . (Url-11)

Kişisel alanın kim ya da ne tarafından istilaya uğradığı da önemlidir. Glen McBride'in kolej öğrencileri üzerinde yaptığı deneyde, galvanik deri tepkisi¹ yöntemiyle ilginç sonuçlar alındı. Buna göre, deneklere bir objenin dokunmasına, insana göre daha az tepki verildi. Hemcinsin dokunmasına ise karşı cinsin dokunmasına göre daha az tepki verildi (Sommer, 1969). Bu deneyden insanın farklı uyarıcılara farklı tepkiler verdiği ve ayrıca “kişi” olarak kabul ettiklerimiz tarafından mekânsal istilaya uğradığımız sonucu çıkarılabilir.

¹ galvanik deri tepkisi: Cildin, özellikle de avuç içlerinin ve diğer kılsız bölgelerin, uyarıcıya bir tepki olarak elektrik direncinin değişmesi. Özerk sinir sisteminin otomatik bir tepkisi olarak gözlenen bu durum, ter bezlerinin etkinliğine bağlıdır ve hem haz verici, hem de stres yaratıcı uyarıcılarla, hatta yeni veya şartlı uyarıcılarla ortaya çıkabilmektedir.

3.2 Alana Sahip Çıkma (Territoriality)

Sosyal bir varlık olan insanın etrafıyla olan ilişkileri sonucunda bir takım davranışlar gözlemlenir ve bu davranışlara göre de ilişkileri çeşitlenir. Bu davranışlardan en temeli ise bulunduğu alana sahip çıkmasıdır (territoriality). Sahiplenme tüm canlılarda görülen içgüdüsel davranıştır.

Hayvanların davranışlarında temel teşkil eden sahiplenme, genelde bir organizmanın karakteristik olarak bir alanı sahiplenmesi ve kendi türünün üyelerine karşı bu alanı savunma davranışı olarak tanımlanır. Sahiplenme ilk olarak, İngiliz ornitolog (kuş bilimci), H. E. Howard tarafından 1920’de yazdığı “Kuşların hayatında alan” (Territory in Bird Life) çalışmasında tanımlandı (Hall, 1966).

Zürih’in ünlü hayvan psikologu olan H. Hediger, sahiplenme yoğunluğu düzenleyerek türün üremesini garanti altına aldığını söylüyor. Bir tür kendi sahip çıktığı alanında, birbiriyle iletişime geçebilecek uzaklıktadır, böylece yiyeceğin varlığı ya da bir düşmanın yaklaştığı sinyali verilir. Bir tür kendi bölgesindeyken dışarıda olduğuna göre kendini koruma bakımından daha avantajlıdır (Hall, 1966).

Sahiplenme kavramına daha bireysel baktığımızda, bir kuş için yuvası, bir kaplumbağa için bir salyangoz için de kabuğu onların doğal alanlarıdır diyebiliriz. Sahiplendikleri alanlar onları gerektiği zamanlarda tehlikelerden korur. İnsan da kendine ait bir alana sahiptir ve onu kendi ürettiği yollarla ve de yasaların güvencesi altında korur. Ancak insanın bireysel olarak toplum içinde de bir alana ihtiyacı vardır ve sahiplendiği alanı belli edecek davranışlar da bulunur. Örneğin vapurda, kütüphanede, kafeteryada, bekleme alanlarında insanlar çevrelerine montlarını, okudukları kitapları, dergileri, gazeteleri koyarak kendi alanlarının sınırlarını belirgin olarak çizerler. Aslında bu bir anlamda kişinin diğerleri ile olan etkileşiminde oluşturduğu bariyerlerdir.

Sahiplenme diğer bir deyişle kişinin egemenliğinin göstergesidir. Kişi egemen olduğu alanda kontrolün kendinde olduğunu düşünerek güvende ve rahat hisseder. Sınır kavramında da bahsedildiği gibi, kişi çoğunlukla kendini etraftan ayırarak egemenliğini belirler.

3.3 Savunma

Temel insan davranışı olan sahiplenmenin ardından bu güven ve rahatlık hissinin devam etmesi için sahiplenilen alanın aynı zamanda savunulması da gerekir. Bu nedenledir ki, kişisel alanın bir başka tanımı da, kişinin kendini savunabildiği noktaya kadar alanla sınırlı olmasıdır (Sommer, 1969). Gerek havyanlar âleminde gerekse ülkeler arası politik stratejilerde de bu aynı şekildedir. Korunamayan, savunulamayan yer oraya ait sayılamaz. Örneğin kıta sahanlığı, uluslararası hukukta deniz yatağı ve onun altını içeren kıyıdan 200 deniz mili açığa kadar, ya da bu sınırın ötesinde bulunup sular derinliğinin işletilmesine olanak verdiği en derin noktaya kadar olan bölgedir. O kıyıya ait ülkenin kendini savunabileceği sınırı belirler. Kişisel alan ve kişisel alanı savunma kavramları da bu nedenle birbiriyle çok ilişkilidir.

Bireyler de kişisel alanlarını korurken bir takım stratejilere başvururlar. Bunun için iki yol vardır. Ofansif ya da defansif olmak. Kişi eğer ortamda sosyalleşmek ya da göze çarpmak istemiyorsa kendine defansif bir pozisyon yaratmaya çalışır. Ancak ortamda bulunduğu yere hakim olmak istiyorsa ofansif bir pozisyon alır. Robert Sommer (1969), bu konuyla ilgili bir deneyinde her iki tarafında 3-4 sandalye olan dikdörtgen masalarda öğrencilerin nereye oturmak isteyeceğini içinde gizli imalar barındıran sorularla sordu:

- *Eğer olabildiğince gözden uzakta olmak isteseydiniz nereye otururdunuz?*
- *Eğer masanın kendinize ait olmasını ve bir başkasının oturmasını istemeseydiniz nereye otururdunuz?*

Deneyin amacında aslında kişisel alanın korunması olmasına rağmen, her iki strateji grubu farklı sonuçlar verdi. Gözden uzak olmak isteyen grubun katılımcıları masanın en kenarındaki sandalyeleri seçtiler. Masanın kendine ait olmasını isteyen grubun katılımcıları ise olabildiğince masanın ortasında bir yer seçtiler (Sommer, 1969).

Amaca bağlı olarak bireylerin kişisel alan oluşturmadaki tercihleri de farklılaşıyor. Bir başka deneyde ise, mekân içinde gözden uzak olmak isteyenler, ortadaki masalara göre duvar diplerini, kapıya yakın olanlara göre daha uzak olanları, ön masalar yerine arka masaları, büyük masalar yerine daha küçük masaları tercih ettikleri ortaya çıkmıştır (Sommer, 1969).

3.4 Baskınlık

Hayvanlar âlemini incelediğimizde, belirgin hareketlerle hayvanların birbirleri üzerinde üstünlük sağlamaya çalıştığı görülür. Egemenlik ve baskınlık kavramları üzerine insan davranışları hakkında belki de hayvanlar hakkında bildiğimizden daha az şey biliyoruz.

Hayvanlar doğal yaşamın gereklerini yerine getirirler, çok fazla seçimleri yoktur. “bir kuş gibi özgür olmak” insanın doğayla ilişkisini özetlemenin bir şeklidir. İnsan hayvanların doğada çok özgür olduklarını kendisinin ise toplum içinde hapsedildiğini düşünür. Ancak, çalışmalar göstermiştir ki, gerçek bunun tam tersine daha yakındır. Hayvanlar kendi sahiplendikleri alanın sınırlarına hapsedilmiştir. Sahiplenme de, baskınlıkla doğru orantılıdır. Sahiplendiği alanı en iyi koruyan doğada hayatta kalır ve türünü devam ettirir (Hall, 1966).

İnsanın toplum içinde rolü ve davranışları daha değişkendir. İnsan, tercih etme, tepki verme, yerini değiştirme gibi özgürlüklere sahiptir. Bundan dolayı toplum içindeki tepki ve davranışları da çeşitlilik gösterir, dolayısıyla baskınlık bir problem haline alabilir. Bu noktada kişisel alanı, insanların egemenlik alanı olarak tanımlayabiliriz. Victor Hugo “ Herkes mal mülk sahibidir ancak kimse sahip değildir.” sözüyle sahiplenme ve baskınlık arasındaki ilişkiyi açıklamıştır (Sommer, 1969). Burada vurgulanmak istenen, eğer herkes bir kişisel alana sahip olursa bir kişinin diğerleri üzerinde baskınlık kurma nedeni ortadan kalkar. Bundan yola çıkarak, eğer herkes eşit egemenlik alanına sahip olursa, mekânlar daha amacına hizmet eden daha fonksiyonel yerler haline gelirler.

3.5 Liderlik

Liderlik, grup içindeki bireylerin sosyal kültürlerini bir bireyin değerleri altında tanımlamasıdır. Buna göre liderin değerleri ve davranışları topluluğun diğer kesimince kendi değer ve davranışları olarak benimsenecektir. Hayvanlar âlemi için de bireyler için de bu aynı şekildedir.

Bir toplulukta lider olan kişinin grup içindeki diğer kişilere nazaran, farklı nitelikleri olmalıdır. Gruba rehberlik ederek, sorunların belirlenmesi ve çözülmesinde etkili olmalıdır. Lider grubun diğer üyeleriyle devamlı iletişim içindedir. Ancak liderlik ile baskınlık karıştırılmamalıdır. Bir bireyin diğerleri üzerinde korkutarak ya da farklı

bir yolla baskı kurmasında baskınlık, bir kişinin bir grubu yönetmesinde ise liderlik ön plana çıkar. Liderin insanlarla ilişki içerisinde ve yakın temasta olması gerekir.

3.6 İzdiham

Sahiplenme, savunma, baskınlık, liderlik gibi insan davranışları her zaman dengede olmayabilir. Özellikle popülasyonun fazla olduğu durum ve alanlarda bu kavramlar arasındaki sınırlar birbirinin içine geçebilir. Kişisel alanın ve bireysel mesafenin incelenmesinin bir nedeni de, mekânlardaki nüfus yoğunluğunu düzenleme gerekliliğidir.

Bir restorana 6 kişilik masa koyulduğunda oraya 6 kişiden fazlasının oturamayacağı garanti altına alınmış olur. Öğrenci kantinleri gibi mekânlarda ise biraz daha esnek davranış pratiklerine rastlamak mümkündür. 5 kişilik öğrenci grubu kantine girdiğinde, 4 kişilik masalara oturup yan masadan bir sandalye daha masalarına ekleyeceklerdir. Ancak aynı kullanıcı kütüphanede de, daha fazla kişiye hizmet edecek masalar olduğu halde aynı davranış pratiğini gösteremez. Doğada da yine aynı şekilde bir elma kurdu eğer bir elmanın içinde bir kurt varsa, o elma birkaç kurda yetecek besin miktarında bile olsa, kendine başka bir elma arar, bulamadığı takdirde de ölür. Bu doğadaki nüfus artışını, besin kaynaklarının kullanımını dengeler.

Konser salonları, stadyumlar gibi kalabalığın düzenli bir şekilde mekâna iletilmesi ve aynı şekilde boşaltılması gereken hacimlerin tasarımında bireysel mesafe değerleri daha fazla dikkate alınmalıdır. Hastaneler gibi kamusal mekânlarda ise bir acil durumda binayı boşaltma senaryoları kurgulanırken, sağlıklı bireylerin yanı sıra hastalar da dikkate alınmalıdır. Kişilerin bireysel mesafelerinin eksiye düştüğü durumlar izdihamla sonuçlanabilir.

3.7 Mahremiyet

Mahremiyet bir insanın en temel ve tabii hakkıdır. İnsanı insan yapan değerlerin de başında mahremiyet gelir. Bu özerk değer toplumsal değerlerin korunması ve iyiye yönelmesinde bir araç olarak kullanılır. Toplumsal ilişkilerin korunması ve gelişmesi için de mahremiyete ihtiyaç vardır. Mahremiyete önem veren bir toplumda daha güvenilir, daha saygılı, daha samimi ilişkiler kurulabilir.

James Rachels (1997) mahremiyetin akla gelmeyen başka bir önemli yönünü öne çıkarır. Rachels'e göre, diğer insanlarla istenildiği gibi kurulan sosyal ilişkilerde çeşitliliği sağlayabilmek için mahremiyet zorunludur. Çünkü diğer insanlarla kurulan sosyal ilişkilerin niteliğini kişilere verilen özel bilginin içeriği ve derinliği belirler. Arkadaş, iş arkadaşı, ebeveyn-çocuk, eş, hasta-doktor ilişkileri gibi farklı sevgi, sorumluluk, sadakat, görev niteliklerini barındırır ve bu ilişkilerin her birinde tarafların birbirine aktardığı kişisel bilginin niteliği ve niceliği birbirinden farklıdır. Rachels'a göre; eğer verilen bu bilgiler arasında bir farklılık kalmazsa, ilişkiler arasındaki çeşitlilik de sağlanamaz (Dedeoğlu, 2004).

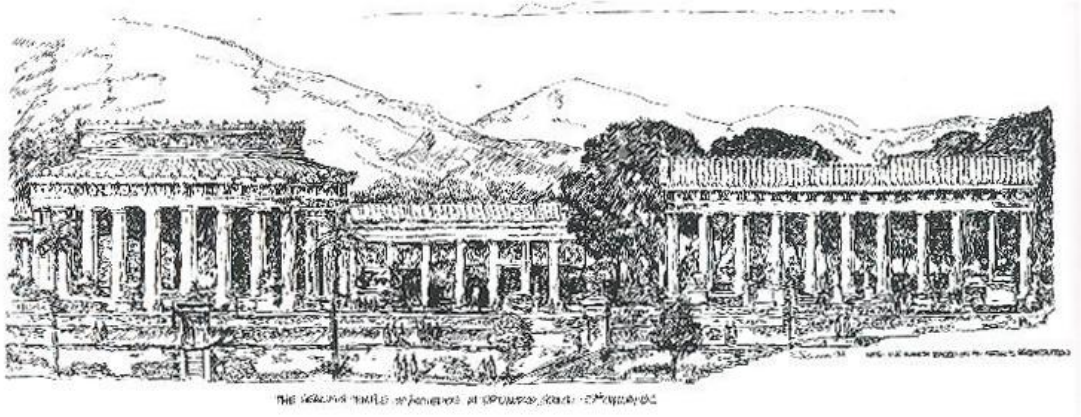
Hasta-doktor ilişkisi diğer ilişkilerden farklı olarak kısa zaman aralığında, zorunlu bir mahremiyet paylaşımını gerektirir. Hastanın durumuna ve muayene tipine göre paylaşım oranı değişebilir. Basit bir muayenede doktor hastanın sırtını dinlerken bir ameliyatta hasta mahremiyetini tamamen doktora teslim etmiş durumdadır. Kişilerin mahremiyetini paylaşması gereken mekânlarda bu faktör de dikkate alınıp, hastanın gerginliğini azaltacak tasarım yaklaşımları benimsenmelidir. Hastaya kontrolün elinde olduğu hissini vermek bu noktada çok önemlidir.

Rapoport (1977) mahremiyeti, etkileşimleri kontrol etme yetisi ve istenen etkileşimi gerçekleştirme yeteneği olarak tanımlar. Mahremiyet eğer isterse kişiye yalnız kalma durumunu da sağlar. Sadece görsel mahremiyeti çözmek yeterli olmayabilir. İşitsel mahremiyete de dikkat edilmelidir. Mahremiyet egemenlik davranışı ve kişisel alan birbirleriyle ve sınırlarla bağlantılı kavramlardır. İnsanlar bulundukları aktiviteye göre belirli bir seviyede uygun mahremiyet derecesi isterler. Her türlü fiziksel sınır ihtiyaç olunan şekilde örgütlenecek ilişki çözümlenmelidir ve sınırlarla bu kavramın ilişkisi unutulmamalıdır (Mumcu Uçar, 2006).

4. HASTANE TASARIMINDA DEĞİŞİM VE DÖNÜŞÜMLER

4.1 Hastane Yapıları

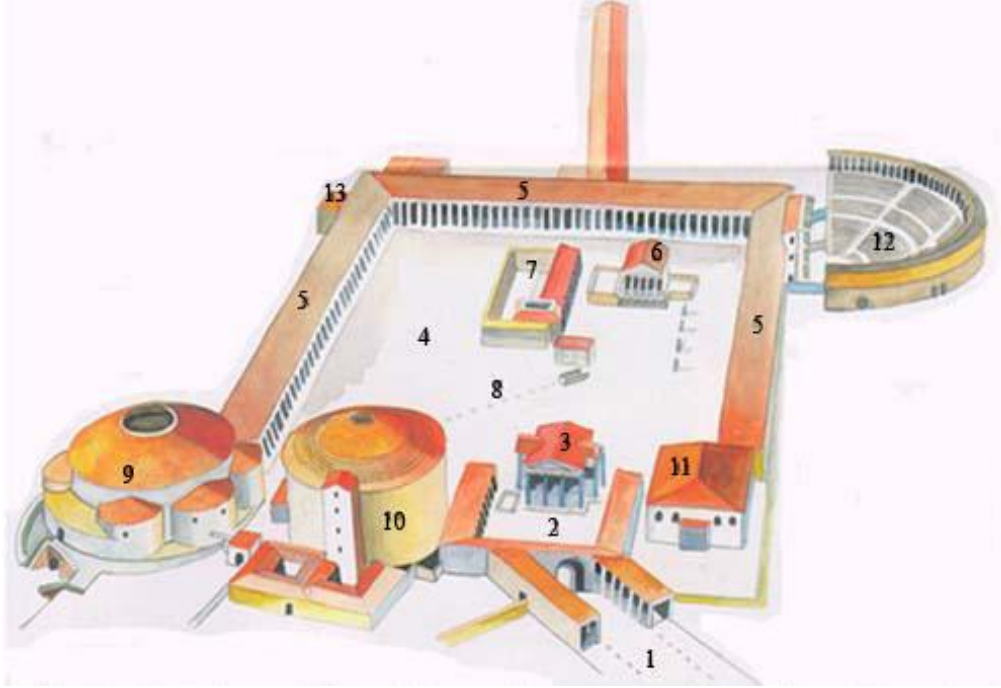
Hastaneyi andıran yapının ilk kanıtları MÖ. 1200 yıllarına dayanmaktadır. Yunan tıbbında hastaları iyileştirmek için iki yol vardı. İlki, gezici doktorun kasaba kasaba gezip hastaları evinde muayene edip, teşhis ve tedaviyi evde yaptığı “Hipokratik hareket” idi. Diğeri ise kronik hastaların, şifa bulmak için, Yunan tapınaklarını ziyaret etmeleri idi (Sternberg,2009). Çoğu tarihçi bunları batı dünyasının ilk hastane yapıları olduğunu iddia ediyor. MÖ. 400 yıllarından itibaren, Hipokrat döneminde, Asklepion tapınağı sadece ibadet için değil hastaların bakımı için de hizmet veriyordu (Şekil 4.1). Bu tapınaklar, kasabanın gürültüsünden, kirliliğinden uzakta, genelde içme suyu kaynaklarının yanında ve olabildiğince deniz manzarası olan yerlere yapılırlardı (Miller, Swensson, 2002). Bu yönleriyle günümüz spa merkezleri ile benzerlik gösteriyorlar.



Şekil 4.1 : Asklepion Tapınağı, M.Ö. 400, Epidauros, Yunanistan. Hipokrat döneminde, tapınak sadece ibadet etmek için gidilen bir yer değil, aynı zamanda hastaların iyileşmek için gittikleri yerlerdi. Earl S. Swensson eskizi (Miller, Swensson, 2002)

Dünyanın ilk sağlık merkezlerinden biri olan Asklepion’un kalıntıları “Ölümün girmesinin yasak olduğu, vasiyetnamelerin hiç açılmadığı şehir” olarak anılan Bergama’da bulunmaktadır. Günümüzde popülerite kazanmış olan müzik, çamur banyoları, su ve spa terapileri, meditasyon, telkin, doğal bitkisel karışımlar, masaj,

aromaterapi, özel diyetler gibi yöntemlerin asırlar öncesinde Asklepion’da uygulandığını görüyoruz (Şekil 4.2). Şifalı kutsal su, şifalı otlardan yapılan ilaçların yanı sıra, tiyatroda düzenlenen müzik dinletileri, törenler ve temsiller de tedavi yöntemleri olarak kullanılıyordu (şekil 4.3) (Menekay, 2009).



Şekil 4.2 : Asklepion Tapınağı planlaması. (1) Viran Kapı’dan başlayan yol. (2) Anıtsal kapının ön avlusu. (3) Anıtsal kapı.(4) Tören avlusu. (5) Tören avlusunu çevreleyen sütunlu galeriler. (6) Helenistik Devir’e ait Asklepios Tapınağı. (7) Uyku odaları, şifalı kaynak ve kuyular. (8) Yer altı geçidi. (9) Hastaların tedavi gördüğü klinik. (10) M.S. 2. yüzyılda yapılan Zeus-Asklepion Tapınağı. (11) Kütüphane ve tapım salonu. (12) 3500 kişilik Roma Devri tiyatrosu. (13) Genel Tuvalet. (latrin) (Çizimler: Ferit Avcı, Atlas Dergisi, Sayı 66, Eylül 1998), (Url-12)



Şekil 4.3 : Asklepion Tapınağı tiyatrosu. Tiyatroda yapılan törenler, müzikle uygulanan telkinler hastaların iyileşmesine katkıda bulunuyor. (Menekay, 2009)

Eski zamanlarda da doğanın insan üzerindeki rahatlatıcı etkisi keşfedilmiş ve bu yönde sağlık binaları inşa edilmiş. Hem görsel hem işitsel algının iyileşmede etkili oldukları söylenebilir. Bu noktada sağlık yapılarının gelişiminde algılar ve doğasal faktörler önemli rol oynamaktadır. Daha günümüze yakın, Osmanlı döneminden bir örnek ise Edirne Şifahanesi'dir.

Edirne Şifahanesi, Sultan II. Bayezid tarafından 1484'de Edirne'nin Tuna Nehri kenarına yaptırılan imaretin bir bölümünü oluşturmaktadır. Akustiği ve merkezi planlaması ile müzik tedavisi düşünülerek inşa edilmiştir. Bilimsel çalışmaları ile ruh hekimliği alanında, hastaların müzikle tedavisi konusunda önemli bir ilerleme sağlanmıştır. Edirne Darüşşifası Osmanlı döneminde bilinen ilk hastane olmakla birlikte, Türk psikiyatrisi ve çağdaşlık bakımından Rönesans döneminde ve hastane tarihinde oldukça önemli bir yapıya sahiptir. Külliye'nin içinde kapsamlı bir şifahane bölümü bulunmaktadır (Günbulut ve diğ., 2008).

Şifahane Bölümü, geçmişte hastaların yatırıldığı bölümdür. Burada 4 yazlık, 6 kışlık oda ve bir musiki sahnesi bulunmaktadır. Ortadaki havuzun şadırvanı, şifahanenin en önemli tedavi yöntemlerinden biri olan su ögesini oluşturmaktadır (Şekil 4.4) (Günbulut ve diğ., 2008).

Burası geçmişte ruh hastalarının müzik, su sesi ve güzel kokularla tedavi edildiği akustiği ile ünlü bir mekândır. Tedavi sürecinde ise, şikâyetler ve benzer hastalıklar bir araya getirilerek müzik ve su ögesi birleştirilip hastaların kalp ritmini nasıl etkilediği incelenmekte ve uygun müzik makamı ve su ögesinin bir arada kullanıldığı seanslar uygulanmaktaydı (Günbulut ve diğ., 2008).



Şekil 4.4 : Şifahane ortasındaki şadırvan ile su ögesi tedavi yöntemi olarak kullanılıyor. (Url- 13)

Genel anlamda hastane yapıları tıp bilgisinin yeterli olmadığı dönemlerde alternatif tıbbı başvuruyordu. Ancak yine de hastaneler tedavi bulma amacıyla gidilen yerlerden daha çok artık iyileşmek için hiç bir ümidi kalmamış insanların son uğrak yerleri olarak biliniyordu. Bu noktada hastane yapılarında 18.yüzyıl kırılma noktası olmuştur diyebiliriz.

Tıp ve din pratikleri eski çağlardan endüstri devrimine kadar beraber yorumlanmışlardır. 18.yüzyılda artık dini mekânlar ve hastaneler farklı mekânlar olarak algılanıyordu. 18.yüzyılda inşa edilen hastaneler, hem Avrupa’da hem de Amerika’da “paladyan” tıp olarak bilinen, tekli, yoğun strüktürlerdi. Dış görünüşleriyle kamu binalarını ya da büyük konakları andırıyorlardı. Bu dönemde zengin ve orta-sınıf yine evlerinde muayene olurken hastaneler daha çok fakirlere hizmet eden hayır kurumlarıydı. Doktorlar, orta sınıf ve üstünün hizmetinde oldukları için gerekli saygıyı göremezlerdi. Zamanla tıp alanındaki büyük gelişmelerle doktorlar, cemiyet içindeki hak ettikleri saygıyı görmeğe başladılar hatta hastane tasarımını etkileyecek kararlarda da söz sahibi oldular (Miller, Swensson, 2002).

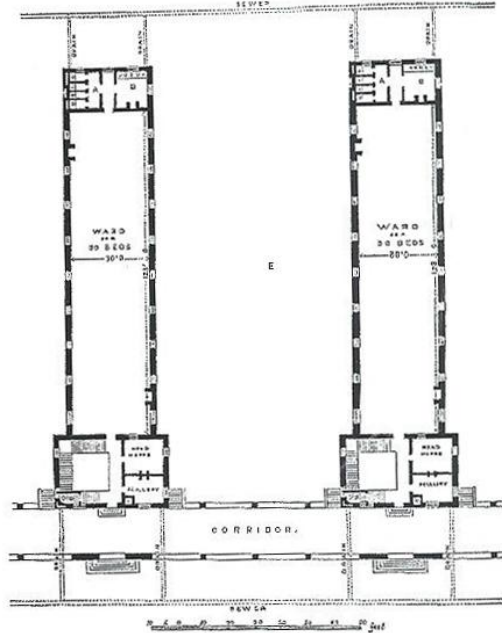
18.yüzyılda, hastaların hastaneye yatma sebeplerinden farklı olarak başka bir hastalık nedeniyle ölüm oranlarının artmasıyla doktorlar, hastane tasarımında değişiklik yapmak üzere girişimlerde bulundular. Hacimlerin havalandırılmasına engel olan, iç avlulu, kare planlı blok yapılar yerine, karşılıklı hacimlerin havalandırılabilirdiği, temiz hava ve doğal ışık almaya elverişli, güneşe ve rüzgâra karşı uygun yönlendirilmiş yapılara ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır. Bu ilkeler uygulandığı takdirde, doktorlar, “enfeksiyon” yoluyla bulaşan hastalıkların ve buna bağlı olarak ölüm oranlarının azalacağı görüşündeydiler (Sungur Ergenoğlu, 2007).

19.yüzyıl ortalarında, İngiltere ve Fransa’da, hastanelerin “pavyon plan” tipi devrim yarattı. Bu plan tipinde, birbirinden ayrı binalar tek bir arkat ya da koridor ile birbirine bağlanıyor. “miasma teorisini”² kendine ilke olarak alan pavyon tipi planın, hastane binalarındaki problemi çözeceğine inanılıyordu (Miller, Swensson, 2002).

² Miasma teorisi: Kötü kokusu ile bilinen havada asılı kalan partikülleri, içinde barındıran zehirli buharın pis hava içinde var olduğu ve bunun hastalıklara sebep olduğu varsayımdır. Teori, ortaçağda ortaya atılmış ve ancak birkaç yüzyıl varlığını sürdürebilmiştir. (Url-14)

O dönem savaşlarda birçok asker yaralanıp, hastaneler bu talebe karşılık veremediği için, askeri kışlalar hastane olarak kullanılmaya başlandı. İstanbul'un Üsküdar ilçesinde III. Selim tarafından Nizam-ı Cedid askerleri için inşa ettirilen Selimiye Kışlası Kırım Savaşı sırasında İngiliz askerlerine tahsis edildi. Modern hemşireliğin kurucusu olarak bilinen Florence Nightingale 1854'te kışlaya gelerek yaralı İngiliz askerlerinin tedavisinde görev aldı (Url-15).

Florence Nightingale'in "hijyen" kavramının ortaya çıkmasına sebep olan ve beraberinde hemşirelik mesleğine saygınlık getiren reform niteliğindeki misyonu, o dönemin trendi olan büyük hasta koğuşlarını, bolca havalandırma ve medikal mobilyalardaki sadeliği mükemmel bir şekilde birleştirmişti. Onun ideal hasta koğuşu, hemşire istasyonunun yanında tek bir girişi olan, uzun duvarları boyunca 15 tane yatağın sıralı olduğu uzun dikdörtgen bir hacimdi. "Nightingale koğuşu" adı verilen bu planlama tipi epeyce kabul gördü (Şekil 4.5). Bu sistemde hasta bakımının verimliliği ve koğuşa giriş çıkışın kontrolünün yapılabilmesi için, hasta mahremiyeti tamamen feda edilmişti. Nightingale, tuvaletler, bulaşikhane, lobi alanları gibi hijyenik olmayan küçük mekanların çıkartıldığı planları savunuyordu. Ona göre hastanın ve hizmetlilerin özgürlüğü hata yapmalarına sebep olurdu (Miller, Swensson, 2002).



Şekil 4.5 : "Nightingale Koğuşu" planı. İki uzun duvar boyunca 15 yatağın dizildiği uzun koğuş, sade mobilyalarıyla ve hemşire istasyonunun bitişiğinde tek bir girişle, tedavide verimlilik için hastanın mahremiyetini feda ediyor. (Miller, Swensson, 2002)

“miasma teorisi”nin, “mikrop teorisi”³ ile çürütülmesiyle beraber, pavyon plan tipinin, hasta sağlığına diğer hastane şemalarından daha yararlı olmadığı anlaşılmış oldu. Bunun yanı sıra pavyon tipi planın birçok dezavantajı da vardı. Bina dış yüzeyinin fazla olması sebebiyle hastane kullanılırken de ısıtma gibi giderler ekonomik açıdan olumsuz faktörlerdi. Ekonomik sorunların yanı sıra, teknik buluşlar hastane binalarının mimarisini etkilemeye başlamıştı. Bunlar arasında asansörün, düşey taşıma aracı olarak binalarda kullanımı yüksek binalara geçişte etkili olmuştur (Sungur Ergenoğlu, 2007).

Doktorlar prestijlerini hem sosyal hem bilimsel açıdan sağlamlaştırırken, 20.yüzyılın başında, hastaneler, fakir insanların ölmeden önce gitmesi gerektiği bir yer imajından çıkıp, muhtemel etkili tedavinin merkezi olma halini aldılar. Hastanenin bu değişen imajıyla, artık her sosyal sınıftan insanlar hastaneye gelmeye başlamıştı. Bununla beraber hastanelerde ilk defa hastanın ihtiyaçlarına doğrudan hitap edildi ve daha insani çevre yaratılmaya dair hareketlerde bulunuldu. Bunların arasında, yemeğin kalitesinin artırılması, daha fazla ziyaret saatleri, kurallara muhakkak uyulması vardı. Bunların yanı sıra hastalar artık tedavi kararları ve çizelgelerinden daha düzenli haberdar ediliyorlardı. Aydınlatmayı arttırmak, gürültüyü azaltmak, yatakları daha rahat edecek şekilde düzenlemek, Nightingale koğuşunun tipik özelliği olan badana rengini azaltmaya yönelik çabalar dışında tasarıma yönelik çarpıcı değişiklikler görülmedi (Miller, Swensson, 2002).

Hastane yapılarındaki gelişimlere paralel olarak hastanın bakımı ile ilgili tanımlarda değişmiştir. 1970'lere kadar hasta bakımı için “tıbbi bakım” terimi yeterli iken, daha sonra bunun yerini, sadece fiziksel bakımla yetinmeyen, psiko-sosyal boyutu da içine alan, “sağlık bakımı” terimi almıştır. 1990'lardan itibaren ise “hasta-merkezli bakım” kavramı ortaya çıkmıştır (Sungur Ergenoğlu, 2007). Bu kavramla belirtilmek istenen, hastanın fiziksel, zihinsel ve ruhsal olarak bir bütün olduğunun anlaşılması ve iyileşme sürecine bu faktörlerin büyük etkileri olduğudur. Bu kavramla birlikte, hastanın beklenti ve ihtiyaçlarına cevap veren, hasta ile yakından ilişki kuran tasarımlar ön plana çıkmıştır.

³ Mikrop teorisi: Aynı zamanda hastalık yapıcı mikrop teorisi diye bilinmektedir, mikroorganizmaların birçok hastalığın nedeni olduğunu savunmaktadır. İlk ortaya konduğunda çok tartışılrsa da artık günümüzde, antibiyotikler ve hijyen uygulamaları gibi birçok yeniliğe yol açan klinik mikrobiyoloji ve modern tıbbın kilometre taşıdır. (Url-16)

4.2 Mimarlık ve Tıp Bilimi

Tarih boyunca mimarlık ve tıp pratiği birbiriyle devamlı bir ilişki içerisinde olmuştur. Mimar ve tıp adamı ise insanların gözünde her zaman sosyal sorumluluğu olan toplumun ileriye daha iyiye yönelmesini sağlayan etkili figürler olmuşlardır. Mimarları ve tıp adamlarını da bir araya getiren sebeplerin en önemlisi belki de bu misyondur.

Medikal bakımın doğal değişimine ve bunun mimarlık üzerindeki etkisini gördüğümüzde, aynı şekilde mimarlığın tıp bilimi üzerinde ne kadar etkisi olabileceğini keşfetmeye başlıyoruz. Hastalar gürültüye maruz kalıp, penceresiz odalara mâhkum ediliyor, akabinde kuvvetli ağrı kesicilere ihtiyaç duyup, endişeli bir hale kapılıp genellikle depresyona giriyorlardı. Bir hasta pencereden ağaçlara, suya, bahçelere birkaç dakika göz gezdirdiğinde ise kan basıncı düşebiliyor. Açıkça görülüyor ki sağlıklı ve sağlıksız hasta odaları var. Buradan da anlaşıyor ki, var olan hastalıkları iyileştirmekten ziyade onları engelleyerek sağlığı korumayı amaçlayan modern tıp gibi kendine zorlu ve tehlikeli bir yol seçen ‘sağlıklı mimarlık’ kavramı ortaya çıkıyor (Miller, Swensson, 2002).

Geçmişten bu yana, hastaneler hep sağlıksız ortamlar olarak hatırlanırdı ve çok ağır hasta olunmadığı sürece hastanelere gitmekten kaçınılırdı. Hasta kişi endişeli yakınları ile hastaneye gittiğinde onları, insanın gözünü alan ışıklar, çıplak bomboş koridorlar, tuhaf sesler çıkaran aletler, keskin ve hoş olmayan kokular, mermer ve paslanmaz çelik gibi sert malzemelerin alabildiğince genişlikte soğukluğu karşılıyordu. Medikal teknolojilerin gelişmesiyle beraber hastaneler birer makine yığını olmuşlardı. Teknoloji adı altında insani olmayan yapılar, siteril adı altında soğuk ortamlar yaratılmıştı. Sert, gürültülü, soğuk zeminlerin çağrıştırdığı ‘siteril’ kelimesi artık insanlar tarafından olumsuz bir kelime olarak algılanıyordu. Sağlığı korumak şöyle dursun, hastaneler hastaları daha da hasta hale getiriyordu. Her yıl yapılan sağlık sempozyumunun organizatörlerinden biri olan Wayne Ruga, bir hastanın endişesi arttığında, bağışıklık sisteminin baskı altına alındığını ve vücudun hastalıkla savaşma yeteneğinin de zayıfladığını belirtiyor. Bunun dışında “yoğun bakım sendromu” diye bir durum söz konusu. Hasta, göz alan florasan lambalara, aralıksız bipleyen monitörlere, yoğun bakım ünitelerinin tipik özelliği olan çıplak

beyaz ve yeşil duvarlara günün yirmi dört saati maruz kalınca, uyku bozuklukları, halüsinasyonlar ve bazen hafif psikozlar oluşabiliyor (Sternberg,2009).

Hastaneler sadece hastaları iyileştirmesi gereken ve bu amaca hizmet ettiği sürece diğer insani ihtiyaçları görmezden gelen bir geleneksel yaklaşım içindeydi. Ancak günümüzde, hastaların medikal anlamdaki ihtiyaçlarının dışında insani ihtiyaçlarının da olabileceği fark edildi ve bu yönde hastane tasarımına yön verildi. Medikal desteğin dışında da, iyileşmeğe katkıda bulunabilecek öğeler keşfedilip, bunlar mimarlar tarafından hastane mimarisi ve tasarımına aktarıldı. Hastane tasarımında önceliklerin değişmesi, bir anlamda hastane tasarımının da zenginleşmesini sağladı.

4.3 Hastane Tasarımında Değişen Yaklaşımlar

Değişim mimarlığın vazgeçilmez bir parçasıdır. Ancak değişim şekli, hızı mimari ürünlere göre değişiklik göstermektedir. Diğer mimari ürünlerden farklı olarak hastaneler, daha etkili ve kökten değişimlere maruz kalmıştır. Bunun nedeni ise, insanlık tarihinin en eski ve içgüdüsel amacı olan hayatta kalma mücadelesi için, hasta bakım, iyileşme, iyileştirme yöntemlerinin tekrar tekrar değişerek yorumlanmasıdır.

Tıbbi bilginin sınırlı olduğu zamanlarda sadece iyi-olma haline odaklanılmıştı. Daha sonra bakım-merkezli bir yaklaşım benimsendi. Ancak insan bedeninin sadece fiziksel ihtiyaçları olmadığı aynı zamanda sosyal ve psikolojik açıdan da bir bütün olarak ele alınması gerektiği ortaya çıktı ve bu doğrultuda bir yöntem izlenildi. ‘bakım merkezli’ sağlık sisteminden, ‘hasta merkezli’ sağlık sistemine geçilmesinin, hastane yapılarının bugünkü şekillerini almasında büyük etkisi oldu. Bunda daha yüksek kalitede hizmet görmek isteyen kullanıcıların da büyük payı var. Bu ortam içinde, mimarlar, sağlık kurumu ve hastane yöneticileri, planlamacılar, destekçi kurumlar, yasayı oluşturanlar sağlık bakımını 21. yüzyıla taşıyacak, kaliteli, uygun maliyetli ve esneklik bakımından yeterli hastaneler tasarlamak için işbirliği içinde olmalıdırlar.

Miller ve Swensson’a (2002) göre, sağlık endüstrisi için tasarım yapan mimarlar, 4 ana yaklaşım değişiminden etkilenmektedir:

- a. Gençlikten olgunluğa geçiş:** Endüstri çağının başlangıcından beri, eski, yaşlı, modası geçmiş olan her şeyin terk edilmesi benimsenmiştir. Ancak

şimdi bu yaklaşım, önyargılı davranmayıp eskiden de yeniden de faydalı olabilecek tarafları almak yönünde değişiyor.

- b. İyileştirme durumundan sağlığa geçiş:** On beş yıl önce, ‘hastanede yatmak’, ‘ileri teknoloji’, ‘akut tedavi’ kelimeleri tıp alanında sık kullanılan terimlerdi. Günümüzde anahtar kelimeler ‘iyi olma’, ‘korunma’, ‘ayakta tedavi hizmetleri’, ‘teşhis ve tanı hizmetleri’ dir. Modern tıp, sadece hastalığı iyileştirmek yerine, hastalıktan korunma ve sağlıklı kalmanın devamlılığı kavramına doğru değişim göstermektedir. Bu yeni yaklaşım hastane mimarisini büyük ölçüde etkileyecektir.
- c. Özelleşmeden bütünlüğe geçiş:** Mimarlardan artık, çeşitli kullanıcı gruplarına hizmet veren ve değişen ihtiyaçlarla gelişme yeteneğine sahip kompleks yapılar yaratmaları istenmektedir. Yirmi beş yıl önce hastane binaları, on beş yıl önce sağlık kampusu önemli iken, günümüzde ‘sağlık parkı’, ‘medikal merkez’, ‘medikal otel’ gibi topluma tümüyle entegre olmuş tasarım anlayışı ortaya çıkmıştır.
- d. ‘Reaksiyon’dan ‘öngörü’ ye geçiş:** Planlamacılar, hastane yöneticileri, sağlık yasa ve yönetmeliğini oluşturanlar ve mimarların bir sorunla karşılaştığında anında cevap vermesi gelecekte yeterli olmayacaktır. İnsan doğası gereği dinamik bir yapıya sahiptir ve modern teknoloji bu dinamizmin hızlanmasında büyük etkindir. Fiziksel ve sosyal açıdan insan için tasarlanmış yapılar, değişen ve gelişen ihtiyaçların öngörüsünü bünyesinde barındırarak, bu dinamizmi yakalamalıdır.

Bu ana değişikliklerin yanı sıra Miller ve Swensson’a (2002) göre, hastane planlamacıları ve tasarımcıları aşağıdaki dönüşümlerin de farkında olmalıdırlar:

- a. Ayrıcalıklı olma durumundan sisteme dönüşüm:** Geleneksel olarak kullanılan ‘sağlık sistemi’ tanımı aslında bir sağlık koruma sisteminden çok, hasta bakım sistemini tanımlıyor. Ve ‘sistem’ nüfusun gerçekten ve sürekli profesyonel tedavi alabilen bir kısmını tanımlamaktadır. Geri kalanlar bu ‘sistem’in dışında kalıyor. Gerçek bir sistemde her an her kişi sağlık hizmetlerinden en kolay şekilde yararlanabilmelidir. Bu noktada mimarlardan, hastanelerin hijyenle çevrilmiş, toplumdan izole imajını silip, sağlık kurumlarını günlük hayatın içine sokmaları bekleniyor.

- b. **Hastalıktan daha çok iyi olmaya odaklanmak:** Sadece hasta olduğunda bakım yerine, sağlığı korumaya yönelik çalışmalarla hastaneler toplumla daha iyi bütünleşmiş olacaklardır.
- c. **Parçalanmadan bütünlüğe dönüşüm:** Geçmişte medikal bakımın bütünlüğü denilince akla, tam teçhizatlı doktorların bir araya gelmesi, bir ambar dolusu medikal ekipmanın bir çatı altına toplanması yani hastaneyi oluşturması akla gelirdi. Erken endüstri çağında, böyle bir düzenleme daha az bölünmeyle doktor daha az emek harcadığı için daha etkili oluyordu. Enformasyon çağında ise, personeli ve ekipmanları bir kompleksin ya da binanın içinde bir araya getirmek hem gerekli değil hem de yeterli değil. Çünkü artık daha derin bir tedavi bütünlüğü için teknoloji var. Sağlık bakım fonksiyonları, finans, yönetim, tamamen bütünleşip elde edilen bilgi kolayca dağıtılabilir. En basit seviyede bir hastane planlamak ve tasarlamak, enformasyon teknolojilerinin koşullarına uyum sağlamayı gerektirecek. Teknoloji, sağlık hizmetlerinin bağımsız bir şekilde yönetilmesini harekete geçirecek. Örneğin, bir doktor, hastasını hastaneyi ziyaret etmeye mecbur etmek yerine ofisinden hastaneye bilgi gönderebilecek.
- d. **Hiyerarşiden fonksiyonele dönüşüm:** Geleneksel hastaneler yönetim hiyerarşisine göre organize edilir. Hastaneler, hastanenin temelde hastayla doktor arasındaki ilişki merkezli “komşuluk” ilişkisini göz ardı eden yönetim katmanlarıyla yönetiliyorlar. Fonksiyonele doğru değişim, yönetim hiyerarşilerini azaltır ve daha az kolektif ancak daha insan ölçeğinde binaların tasarlanmasıyla bu elde edilebilir.
- e. **Pasif katılımdan aktif katılma dönüşüm:** Hizmeti sağlayan merkezli (hastane ve doktor merkezli) sağlık sisteminde, doktor-hasta ilişkisinde, hasta kendini tamamen doktorun ellerine bırakır. Fakat hizmeti sağlayıcıdan, hasta odaklı sağlık sistemine geçişte, hasta, tedavisinde daha aktif rol almayı bekliyor ve doktorun söyledikleriyle yetinmek yerine beraber hareket edip tedavi seçimlerini arttırıyor. Mimarlar da, daha konuksever, hastaların da katılımını sağlayacak tasarımlara projelerinde yer vererek bu dönüşüme katkıda bulunabilirler.

- f. **Kurumsallıktan kurumsal olmayana dönüşüm:** belki de tasarımla en çok ilgisi olan ve gözle görülen dönüşüm budur. Mimarlar, hastaneleri geleneksel kurumsal yapısından kurtarıp, evin konfor ve sıcaklığını sağlayan rahatlatıcı tasarımlar üzerinde duruyorlar.

Bu değişen ve dönüşen yaklaşımlar sayesinde, mimarlara da bu alanda daha fazla katkıda bulunmak için bir fırsat doğmuş oluyor. Bu yaklaşımlar doğrultusunda, hastane imajına yeni bir yön veriliyor. Hastaneler insanların sadece zorunda kaldıklarında gitmeleri gereken, gittiklerinde de endişeli oldukları bir yer olmaktan çıkıp, daha gündelik hayatın içine sokuluyor, daha kamusallaştırılıyor. Öyle ki, insanlar bilgi almak için hatta sosyal aktiviteler için hastanelere gidiyorlar. Teşvikiye’de (İstanbul) “Medica” adında bir ileri tanı merkezi, geleneksel sağlık kurumu imajının dışına çıkarak tıp ile sanatı birleştiriyor. Tamamen halka açık olarak düzenledikleri “Medica Pazar Konserleri”nde, İstanbul Devlet Opera sanatçılarının yorumuyla klasik batı müziğinin örnekleri insanlara sunuluyor (Şekil 4.6) (Url-17). Böylece sağlık kurumları insanlar üzerinde bir endişe oluşturmeyen, sağlıksızlığı çağrıştırmadan gündelik hayat içinde aktivitelerin de yapılacağı bir yer imajıyla insanların karşısına çıkıyor.



Şekil 4.6 : Medica İleri tanımerkezi. Klasik batı müziğinin, İstanbul Devlet Opera sanatçılarının yorumuyla, örneklerin sunulduğu, “Medica Pazar Konserleri”, tamamen halka açık olarak, kış aylarında iç mekânda, yaz aylarında ise bahçede gerçekleşiyor (Url-17).

4.4 Tasarım Yaklaşımları

Günümüz hastane yapılarının değişimine en fazla katkıda bulunan anlayış hasta merkezli tasarım yaklaşımıdır. Bu tasarım yaklaşımının oluşmasına temel oluşturabilecek diğer destekleyici tasarım yaklaşımlarından da söz etmek gerekir.

İlk olarak esnek tasarımdan bahsetmek gerekirse; esnek tasarım, binaların hızlı ve ekonomik bir biçimde, tekrar tekrar uyarlanabilir ve şekillendirilebilir olmasına olanak sağlanmasıdır (Miller, Swensson, 2002). Esnekliğin tasarımla beraber çalışması, ileride çıkacak daha büyük sorunlara öngörülü çözümler üretir. Esneklik, ön görülmeyen durumlar karşısında aktif bir şekilde izin vermemizi sağlayarak projeye önemli katkıda bulunur. Projenin ilk aşamalarında maliyetin yükselmesine neden olsa da uzun vadede, tadilat, yenileme, sistem değiştirme gibi durumlarda maliyeti azaltır ve çalışma kolaylığı sağlar.

Hastane gibi 24 saat yaşayan ve birçok farklı mekanizmanın beraber işlediği yapılar da esneklik kavramı daha da öne çıkıyor. Değişen teknolojiye bağlı olarak hastanenin içinde, değişiklikler yapılması gerekebilir. Örneğin bilgi işlem sistemi değişebilir, ya da yeni bir tıbbi makine alındığında onu yerleştirecek yeni bir mekân gerekebilir. Bu gibi durumlarda en ufak bir plan değişikliğinde bile elektrik, mekanik ve medikal sistemin yerinden oynatılması, özellikle hastane çalışırken çok zor olabilir. Çalışma yapılırken bir yandan da, hastaların tedavilerinin devam etmesi ve de hastaların rahatsız olmaması gerekir. Bu nedenle elektrik, mekanik donanımların esnekliği hastanenin işleyişindeki ve tasarımdaki esnekliği de büyük oranda etkiliyor.

1960'ların sonlarına doğru, birkaç mimari firma yeni mekanik konseptlere sahip hastaneler tasarlıyordu. Zeidler'in firması, "doku aralığı" prensibini ilk kullanan hastane yapılarının arasında olan McMaster Üniversitesi (Hamilton, Ontario) için sağlık bilimleri merkezinin tasarımını yaptı. Bu terim esas olarak tıpta kullanılmakta ve derinin katmanları arasındaki boşluğu tanımlamaktadır. Doku aralıkları, asıl katlar arasında bulunan teknik servis katlarıdır. Bu katlar bütün mekanik, HVAC, elektrik sistemini içinde barındıran, içinde gezinilmesine izin veren yaklaşık 2 metre yüksekliğindeki ara katlardır. Bu katların amacı asıl katlara zarar vermeden, ya da işleyişini aksatmadan tamir yapma, uyarılma veya sistemleri geliştirmeğe olanak sağlamaktır. Böylece mekanik çekirdek daha esnek olmakla kalmayıp, asıl katlarda

daha az düşey elemanlara ihtiyaç duyuluyor bu da mekânların daha geniş daha açık olmasına daha kolay değiştirilmesine olanak sağlıyor (Miller, Swensson, 2002).

1980'lerin sonundan itibaren, doku aralığı konsepti yerini bütünleşmiş bina sistemine bıraktı. IBS (Integrated Building System) tasarımına göre teknik servis katı, esas kattan yangın geçirmez materyallerle ayrılan her katta tekrar eden ve içinden elektrik ve mekanik donanımların geçmesini sağlayan düşey şaftlardan oluşuyor. Her şaft o katın ihtiyaçlarını karşılıyor ve bir değişiklik yapılması ya da müdahale edilmesi gerektiğinde kolayca ulaşılabilir. Doku aralığı konsepti her katın ikiye katlaması yüzünden ekonomik olarak daha pahalıya mal olduğu için çok da yaygın şekilde kabul görmedi. İnşaatın ilk giderlerine bakıldığında bu doğru gözükse de uzun vadede baktığımızda, bakım onarım masrafları ve teknik alana müdahale için çalışan katların kapatılması ya da tamir edilmesi, gelişen ve değişen teknolojilere bağlı olarak tasarımın ve planlamanın değişmesi gibi faktörleri göz önüne aldığımızda doku aralığı konseptinin IBS konseptine göre daha karlı olduğunu söyleyebiliriz. Üstelik bu sistemde kısa zamanda sıkıştırılmış inşaat süreleri içerisinde mimarlara ve planlamacılara, müşteriyle, medikal danışmanlarla beraber çalışıp daha etkin kullanımlı alanlar yaratmak için daha çok vakit kalıyor. Bu yüzden tasarımcıların planlamacıların Zeidler'ın 5. boyut olarak adlandırdığı "esneklik" kavramını da göz önünde bulundurmaları ve bunun için de bütçe ayırmaları gerektiğini savunuyor (Miller, Swensson, 2002).

Tasarımın esnek olmasının yanı sıra sosyal yönden sorumlu olması da gerekir. Tüm bireylerin ve yönetimlerin, içinde yaşadıkları toplumun yaşam kalitesini iyileştirmek ve sürdürülebilir bir dünya için ekonomik, çevresel, kültürel ve sosyal gelişmeye destek verme sorumluluğu vardır. Bireylerin ve grupların sosyal sorumluluğu olduğu gibi tasarımın da sosyal bir sorumluluğu olması gerekir. Tasarım, fonksiyonellik, estetik gibi kaygıların yanı sıra sosyal yönden sorumlu olma gibi kaygılar da gütmelidir. Sosyal yönden sorumlu tasarım başta, tasarımı yapılan mekânın kalitesini ve dolayısıyla orayı kullanacak olan insanların da yaşam kalitesini arttırmalıdır. Sosyal yönden sorumlu tasarımın bir diğer özelliği de, tasarımın sürdürülebilir olmasıdır. Değişikliklere ve gelişmelere açık olup bunları karşılayacak kapasiteye sahip olmalıdır. Bir birey sosyal sorumluluk görevini, kendini düşünmeden, toplumu ve ondan sonraki bireyleri düşünerek yerine getiriyorsa, tasarımda toplum yararına ve daha sonraki kullanıcıları da düşünerek hareket etmelidir. Yönetimlerin sosyal

sorumluluğunda da olduğu gibi bilgiler paylaşılmalı her şey olabildiğince ulaşılabilir ve şeffaf olmalıdır. Bu sayede, sorumluluklar paylaşılır ve herkesin katılımı sağlanmış olur.

Miller ve Swensson'a göre (2002), sosyal yönden sorumlu tasarım beş ana karakteristiğe sahiptir:

1. Anlamlı paylaşılan değerler sisteminin açıklığına dayanır.
2. Bilgiyi temel alır.
3. Katılımcı bir tasarım sürecinin ürünüdür.
4. Periyodik ve sistematik tasarımı kapsar.
5. Bitmiş projenin periyodik değerlendirilmesini yapar.

Bu beş ana karakteristiğe göre ise, sosyal yönden sorumlu tasarım, kullanıcıların da istek ve ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak tasarım sürecine katılmaları gerektiği yönünde bir yaklaşımı benimsiyor. Gelişmelerle kendini yenileyen canlı yapılar için ki hastane de bunlardan biri, tasarım sürecinin bitmesi gibi bir durum söz konusu değildir. Hastane çalışmaya başladıktan sonra da, kullanıcıların istek ve ihtiyaçları takip edilip, değerlendirilmeli ve çıkan sonuçlara göre çözümler aranmalıdır. Bu tasarımın sosyal bir sorumluluğudur.

Sosyal yönden sorumlu tasarım beraberinde kullanıcıların her türlü fiziksel, çevresel, psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarına cevap vermediği gerektiriyor. Bu da tasarımın aynı zamanda dinamik olmasını gerekli kılıyor. Bu durumda mimar ve tasarımcı bu ihtiyaçlara olabildiğince hızlı cevap verip, çözüm üretmek durumundadır. Günümüz sağlık yapıları tasarımları da bu noktada bu iletişime izin veriyor. Öyleyse, sağlık yapıları, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlara cevap verebilen aynı zamanda hem kullanım hem de fiziksel açıdan esnekliği olması gereken dinamik projelerdir denebilir.

Hasta merkezli tasarımın temelini oluşturan bir diğer yaklaşım ise kanıta dayalı tasarımdır (KDT). KDT, kavramsal anlamda atası olan kanıta dayalı tıbbi, kendine temel alan bir yaklaşımdır. Kanıta dayalı tıp, geçerli olan en iyi kanıtın, hastaların bakımıyla ilgili kararlarda dikkatli, açık ve adil olarak kullanılmasıdır (Sailor ve diğ., 2008). KDT ise, bir projenin tasarımı hakkında, bilgilendirilmiş müşteri ile beraber, kritik kararlarda, araştırmalardan ve deneyimlerden elde edilmiş geçerli olan en iyi

kanıtın dikkatli, açık ve adil olarak kullanılması süreci olarak tanımlanır (Hamilton, Watkins, 2009).

Kanıtı dayalı bina tasarımının gelişmesi için sağlık bakımı ve tasarım becerilerini destekleyen bir organizasyon olan “The Center for Health Design”ın araştırmacıları da KDT’yi, en mümkün sonucu alabilmek için, güvenilir bir araştırmayla bina hakkında temel kararları alma süreci olarak tanımlıyor (McCullough, 2009).

KDT’den her tür projede yararlanabilir ancak en yaygın olarak yararlanılan projeler, sağlık hizmetleri yapılarıdır. Şu anda ve ileriki dönemlerde KDT sağlık hizmetleri sektöründe gelişen bir trenddir. Bu anlayışın sağlık hizmetleri sektörü bakımından benimsenip, gelişmesindeki sebepler aşağıdaki gibidir (McCullough, 2009):

1. Eskiye hizmetlerin yenilenme ihtiyacı
2. Sağlık hizmetleri pazarında rekabet yaratmak
3. Operasyonların etkinliğini sağlamak için materyal akışına ve personelin geliştirilmesine ihtiyaç duyulması.
4. Teknolojik gelişmelere uyum sağlama yeteneği.
5. Tüketicilerin mahremiyet ve aile-merkezli bakım için talepleri.
6. Hastane kaynaklı yaralanma ve enfeksiyonların azaltılması gerekliliği.

Son maddeyle ilgili olarak sağlık kuruluşlarının ve sigorta şirketlerinin hastaneden kaynaklı ancak önlenemez gördükleri yaralanmalara ve enfeksiyonlara bir bedel ödemedikleri gözüküyor (Infectious Disease Society of America, 2007). Genelde bir hastanenin maliyeti ilk etaptaki harcamalara göre değerlendirilir. Oysa hastane teknolojik gelişmelere de bağlı olarak dinamik gelişen ve değişen bir yapıya sahiptir. Bu nedenle ki çoğu harcama uzun vadede düşünülerek yapılsa daha düşük maliyetler ortaya çıkacaktır. Örneğin, hasta odalarındaki lavabolar ilk etapta yatırımcı için ekstra bir harcama olarak düşünülebilir ancak bu lavabonun hastanedeki enfeksiyon riskini azaltacağı ve buna bağlı olarak yaşanacak sorun ve giderleri de düşüreceği önceden planlanmalıdır. İşte bu aşamada KDT’ in önemi ortaya çıkar (McCullough, 2009).

Bunların dışında KDT’in ne olmadığı da çok önemlidir. KDT, değişmez kurallar ve standartlar kümesi değildir. Yaratıcılığı ya da sanatsal özgürlüğü kısıtlamaz. Yapılması gerekenler için bir ferman değildir. Tüm tasarım kararlarını alırken,

müşteriye gösterilecek bir lisans değildir. KDT, doktorlar için kaliteyi ve rekabeti arttırdığı; müşteri için, uzun vadede ekonomik olması ve ürünlerin geliştirilmesi; mimarlar için ise güven ve itibarı arttırdığı için önemlidir (Sailor ve diğ. , 2008).

4.5 Hasta Merkezli Tasarım

Tasarım anlayışı, insan merkezli tasarım yaklaşımını benimsedikçe, sağlık sistemi de bakım odaklıdan hasta odaklıya doğru değişmektedir. Sağlık alanında yaşanan değişim ve dönüşümler, hasta merkezli tasarımı da beraberinde getirmektedir. Hasta merkezli tasarımda her şey hastanın ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde tasarlanır. Bu tasarım anlayışıyla anlatılmak istenen, hastanelerin ve sağlık kurumlarının hasta ve yakınlarına yüksek kalitede hizmet verebilecek şekilde fonksiyonel olarak tasarlanmasıdır. Hastanın sunulan yüksek kalitedeki hizmetin farkında olması ve kendini güvende hissetmesi çok önemlidir. Bu yüzden hastanenin sıhhi ve fonksiyonel açıdan başarılı olması yetmez bunun yanında görsel açıdan da hasta ve yakınlarını rahat ettirecek etkiler yaratmalıdır. Hastaneler steril soğuk imajlarından sıyrılıp, hasta ve yakınlarının endişelerini azaltacak yönde tasarımlara ağırlık vermelidir. Bu da hasta merkezli tasarım anlayışı ile sağlanabilir.

Sungur Ergenoğlu'na (2007) göre, hasta merkezli tasarımın özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- **Hasta merkezli tasarım işlevsel olmalıdır:** Bina, organizasyon ve fonksiyonellik açısından etkin olmalıdır. Akreditasyon kurumu ve yasal düzenlemeler gereğince gerekli tüm teknik standartları sağlayabilmelidir. Çok amaçlı kullanımlara olanak vermelidir. Tasarım, binanın ön görüldüğü yaşam süresi içerisinde, malzeme seçimiyle ve çevresel faktörleriyle sürdürülebilir olmalı. Değişen ve gelişen istek ve ihtiyaçlara cevap verip, onları karşılayabilecek esnek tasarıma sahip olmalıdır.
- **Hasta merkezli tasarım ulaşılabilir olmalıdır:** Hastane binasının kendisi ve çevresi, yayalar, engelliler, toplu taşıma araçları, özel araçlar, ambulans, yangın araçları, servis araçları için kesinlikle ulaşılabilir olmalıdır. Hasta ve ziyaretçilerinin araçları, personel ve hastaneye ait araçlar için yeterli ve uygun park alanına sahip olmalıdır. Tekerlekli sandalye kullanıcıları hastane içindeki tüm mekânlara rahatlıkla ulaşabilmeli ve bankolarda tekerlekli

sandalyedekiler için daha alt seviyede, bankodaki kişiyle iletişim kurabileceği şekilde bir parça olmalıdır.

- **Hasta merkezli tasarım, yön-yol bulmaya yardımcı olmalıdır:** Bina plan şeması okunabilir olmalı ve girişte mutlaka bir danışma bankosu bulunmalıdır. İşaret ve tabela sistemi hiyerarşik bir biçimde açıkça görülebilecek şekilde olmalıdır ve doğru noktalara yerleştirilmelidir. Hastane içerisinde, oryantasyon için, tasarımda nirengi noktaları yaratılmalıdır. Doku, malzeme, renk ve tasarım konseptleriyle farklılıklar yaratılabilir. Bir uygulamada, her katta farklı bir renk tabela sistemi düşünülerek kullanıcıya hangi katta olduğuna dair ipuçları verilmiştir.
- **Hasta merkezli tasarım, sosyal destek sağlamalıdır:** Hastanede sosyalliği geliştirecek ve destekleyecek tasarım ve mekânlara yer verilmelidir. Hastane içinde dini mekânlar, hastalara kişisel bakım sağlayacak alanlar, hasta ve yakınlarına hatta çocuklarına rahat oturma ve vakit geçirme olanağı sağlayan mekânlar tasarlanmış olmalıdır. Oturma birimleri amacına uygun olarak çeşitlendirilmelidir. Bu nedenle hasta merkezli tasarım anlayışıyla tasarlanan bir hastanede mescit, kuaför, bekleme alanları, çocuk oyun alanları gibi mekânlara yer verilir. Hastane binası aynı zamanda sosyal amaçlara da hizmet etmelidir.
- **Hasta merkezli tasarım, yetki vermelidir:** Hastane ortamının hastanın karar vermesine yarayan tasarım özellikleri olmalıdır. Bu, hastalıklar üzerine araştırmalar için bir kitap veya bilgisayar bulunan bir kütüphane gibi mekân ve olanaklarla sağlanabilir. Hastanın ve yakınlarının, doktor ve personelle etkileşimini sağlayacak mekânlar bulunmalıdır.
- **Hasta merkezli tasarım, mahremiyet ve özerklik sağlamalıdır:** Hastane mekânlarında; hem görsel, hem akustik mahremiyet sağlanmış olmalıdır. Halka açık alandan özel alana (hasta oda ve yataklarına) doğru artarak giden bölgesel bir mahremiyet hissi sağlanmalıdır. Aydınlatma ve sıcaklık gerektiğinde hasta tarafından kontrol edilebilmeli, bireysel olarak kullanılabilecek televizyon, müzik gibi seçenekler sunulmalı ve tasarımda genel olarak çocukların gereksinimleri düşünülmüş olmalıdır.

- **Hasta merkezli tasarım, estetik olmalıdır:** Hastane binaları, topluma ve kente olumlu katkıda bulunacak, estetik olarak hem iç hem de dış mekânda kullanıcı dostu iyileştirici etkisi olan bir tasarım oluşturmalıdır. İyileşme sürecine katkıda bulunmak için, mekânlarda ferahlık etkisi uyandıran renk, doku, ışık, manzara ve sanat eserleri bulunmalıdır. Doğru mekânlarda doğru tarz ve ses seviyesinde müzik olmalıdır. Yeterli doğal ışık alınmalı, hasta yatakları doğa ile etkileşim sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. İyileşmeye olan katkısından dolayı mümkün olduğu yerlerde manzaranın doğal olarak sağlanması, mümkün olmayan mekânlarda ise pozitif uyarıcı olarak doğaya atıfta bulunacak tasarım anlayışı benimsenmelidir. Örneğin, bitkilerin ve su ögesinin kullanılması pozitif uyarıcılardır. Binanın konut ölçeğinde hissedilmesi, evin konfor ve sıcaklığını andırması, yerel kültürü yansıtması ve kurumsal olmayan bir duygu vermesi de önemli özelliklerdendir.
- **Hasta merkezli tasarım, güvenli olmalıdır:** Tasarımda olası yangın, doğal afetler, felaketler ve kriz senaryoları düşünülerek, gerekli önlemler alınmalıdır.

Hasta merkezli tasarım, insan merkezli tasarımın bir uzantısıdır. Bu nedenle öncelikle insan merkezli tasarımın gereklerini yerine getirmelidir. Daha sonra ise hastanın öncelikleri ve ihtiyaçları belirlenip buna göre standartlar oluşturulmalıdır. En köklü akreditasyon kurumu olan Joint Commission International (JCI) hastanelerde olması gereken hasta-merkezli tasarım yaklaşımının standartlarını aşağıdaki gibi sıralamıştır:

- **Bakım hizmetine erişim ve bakımın devamlılığı:** Hastalar, bakım ihtiyaçlarına ve kurumun misyon ve olanaklarına bağlı olarak, yatarak ya da ayakta tedavi hizmetlerinden faydalanmaları için kurum tarafından kabul edilirler. Acil durumu olan hastalara erişim ve tedavi de öncelik tanınmalıdır. Hasta ve ailesi tedavinin sonuçları ve beraberinde getirecekleri ile ilgili bilgilendirilmelidir. Kurum tedavi hizmetleri süresince ve bu hizmetlere ulaşımında fiziksel, dil ve kültüre bağlı engelleri azaltmanın yollarını aramalıdır.

Sağlık kurumu, hasta bakım hizmetlerinin devamlılığını sağlamak için yöntemler tasarlayıp uygulamaya geçirmelidir. Hastaların sevk ve taburcu

edilmelerinde rehberlik veren bir politika izlenmelidir. Böyle durumlarda hasta ve ailesi en iyi şekilde bilgilendirilmeliler. Aynı şekilde hastaların başka bir kuruma transfer edilmesinde de, bakımın devam etmesi için, hastanın bilgileri en iyi şekilde aktarılmalıdır. Hastanın sevk, transfer ya da taburcu işlemlerinde ulaşımın gerekli düzenlemelere ve lisanslara uygun şekilde yapılmasına dikkat edilmelidir.

- **Hastanın ve ailenin hakları:** Kurum bakım süresince öncelikle hastanın ve ailesinin haklarını tanımlayıp sonrasında korumak ve teşvik etmekle yükümlüdür. Tedavi süresince hastanın değer ve inançlarına karşı hassas ve saygılı olunmalıdır. Hastanın mahremiyet ihtiyacına saygı gösterilmelidir. Kurum içinde hastanın sahip olduğu eşyalar çalınma ve kaybolmaya karşı koruma altına alınmalıdır. Hastalar fiziksel saldırılara, kötü muamelelere karşı korunmalıdırlar. Çocuklar, engelliler, yaşlılar ve diğer risk gruplarına uygun prosedürler uygulanmalıdır. Hastanın bilgileri kesinlikle gizli kalmalıdır. Hastanın kaybı gibi durumlarda, sağlık personeli saygılı ve şefkatli olmalıdır. Hasta, hakları, hastalığı, tedavi yöntemleri ve seçenekleri hakkında anlayacağı bir dil ve yöntemle bilgilendirilmeli ve kendisine ya da ailesine seçme hakkı verilerek tedavi sürecine katılımları sağlanmalıdır. Daha fazla araştırma yapmak isteyen hasta ve aileleri doğru bir şekilde yönlendirilmelidir. Hasta ve ailesi dışında, kurum kendi sağlık personelinin de hasta hakları konusunda eğitmeli ve bu konuda bünyesinde bir komite oluşturmalıdır.
- **Hastaların değerlendirilmesi:** Hastalara doğru tedavi uygulanması için hastalar iyi bir şekilde tanınıp değerlendirilmeli, tedavi süreci boyunca hastalıkları izlenmelidir. Bu nedenle hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal statü, geçmiş sağlık bilgileri toplanır. Bunların yanı sıra laboratuvar sonuçları ve röntgenleri de değerlendirmeğe alınmalıdır. Bu bilgiler tedavi sürecinde doktorların karşısına çıkacak olan sorunları önceden bilmek ve buna karşı bir plan oluşturmak için önemlidir ancak bu bilgiler bir anlamda hastanın mahremiyetini oluşturduğu için üçüncü şahıslarla paylaşımı söz konusu değildir.
- **Hastayla ilgilenme:** bir sağlık kurumunun asıl amacı hasta bakımındır ancak sadece medikal anlamda değil, hastaların kişisel ihtiyaç, isteklerine anında

cevap verebilecek ölçüde hastayla ilgilenilmelidir. Bu da yüksek seviyede planlama ve koordinasyonla sağlanabilir. Hastaya tanı ve teşhis konduktan sonra ki süreçte de hastayla yakından ilgilenilmelidir. Tedavinin sonuçları hastaya anlayabileceği şekilde, mümkünse görüntüleme sistemleriyle anlatılmalıdır. Gerekli olduğu durumlarda tedavi yöntemi değiştirilmelidir. Örneğin, yaşlı, engelli ve çocuklara farklı prosedürler uygulanması gerekebilir. Kurum hasta bakım sürecinin tamamlandığından emin olmalı ve bütün ihtimalleri göz önünde bulundurup öngörüyle hareket etmelidir. Ölümle sonuçlanan tedavilerde kaybedilen hasta ve yakınlarıyla ilgili gerekenler yapılmalıdır. Bu gibi durumların kaybedilen hasta yakınlarına en uygun şekilde aktarılmasını sağlayacak metanet odaları tasarlanmaktadır.

- **Anestezi ve cerrahi bakım:** Anestezi cerrahi müdahalelerin önemli bir kısmını oluşturur. Hasta ameliyat öncesi hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan yatırılmalıdır. JCI standartları, anestezi işlemi uygulanmadan önce kesinlikle hastanın rızasının alınmasını, sürecin planlanıp kayıtlara geçmesini gerektirir. Ayrıca anestezi işlemi bir uzman tarafından gerçekleştirilip takibi yapılmalıdır.
- **Hasta ve aile eğitimi:** Kurum, hastanın ve ailesinin bakım sürecine katılmalarını ve tedaviyle ilgili kararları bilgili bir şekilde almasını destekleyecek eğitimi sağlamalıdır. Bunu sağlarken hastaların ve ailelerinin öğrenebilme yetisi ve gönüllülüğü göz önünde bulundurup buna göre bir değerlendirme yapılmalıdır. İlaçların ve medikal donanımların güvenli bir şekilde kullanımı, ilaç tedavisi ve beslenme arasındaki etkileşim, ağrı yönetimi, rehabilitasyon teknikleri eğitimi verilecek konular arasında yer alabilir. Eğitim yöntemleri hasta ve ailesinin değerleri, tercihleri, dili, kültürü gibi faktörler göz önünde bulundurularak çeşitlendirilmelidir.

4.6 Hastanelerde Kalitenin Ölçülmesi

Sağlık yapılarının tasarımında gerek kanıta dayalı tasarım gerekse hasta merkezli tasarım bazı kabullerin oluşmasına neden oldu. Bu kabuller de zamanla kalitenin değerlendirilmesi için bir ölçüt teşkil etmişlerdir.

4.6.1 Akreditasyon

Sağlık kuruluşlarından ayrı ve bağımsız olarak, genelde hükümetle ilgili olmayan bir işletmenin, bir sağlık kuruluşunu, hizmet ve bakımın kalitesini, güvenliğini arttırmak için tasarlanmış bir takım gereklilikleri (standartları) karşılayıp karşılamadığını değerlendirmeye tabi tuttuğu işlemdir. Akreditasyon genelde isteğe bağlıdır, ideal ve gerçekleştirilebilir olarak görülür. Akreditasyon standartları, kurumun hasta bakımı kalitesi ve güvenliğini arttırmak için gözle görülür bir yükümlülük sağlar, güvenli bir ortamı garanti altına alır ve hastaların, personelin risklerini azaltmak için kesintisiz çalışır. Akreditasyon dünya çapında etkili bir kalite ölçüm ve yönetim aracı olarak ilgi çekmektedir (Sungur Ergenoğlu, 2007).

Türkiye’de böyle bir kurum olmadığı için, Türkiye’deki özellikle özel Joint Commission International (JCI) kurumunun standartları daha çok esas alınıyor. Çünkü JCI, dünyanın en eski ve en büyük akreditasyon kurumudur. JCI kar amacı gütmeyen kuruluş statüsündedir. Klinik, birim bazında değil hastanenin bütünüyle akredite edilmesi üzerine çalışmaktadır. JCI hastane akreditasyon standartları; önemli fonksiyonlar çevresinde organize olmuşlardır, hastaya odaklanırlar, yerel kültür ve yasal çerçeve içinde değerlendirilmek üzere tasarlanmışlardır, tüm kuruluşların yerine getirmek zorunda olduğu beklentileri tanımlar, tüm kuruluşların ulaşması için “erişim” veya iyi uygulama hedefleri koyarlar. Ayrıca Sağlık Bakanlığı ülkemiz için sağlık hizmet standartlarını geliştirirken temel olarak JCI standartlarını almıştır ve Türkiye’de birçok hastane JCI tarafından akredite edildiği için diğerlerine de örnek olmaktadır (Kahveci, 2010).

JCI’a (2008) göre, akreditasyon işlemi, hasta bakımı süreci ve sonuçlarını devamlı olarak geliştirmeğe uğraşan kurum dâhilinde bir güvenlik ve kalite kültürü yaratmak için tasarlandı. Bunun için akreditasyon işletmelere şöyle faydalar sağlar:

- Kurumun hasta güvenliği ve bakım kalitesiyle yakından ilgili olduğu konusunda toplumun güvenini kazanır.
- Çalışanları memnun edecek, güvenilir ve verimli bir çalışma ortamı sağlar.
- Bakımın kalitesini arttırmak için yatırım kaynaklarıyla görüşmeler yapar.
- Hastaları ve ailelerini dinler, haklarına saygı gösterir, bakım sürecine onları da ortak eder.

- Kötü giden durumları ve güvenlikle ilgili meseleleri güncel raporlardan öğrenmeye açık bir kültür yaratır.
- Her aşamada hastanın güvenlik ve bakım kalitesinin devamlılığın öncelikli olması için beraber öncülük eder.

Akreditasyon standartları, deneyimli hekimler, hemşireler, müdürler ve halk politika eksperlerini içeren 16 üyeli bir uluslar arası işgücü akreditasyon standartlarının gelişimine kılavuzluk eder. İş gücünün üyeleri dünyanın 6 büyük bölgesinden oluşur; Latin Amerika ve Karayipler, Asya ve Pasifik Rim, Orta Doğu, Merkez ve Doğu Avrupa, Batı Avrupa ve Afrika. Standartlar, sağlık koruma organizasyonlarının önemli ortak fonksiyonları çerçevesinde organize olurlar. JCI uluslar arası işgücü, uluslar arası kullanıcılar için ideal olan standartların fonksiyonel organizasyonunu seçer. Seçim, bu yaklaşımı kullanan 5 yıllık deneyimi olan 30'dan fazla ülke içerisinde olmaktadır. Bu yaklaşımın uygulanabilirliği dünya çapında akreditasyon izlenimleri ile değerlendirilmektedir. Özetle; uluslararası sağlık profesyonellerinin fikir birliği ile dünya çapında bireylerin ve kuruluşların standartları gözden geçirmeleri, ihtiyaca göre farklı dünya bölgelerinde gruplar oluşturularak araştırılması, araştırma sürecinin ülkelerde test edilmesi, uluslararası standartlar komitesi ve bir uluslararası akreditasyon komitesi tarafından son olarak gözden geçirilme ve onaylanması ile geliştirilmektedir (Kahveci, 2010).

Herhangi bir akreditasyon standardı artık modern sağlık bakımı pratikleri, genel kullanılan teknoloji, kalite yönetim pratiklerini yansıtmıyorsa ya revize edilir ya da iptal edilir. Genelde en azından üç sene de bir standartların revize edilip yayımlanması beklenir (JCI, 2008).

Akreditasyon standartları mutlak doğru kabuller yerine araştırma, deneyim ve uygulamalar sonucunda elde edilmiş verilerin yorumlanmasından oluşmaktadır. Bu demek oluyor ki akreditasyonun ana prensipleri dışındaki unsurlar değişebilir, iptal edilebilir, geliştirilebilir ya da öncelik sırası değişebilir. Örneğin, temel tasarım yaklaşımına göre kapının duvara bakan taraf yerine hacmi görecektir şekilde açılması gerekir. Hasta odalarında, hastaya çabuk ulaşımı da sağladığı için önceden bu standart olarak alınırken, şimdi odaya yabancı biri girdiğinde hastaya toparlanacak vakti vermesi için kapının diğer yöne doğru açılması kabul görüyor. Burada hasta mahremiyetinin öncelik kazandığı görülmektedir. Diğer bir örnek de, önceden

hastaların hasta odasına transferlerinde sedyeler kullanıldığı için ve sedyelerin de enleri standart bir kapıdan geçebilecek genişlikte olduğundan dolayı hasta odalarının kapılarının genişlikleri normal ölçülerdeydi. Ancak şimdi sedye ile hastanın transferinin hastanın konforu açısından uygun olmadığı düşünülerek hasta transferleri hasta yatağı ile yapılmaktadır. Hasta yatağının genişliği ise bir sedyeden daha fazla olduğundan dolayı bu değişiklik hasta odası kapılarının genişletilmesine neden olmuştur. Bu demek oluyor ki, akreditasyon sürecindeki bu değişiklikler ve gelişmeler hastane tasarımına da aynı paralellikte yansımaktadır. Önemli olan bu standartların tasarımcılar tarafından doğru bir şekilde yorumlanmasıdır.

5. HASTANELERDE ALGI, SINIR VE KİŞİSEL ALAN

Mekân algısının oluşumunda sınırlar ve algılayıcı kavramlarından ve gerekliliklerinden bahsedildi. Mekânın sınırları dışında algılayıcı da kendi sınırlarıyla var olmakta ve mekânı bunlara göre deneyimlemektedir. Beden kendini hem fiziksel sınırlarıyla hem de sosyal sınırları olan kişisel alan ile etraftan ayırıyor. Bulunduğu mekân içerisinde beden bu sayede kendini güvende hissediyor ve kontrolün kendinde olduğunu düşünüyor. Bu nedenle mekânların insanlar üzerindeki etkileri dikkate alınarak üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Bu tarz çalışmalar yapıların tasarım yaklaşımlarına yeni bir yön vermiştir. Özellikle hastane yapıları, hem tıp pratiğinin hem de mimarlık pratiğinin beraber bu anlamda üzerinde çalıştıkları ortak bir alandır. Ayrıca diğer yapılardan farklı olarak hastanelerde kullanıcıların algı, sınır, kişisel alan kavramlarına yaklaşımları farklılaşıyor. Hasta gözüyle baktığımızda, daha önce hiç görmediği bir yabancı olan doktorla kısa sürede mahremiyetini paylaşıyor ya da diğer hastalarla tedavi olmak için aynı hacimleri paylaşmak zorunda kalıyor. Bu durumlar karşısında hastaların hastaneyi algılayışları ve diğerleriyle olan ilişkilerinde kendi sınırlarını oluşturmaları ayrı bir önem kazanıyor. Bütün bu sürecin amacı ise sağlık sorununun nedenini öğrenip iyileşmektir. Bu yüzden öncelikle iyileşme halini incelemek doğru olacaktır.

5.1 İyileşme Hali

Hastalık sürecinde, hastanın kendisi dışında, dışarıdaki dünyayı da fark ettiği bir dönüm noktası vardır. Bu dışarıdaki güneşin jaluziler arasından sızmasını fark etmek, bahçeden gelen kuş seslerini duymak olabilir. Hastanın dış dünyaya olan bu ani ilgisi, “iyileşmenin” başladığına dair ilk işaret olarak tanımlanabilir (Sternberg, 2009). Bir anlamda kişinin bir uyarı tarafından uyarılması da diyebiliriz. Algı duysal uyarıların anlamlı deneyimlere çevrilme süreci olarak tanımlanmıştır. İyileşme sürecinde de aynı şekilde, başka bir uyarana gösterilen ilgi bu sürecin de ne kadar algıyla ilişkili olduğunu gösteriyor. Bu noktada çevremizin bizim üzerimizde etkisi var mı, bizi çevreleyen mekânlar iyileşmemize yardım edebilir mi ya da böyle mekânlar tasarlanabilir mi gibi soruları akla getiriyor.

1984 yılında yayınlanan “Science magazine” dergisinde manzaraya bakan pencereleri olan hastane odalarında hastaların daha hızlı iyileştiği yazılarak bu sorulara ilk çalışma yapılmış oldu. Ulrich 30’u kadın 16’sı erkek olmak üzere 46 hasta üzerinde çalışmalar yaptı. 23 hastanın odası bahçeye 23’ünün ki ise taş duvara bakıyordu. Ulrich farklı odalardaki hastaların eşit şartlara sahip olması için özellikle dikkat ediyordu. Aynı yaşta ve cinsiyette, benzer hastalıklara sahip olmaları, sigara içip içmemelerine hatta aynı hemşirelerin bakım yapmasına kadar her konuda titizlik gösterdi. Sonuçta bahçeye bakan hastalar sadece bir gün hastane de kalırken, taş duvara bakan odalardaki hastaların daha uzun süreli kalıp ayrıca daha fazla ağrıkesici kullandıkları gözlemlendi (Sternberg, 2009).

Doğanın iyileştirme üzerinde ki etkisi, eski yunan tapınaklarının denize bakan yamaçlarında yapıldığı binlerce yıl öncesine kadar dayanıyor. 19 yüzyılda ise hastaneler büyük pencereli hatta ışıklıklarla inşa ediliyordu. Bu daha fazla aydınlık elde etmenin yanında, hastaların iyileşmesine yardımcı olduğu için de yapılıyordu. 19.yüzyılın sonlarına doğru ise açık pencerelere ve güneş ışığına, havayı arındırması sebebiyle çok önem veriliyordu. Günümüzde insanın doğa öğelerine neden ve nasıl olumlu cevaplar verdiği araştırılmaktadır. Beynimizdeki sinir hücrelerinin, kimyasallarının ruh halimizi oluşturması ya da dengesini bozması bizim dünyayı algılayışımızla doğrudan alakalıdır. Duyularımızla çevremizden aldığımız bilgilerle bir yer yaratırız. Mekânı algılayışımız sadece yerimizi değiştirmekle değil zamana ve o yerin elementlerine bağlı olarak ruh halimizi ve sağlığımızı da değiştiriyor.

Sternberg (2009), Hastalık ve sağlığı birer obje, iyileşmeği de hastalıktan sağlığa götüren bir eylem ve bir süreç olarak tanımlıyor. Algılarımız da şüphesiz bu süreçte etkin bir rol üstleniyor.

5.1.1 Görme ve iyileşme

Bir manzaranın rahatsız edici ya da rahatlatıcı etkisi var mıdır, ruh halini değiştirip iyileşmeye etkisi olabilir mi? Bu gibi sorulara yanıt aramak için gördüklerimize bağlı olarak beyinde ne gibi değişiklik olduğuna dair çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda beynin alt bölgesinde, görme korteksinden parahippocampal yer bölgesine giden bir yol olduğu keşfedildi. Bu yoldaki sinir hücreleri, beynin ürettiği morfine benzer moleküller olan endorfin için artan yoğunlukta reseptör açığa vurduğu gözlemlendi. Los Angeles’ taki, Güney Kaliforniya Üniversitesi’nden

Profesör Irving Biederman, güzel bir manzara, bir günbatımı, ağaç korusu gibi insanlar tarafından kabul görmüş manzaralara bakıldığında, beynin o bölümündeki sinir hücrelerinin aktif hale geldiği ve beynin, uyuşturucu ve rahatlama etkisi olan morfin ürettiğini bulmuştur (Sternberg, 2009).

Doğanın içinde dallar, dalgalar, çiçekler, kar taneleri, deniz kabukları gibi öğelerin birbirini farklı boyutlarda tekrar eden desenlere sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bunlara “fraktal” denir. Tekrar eden desenlerin gözümüze neden hoş geldiği, doğanın rahatlatıcı etkisinin bir parçası olmasıyla açıklanıyor (Sternberg, 2009).

Doğada tekrar desen desenler gibi renklerin de insan üzerindeki etkileri doğayla açıklanmaya çalışılıyor. Her pigmentin, evrimin farklı zamanlarında ortaya çıkmasından dolayı genlerin tarihinde bir ipucu saklanıyor olabilir. Genetisyenler genlerin düzenli aralıklarla mutasyona uğradığını, bir gen ne kadar eski ise o kadar fazla ardışık varyasyon içerebileceğini söylüyorlar. Bir genin mutasyona uğraması için gerekli zaman standarttır ve bilim adamları genin ne zaman oluştuğunu var olduğu zamandan geriye giderek hesaplayabiliyorlar. Evrim tarihinde ilk ortaya çıkan fotoreseptör gen pigmenti, gün ışığının spektral dağılımına ve yeşil bitkilerden yansıyan ışığın dalga boylarına en duyarlı olandır (sarı-yeşil aralığı). İkinci oluşan, 500 milyon yıl önce, yeşilin gölgelerini fark etmemizi sağlayarak, daha kısa dalga boylarına tepki vermiştir(mavi aralığı). Sonuncusu 30-40 milyon yıl önce oluşup, daha uzun dalga boylarına tepki vermiştir (turuncu- kırmızı aralığı). Sonuncu gen ve pigmentin, meyve yemeğe başlanıldığında, parlak sarı, turuncu ve kırmızılarının ormanın yeşil fonundan ayırt etmek için ortaya çıkmış olabileceğine dair bir ipucu barındırdığı düşünülüyor. İnsanoğlunun doğa içinde ormanlarda yaşadığını düşünürsek, renk pigment ve genlerinin evrim teorisi gerçeğe yakın gözüküyor. Zıt renklerin kolay tanınması doğada hayatta kalmak için gereklidir. Meyvelerin birçoğunun da yeşille zıtlık oluşturması da tesadüf değil. Renkleri yüzünden meyveler hayvanlar tarafından kolay seçilebiliyor ve bunları yerken meyvelerin tohumlarını da dağıtıyorlar. Böylece hem yiyen hem de yenilen türünü devam ettirebiliyor.

Devamlı kırmızı yoğunlukta alana bakan doktorun gözlerini dinlendirmek için, kırmızının zıttı ve tamamlayıcı rengi olan yeşile bakması düşünüldüğünden yıllarca ameliyathaneler yeşile boyandı. Yeşilin, doğanın nüanslarını yansıttığı için rahatlatıcı, dinlendirici etkisi olduğu düşünülür. Kırmızı ve sarı gibi renklerin ise

uyarıcı olduğu atik olmaya katkıda bulunduğu düşünülür. Bu düşünceleri kanıtlamak amacıyla küçük sistematik bir araştırma yapıldı. Araştırmaların çoğu pazarlama sektörü tarafından yapıldı. Bir tutarlı bulgu ise, mavi ve mor gibi kısa dalga boyları olan renklerin, uzun dalga boyları olan turuncu ve kırmızıya göre, alışveriş yapanları daha çok cezpt ettiği yönünde. Bu araştırmaya göre daha kısa veya uzun dalga boylarındaki renkler, orta boydaki dalga boylarına sahip renklere göre daha uyarıcı oluyor.

2006 yılının mart ayında, New York'ta, "Architectural Digest Home Design Show" kapsamında renklerle ilgili bir çalışma yapıldı. Tasarımcılar, mimarlar, teknik personel, psikolog, renk uzmanı ve renk aydınlatma uzmanını kapsayan bir kurul şovda canlı-laboratuar renk deneyi hazırladılar. Birbirinin aynısı olan üç oda düzenlendi. Bu odalar, 18x20 feet boyunda, 10 feet yüksekliğinde, içlerinde birbirinin aynı kokteyl yeri olarak hazırlanmış 12 taburesi olan bir bar ve kaideler üzerinde duran 4 bilgisayarı içeriyor. Bütün eşyalar beyaz renktedir. Birkaç büyük boya firmasından en popüler kırmızı, mavi ve sarı tonlarının belirlenmesini istediler. Bütün boya firmalarında genel olarak seçilen her renkten birer ton seçildi. Her odanın kapısı renklerden birine boyandı ve odanın içi de yine aynı renkle eşleşen renkle aydınlatıldı. Ziyaretçiler istedikleri odayı, istedikleri sırayla seçmekte ve istedikleri kadar zaman geçirmekte serbestiler. Bu sırada gözlemciler, ziyaretçilerin ilk önce hangi odayı seçtikleri, içerideki yiyecek içecek tüketimi, ortamdaki ses seviyesi, diğer katılımcılarla olan etkileşimleri gibi davranışları incelediler. Katılımcıların kalp atışları kollarındaki bilekliklerle ölçüldü ve katılımcılar, ruh halleri ve duygularına yönelik anketler doldurdular (Url- 18).

Çalışmanın sonucu, mavinin rahatlatıcı, kırmızı ve sarının uyarıcı olduğu yönündeki genel geçer görüşleri doğrular gibiydi. Mavi odaya kıyasla sarı odaya iki kat fazla kişi girdi. İnsanlar kırmızı odada daha fazla aç ve susamış hissetmelerine rağmen, sarı odadaki yiyecek ve içecek tüketimi iki katıydı. Mavi odadaki kişiler, kırmızı ve sarı odalara göre daha sakin hissettiklerini bildirdiler veya "sakin" kelimesini daha sık kullandılar. Katılımcıların odalardaki dağılımları da çok farklıydı. Mavi odada, daha çok kenarlarda dururken, sarı ve kırmızı odalarda daha çok odanın ortasında toplandılar. Sarı odadaki kişiler diğer odalara nazaran en aktif olanlarıydı, etrafta daha çok gezinip, küçük gruplar halinde daha fazla sohbet edip gülüşüyorlardı. Ruh hallerini de, "aktif", "şen" ve "enerjik" olarak belirtiyorlardı. Bu çalışmanın

özellikle birbirinin aynı ancak farklı renkteki odalara tepkilerin objektif olması gibi güçlü yönleri varken, aslında duvarlardaki renklerin etkisinden çok, farklı dalga boylarındaki ışığın etkisi ölçüldü. Bu deneyi renkli ışıklar yerine renkli boyanmış duvarlar ile tekrar etmek belki farklı sonuçlar doğurabilir.

5.1.2 Duyma ve iyileşme

Bir hastane odasında iken, gece boyunca doktorların ve hemşirelerin dolaşmaları, koridorlardaki ziyaretçilerin sohbetleri ve diğer hastaların acıdan inlemeleri duyulur. Bunların hiçbirisi de insanı evinde gibi rahat hissettiremez. Ulrich (1991) hastane ortamındaki en büyük stresörlerden birinin gürültü olduğunu bildirmiştir. Birçok araştırma göstermiştir ki; hastanedeki gürültü seviyesi genellikle tavsiye edilen 35 desibel (sessiz bir ofis) sınırını aştığı gibi, çoğunlukla 45 desibel (odada sohbet) ile 65 desibel (kulaklıklardan duyulan yüksek sesli müzik) arasında olmaktadır. Ancak bu değerlerin daha da yükseldiği görülmüştür. Birçok araştırma, bu aralıktaki gürültülerin kalp atış hızını, kan basıncını ve stresin diğer ölçütlerini arttırdığını göstermektedir.

Biz sesleri konumlandırırız ve onları mekân içinde kendimizi konumlandırmak için de kullanırız, çünkü stereo şeklinde duyuyoruz. Bir ses bir kulağa ulaştıktan bir saniyenin binde biri gibi bir zaman sonra diğer kulağımıza ulaşır. Beynimizdeki işitme merkezleri, bu küçük uyuşmazlığı sesin nereden geldiğini bulmakta kullanıyorlar. Seslerin beyinde yorumlandığı bölüme işitme korteksi denir ve kafatasının hemen altında kulakların arkasında bulunan temporal lob bölgesindedir. Ses titreşimlerinin kortekse gelmeden ancak kıl reseptörlerinden ayrıldıkları o aşamada sinir hücreleri ayrılırlar ve müzikal açıdan bir değeri olan sesler ayrıştırılır. Bu durum sesi nasıl algıladığımız bakımından çok önemlidir. Çünkü bazı uyarılar direkt beynin işitme merkezine giderken, bazıları beynin duyu merkezlerine gider. Bu yüzden, özellikle müzikal niteliği olan sesler, farklı duygusal tepkileri harekete geçirebilir (Sternberg, 2009).

Doğada tekrar eden desen ve dokuların rahatlatıcı etkisi olduğu gibi doğadaki aynı ton ve yoğunlukta tekrar eden seslerin de kişi üzerinde rahatlatıcı bir etkisi vardır. Aynı ton ve yoğunlukta yüksek seslerin etkisi altında kaldığımızda, irkilme refleksi ve sinir hücrelerini harekete geçiren beyindeki bölüm, sesleri gitgide daha az tepki verecek şekilde ve sonunda fark etmeyecek hale gelene kadar kaydeder. Buna

“habituasyon” yani alışma denir. Bir kere hücre monoton ve tekrar eden sese alıştığında yeni bir ton, perde aralığı ya da biçimde ses duyana kadar yeni bir uyarı göndermez. Bu nedenledir ki, havalandırmanın monoton sesinin rahatlatıcı etkisi olabilir. Ya da yağmur sesi, kumsaldaki dalga sesi, akan bir derenin şırıltısı gibi tekrar eden seslerin rahatlatıcı etkisi olup uykuya daha rahat dalmamızı sağlayabiliyor. Yine aynı şekilde bebeklere söylenen ninnilerin de sakinleştirici etkisi ile bebeklerin uykuya dalması sağlanır. Bazı anneler elektrik süpürgesi sesinin bebeklerinin uyumasına yardımcı olduğunu dahi belirtmişlerdir. Beynin seslere alışma yeteneği, doğal seslerin kaydedilmesiyle elde edilen “pembe gürültü”yü ortaya çıkardı. Bu kayıtlar uyku sorunu çeken ve kulağında “çınlama” sorunu olan hastaları tedavide kullanılıyor.

Müziğin insanların ruh halini değiştirebildiğini, insanları sakinleştirdiğini ya da tam tersine ürküttüğünü biliyoruz. Eski Yunanlıların tapınaklarında, müzik iyileşmeye yardım etmek için kullanılırdı. Aristo ve Plato da müziğin iyileştirici gücü hakkında yazmışlardı. Binyıl içerisinde, müzik aynı zamanda savaş öncesinde ve sırasında, düşmanın gözünü korkutmak ve savaşmaya hazırlanan askerleri de motive etmek amaçlı kullanılırdı. Mehter takımı bunun en iyi örneklerindendir. Bunun yanı sıra ritüel dansların eşliğinde çarpıcı bir müzik insanlarda cinsel dürtüler de uyandırabilir.

Birçok çalışma müziğin medikal işlemler boyunca, ameliyat sonrası ve kanser gibi kronik hastalıklarda çekilen ağrı üzerine etkilerini araştırdı. Binlerce hasta üzerinde yapılan araştırmaların sonuçları farklılıklar gösteriyor. Bu farklılıkların bir bölümü farklı koşulların bir araya gelmesinden kaynaklanabilir. Bir analizde, müziğin ağrı üzerinde etkisinin 10 üzerinden 0,4 oranında olduğu saptandı. Uyuşturucu ilaç kullanmak zorunda kalan hastaların, müzik dinlemeyenlere göre %15-20 arasında ilaç kullanımında azalma olduğu görülüyor. Ancak hastaların açısından yüzde 20 yine de iyi bir oran, eğer ki ilaç almalarını gerektirmeyecekse. Birkaç İsveç araştırmasına göre, herni (kasık fıtığı) tedavisi gören hastaların, anestezi altındayken ya da ameliyattan çıktıktan bir saat boyunca derlenme süresince rahatlatıcı müzik dinletildiğinde, müzik dinlemeyen hastalara göre, üçte bir oranında hatta yarı yarıya oranda daha az morfine ihtiyaç duyulduğu belirlendi. Eğer müzik dinlemek gibi basit ve güvenli bir yol ağrı kesici alımında azalmaya neden oluyorsa bu demek oluyor ki gerçekten müzik yararlı bir iyileştirici etmen olabilir (Sternberg, 2009).

Hastane ortamında müziğin tek başına iyileşmeye büyük etkileri olamasa bile basitçe ortamdaki strese neden olan gürültüyü yok etmek kesinlikle iyileşmeyi hızlandıracaktır. Stresin bağışıklık sistemine olumsuz etkileri, vücudun bir saldırıyla karşılaştığında antibiyotik üretme yeteneğini azaltmaktadır. Bu nedenledir ki, stres yaratan sesleri uzaklaştırmak dahi iyileşmeye katkıda bulunacaktır.

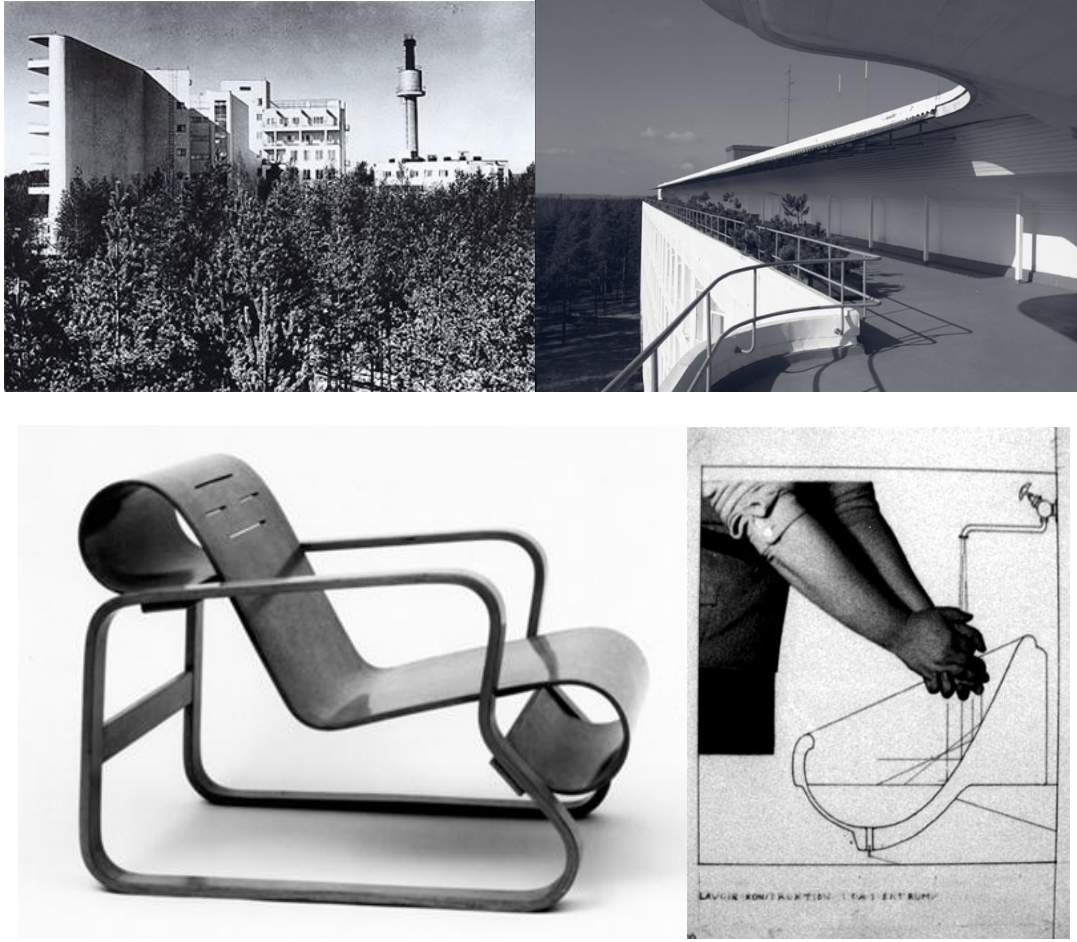
5.2 İyileştiren Mekânları Tasarlamak

Sağlık mekânlarını tasarlarken aynı zamanda iyileştirme amacı gütmesi ilk olarak 1860 yılında Florence Nightingale'in, karanlık odaların gün ışığı alan odalara göre daha zararlı olduğunu tespit etmesiyle başladı. Daha sonra da büyük, havadar, aydınlık odalar "Florence Nightingale" koğuşu olarak bilindi. 1877'de Londra'da Royal Society tarafından güneş ışığının bakterileri öldürdüğü açıklandı. 1903'te, Dr. Auguste Rollier, İsviçre Alplerinde bir güneş ışığı kliniği açtı ve güneş ışığından faydalanan ev ve hastane tasarlayan, 1920-30'lu yılların modernist mimarlarına ilham kaynağı oldu. Frank Lloyd Wright, Richard Neutra, Alvar Aalto, mimarlık, sağlık ve doğayı birleştiren dönemin ilk modernist mimarlarıydı (Sternberg, 2009). Artık modernist mimarlar da tasarımla sağlık arasında bir bağ kurabiliyorlardı.

Örneğin Aalto, Paimio'nun bir kasabasında yapmış olduğu sanatoryumun tüm hasta odaları bol ışık alıyor, güneye ve çam ormanına bakıyordu. Hatta mobilyaları bile hastaları rahat ettirecek şekilde tasarlamıştı. Alvar Aalto, projeye hastanın perspektifinden bakıp; dingin ama neşeli bir ortam tasarladı (Şekil 5.1). Paimio sanatoryumu hasta merkezli tasarım yaklaşımının da ilk örneklerindendir diyebiliriz. Hiçbir detayı gözden kaçırmadan, ısıtma sisteminden, hastaları rahatsız etmemek için suyun sessizce aktığı özel musluklara kadar hastayı düşünen tasarımlar yaptı. Paimio sandalye (1931-1932) dâhil sanatoryumun tüm mobilyaları Aalto'nun imzasını taşır. Evindeki Marcel Breuer çelik boru sandalyelerden de esin alan Paimio sandalye, tüberküloz hastaların nefes almasını kolaylaştıran bir tasarımdır. Aalto, şekillendirilmiş ahşap ve kontrplağın birleşiminden yapılan sandalyenin metalden daha sıcak ve konforlu olduğunu düşünüyordu (Kapucu, 2009).

Sağlık hizmetleri tasarımı geleneksel olarak sağlığın fonksiyonel bir şekilde sunulması, etkin laboratuvar alanları sağlayarak ya da yatakların geçebileceği genişlikte kapılar oluşturarak ifade edilmiştir. Bu tarz yaklaşım sonucunda fonksiyonel açıdan etkili ancak psikolojik açıdan "sert" hizmetler sunulmuş olur.

Hastalara hizmeti sunma ve pazarlama açısından da, sert tasarımların memnun edici olmadığı yönünde git gide artan bir kabul vardı. Aslında, sert ancak fonksiyonel tasarımlar strese neden oldukları için ya da diğer bir deyişle, hastaların, ziyaretçilerin ve personelin psikolojik ihtiyaçlarını karşılamadıkları için başarısız olmuşlardır. Zayıf kalmış tasarımın hastaların iyileşmesinin aleyhine olduğu hatta bazı durumlarda iyileşmenin psikolojik göstergeleri üzerinde negatif etkisi olduğunu bilimsel olarak kanıtlayan çalışmalar var. Araştırmalar, zayıf tasarımın hastada, endişe, hezeyan, yüksek kan basıncı, ağır kesici alımında da artış gibi olumsuz sonuçlar doğurabileceğini söylüyor (örn., Wilson, 1972; Ulrich, 1984) (Ulrich, 1991).



Şekil 5.1 : Paimio Sanatoryumu ve özel mobilyaları, Alvar Aalto, Finlandiya, 1929 (Url- 19)

Günümüzde iyileştiren mekânları tasarlamak diğer projelerden farklı olarak birçok disiplinin beraber çalışmasını gerektiriyor. Bir konferans salonu, bir otel tasarlarken bir mimar olmak yeterli iken bugünün şartlarında gerçekten hasta merkezli tasarım yaklaşımını benimseyen bir sağlık yapısı tasarlamak için mimarın kesinlikle danışmanlık hizmeti alması gerekir. Bu bir bakıma akreditasyonun da öngördüğü bir

unsurdur. Sadece mimar için değil, mekanik, elektrik, medikal gruplar da birbiriyle etkileşim içinde olup, danışmanlık desteği almalıdırlar. Hastane projelerinde, diğer projelerden farklı olarak, mimar hastanenin içindeki mahallere göre söz sahibi olma oranı artar ya da azalır. Örneğin, artık lobi olarak adlandırabileceğimiz hastane ana girişi, bekleme alanları, hastane kafeteryası, standart hasta odaları gibi mahallerde mimar büyük oranda söz sahibiyken, bir yoğun bakım ünitesinde ya da ameliyathanede mimarın katılım oranı düşmektedir. Böyle medikal alanlarda asıl belirleyici olan yatırımcının satın alıp kullandığı teknoloji ve onun ürünleridir. Bu alanlarda mimarın ya da tasarımcının yapabileceği tek şey, malzemelerin rengine ya da şekline karar vermektir. Tasarım özgürlüğü daha fazla olan mahallerde ise mimara hasta merkezli tasarım ya da kanıta dayalı tasarım rehberlik eder. Bu tasarım anlayışlarıyla yapılan araştırma, deneyim ve uygulamalar malzeme seçimleri, planlama, mobilyaların düzeni gibi birçok tasarım kararında etkili olabilirler. Ancak bu kesinlikle tasarımcının yaratıcılığı kısıtlanıyor anlamına gelmez. Aksine doğru kullanılıp yorumlandığı sürece, yeni tasarım ve deneyimlere ilham verebilir.

Hastaların hastane ortamında gözle görülür bir şekilde strese girdikleri belgelenmiştir. Genel anlamda, hastaların iki ana stres kaynağı bulunmaktadır: hastalığın beraberinde gelen fiziksel kabiliyetlerin düşmesi, belirsizlik, ağırlı medikal prosedürler; bir diğeri ise fiziksel ve sosyal çevrenin getirdikleri gürültü, mahremiyet ihlali ya da sağlanan sosyal desteğin yeterli olmamasıdır. Stres, hastalarla beraber, hastaların aileleri, ziyaretçileri ve sağlık personeli için de bir problem teşkil etmektedir (Ulrich, 1991).

Ulrich'e (1991) göre; iyileştirmeyi amaçlayan mekânları tasarlarırken aynı zamanda aşağıdaki belirtilen hususlar dikkate alınmalıdır:

- Fiziksel ve sosyal çevreye karşı kontrol hissi
- Sosyal desteğe ulaşım
- Fiziksel çevrede pozitif dikkat dağıtıcı unsurlara ulaşım

Kontrol hissi: Birçok araştırma göstermiştir ki, hastalar hatta çalışanlar için, kontrol hissi stres seviyesini ve iyileşmeyi etkileyen önemli bir faktördür. Bilimsel kanıtlar, insanların, bulundukları ortam ve durumlara göre öz yetkinlik ihtiyacı ile de ilişkili olarak, kontrole güçlü bir ihtiyaç duydukları yönündedir. Birçok araştırma sonucunda, kontrol eksikliğinin, depresyon, pasiflik, kan basıncını yükseltme ve

bağımsızlık sisteminin fonksiyonunu azaltma gibi olumsuz sonuçlar doğurduğu gözlemlendi (Ulrich, 1991). Kendi kontrolümüz altında olmayan durumlar ve şartlar bizi strese sokar. Günlük hayattan örnek vermek gerekirse, üst kattan gelen televizyon sesi rahatsız edici bir gürültü olarak algılanırken, aynı ses şiddetinde kendimiz televizyon izlediğimizde, olumlu olarak algılanır. Çünkü kontrol kendi elimizdedir.

Söz konusu sağlık kapsamı içinde, kontrol eksikliği her an hissedebilen bir sorun olarak karşımıza çıkabilir. Daha önce hastalar üzerinde etki eden iki ana kaynaktan bahsedilmişti; hastalığın kendisi ve fiziksel-sosyal ortam. Hastalığın kendisi zaten başlı başına kontrol dışında geliştiği için hastanın bu konu üzerinde hiçbir müdahalesi olamıyor. Hastalığın getirmiş olduğu zorunluluklar da kontrol dışında gerçekleşiyor. Örneğin, hastalığı yüzünden diet yapmak zorunda kalınması kontrolün kaybedildiği hissini verir. Bunların dışında sağlık yapısı içerisinde kontrol edemediğimiz durumlarla karşılaşılabilir. Örneğin, koridordan gelen gürültüler, görsel ve işitsel olarak mahremiyet ihlali, aydınlatma ve ısıyı kontrol edememek, kimseye danışmadan yer ve yön bulamamak gibi durumlar kişiye kontrolün elinde olmadığı hissini verir.

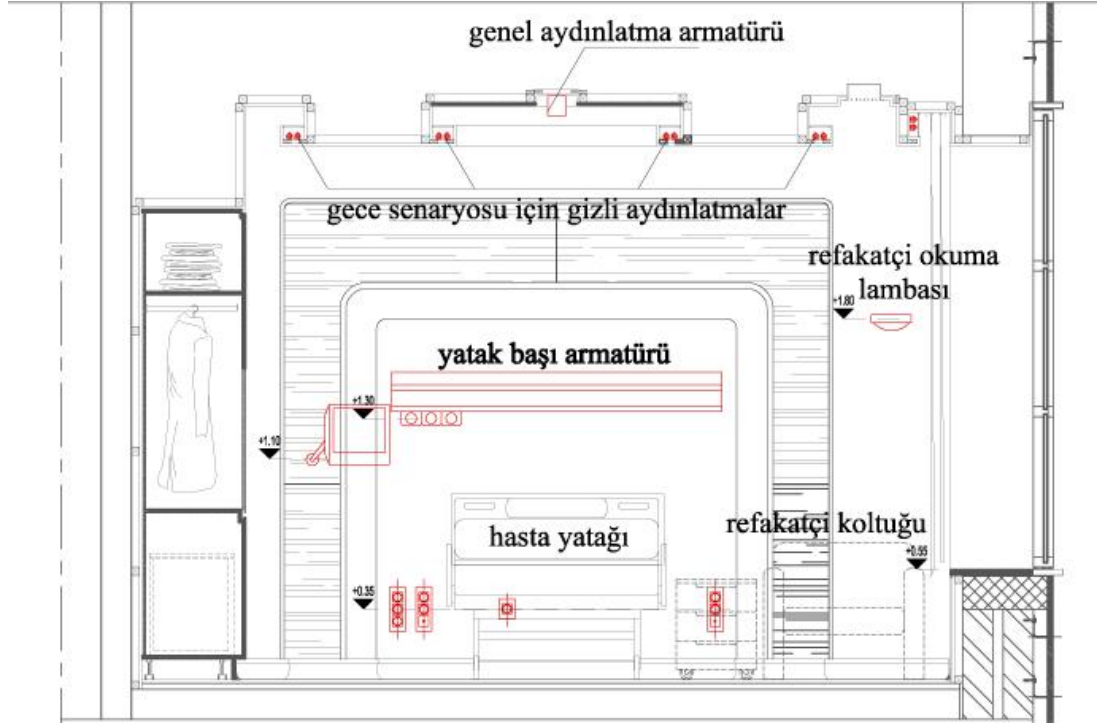
Söz konusu hasta, personel ya da ziyaretçiler olursa olsun, kontrol eksikliğinden kaynaklanan stres, kontrol hissini güçlendirecek tasarım stratejileriyle azaltılabilir. Kontrolü artıran aynı zamanda stresi azaltan tasarım yaklaşımlarını projelere farklı şekillerde yansıtabiliriz. Hasta ve yakınlarının aydınlatmayı ve ısıyı kontrol edebilecekleri şekilde hasta odalarında kontrol panelleri ve termostatların bulunması buna bir örnek teşkil edebilir (Şekil 5.2). Özellikle hemodiyaliz gibi genelde soğuk hisseden hastalar için ısıyı ayarlayabilmeleri kontrolün kendilerinde olması açısından çok önemlidir.

Hasta odasında, farklı aydınlatma senaryoları düşünülerek hastanın ya da yakının istediği duruma göre istediği şekilde odayı aydınlatabilmesi sağlanabiliyor (Şekil 5.3). Bütün odanın aydınlanması ve hastaya müdahalede en iyi ışığı alabilmek için hasta yatağının üzerinde bir armatür günlük kullanım için yerleştiriliyor. Gece senaryosu içinde yine tavanda genellikle duvar ve tavan birleşimlerinde indirekt aydınlatmalar kullanılıyor. Böylece geceleyin hastanın gözünü yormayacak ancak yumuşak bir aydınlık yaratılıyor. Üçüncü bir senaryo ise hasta yatak başı aydınlatması ve refakatçiye ait olan okuma lambası. Bunlar da münferit kullanılacak

aydınlatma armatürleri. Çeşitli aydınlatma senaryoları ile hasta günün her anına her duruma göre seçimi yapıyor ve böylece kendini kısıtlı hissetmiyor.



Şekil 5.2 : Hasta odasında hasta kontrolünde armatürler ve termostat. Hasta veya yakını, hasta odasındaki tüm aydınlatma armatürlerini hem odanın girişinden hem de hasta başındaki anahtarlardan kontrol edebilir. oda girişindeki termostat ile de her odanın sıcaklığı ayarlanabilir. Acıbadem Adana Hastanesi, (Zoom TPU arşivi, 2009)



Şekil 5.3 : Hasta odasındaki farklı aydınlatma senaryolarını gösteren kesit çizimi. Odaanın aydınlanması için genel bir armatür kullanılmakta. Geceleri daha loş bir ortam yaratan tavandaki gizli aydınlatmalar kullanılabilir. Hastanın yatak başında ve refakatçi koltuğunun üzerinde de kişilere ait münferit armatürler bulunmaktadır. Faruk Medical Center, Irak (İç mimari proje: Zoom TPU, 2010)

Hasta ve yakınları tarafından kontrol edilebilen bir televizyonun olması, hatta daha teknolojik olarak alt yapıya sahip hastanelerde, televizyon ekranından internete ulaşıp, ekranın bilgisayar monitörü gibi de kullanılabilmesi deneyimlenmiştir (Şekil 5.4). Gürültüyü azaltmak ve önlemek için hasta odası koridorlarında döşeme kaplaması olarak topuk seslerine ve sesin dağılmasına izin vermeyen anti bakteriyel özelliğe sahip halı kullanılması, yine gürültüyü önleme amaçlı, bekleme alanında kitaplık bulunması sessiz olunması gerekliliğine atıfta bulunan tasarım yaklaşımlarıdır (Şekil 5.5).



Şekil 5.4 : Çocuk hasta odasında bilgisayar oyunu oynanabilmesinin sağlanması. Çocuklar hasta yataklarının karşısındaki televizyonları, bilgisayar ekranı gibi kullanarak isterlerse oyun oynayabilmektedirler. PSE&G Children's Specialized Hospital, New Brunswick, New Jersey, tasarım: Granary Associates (Yee, 2008)

Hastane içinde her ne kadar neyin nerde olduğuna dair, kurallara uygun olarak birçok yönlendirme tabelası bulunsa da, hastaların, ziyaretçilerin ve de yeni adapte olan personelin yer yön bulma konusunda çabuk oryante olmalarını sağlayan uygulamalar da yapılmıştır. Örneğin, hasta koridorlarındaki döşeme kaplamasında çeşitliliğe gidilerek, hasta odalarına girişler farklı renkte, banko danışma alanı başka bir renkte pvc (polivinil klorür) ile kaplanarak mekanlar yer düzleminde ayrıştırılmıştır (Şekil 5.6).



Şekil 5.5 : Hasta odası koridorlarında bekleme alanı. Gürültüyü engellemek amaçlı, döşeme kaplaması olarak anti bakteriyel halı kullanılıyor. Ayrıca tasarımda kitaplık kullanılarak sessiz olunması gerekliliğine atıfta bulunuluyor. Levent Çırpıcı eskizi, Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul (zoom TPU arşivi, 2008)

Hasta odasındaki gibi, hasta koridorlarının aydınlatılmasında gece ve gündüz senaryoları oluşturulur. Gündüz ana aydınlatma görevi gören armatürler yanarken, geceleri ise sadece yol ve yönü bulacak yeterlilikle endirekt aydınlatmalar kullanılıyor (Şekil 5.7).



Şekil 5.6 : Hasta koridorlarında döşeme malzemesi farklılığı. Hasta koridorlarındaki döşeme kaplamasında çeşitliliğe gidilerek, hasta odalarına girişler farklı renkte, banko danışma alanı başka bir renkte pvc ile kaplanarak mekanlar yer düzleminde ayrıştırılmıştır. Acıbadem Adana Hastanesi (Zoom TPU arşivi, 2008)



Şekil 5.7 : Hasta koridorlarında gece ve gündüz aydınlatma senaryoları kurgulanır. Faruk Medical Center, Irak, (Zoom TPU 3B model çalışması, 2010)

Sosyal destek: Hastalar, onlara yardımcı, koruyucu ve destekleyici olan aile, arkadaş ve yakınlarının sık bir şekilde uzun süreli iletişim halinde olmalarından önemli faydalar elde ediyorlar. Davranışsal tıp ve klinik psikoloji alanlarındaki birçok çalışma, gerek sağlık ortamında gerekse sağlık dışı ortamlarda, yüksek sosyal destek gören kişilerin düşük sosyal destek gören kişilere kıyasla daha az stres deneyimlediklerini ortaya çıkardı. Hastalar yakınları tarafından sosyal destek görürken aynı zamanda hasta yakınları da hastanede kalmaları gereken zaman zarfı içinde sosyalleşmelerini sürdürebilmeliler. Kendileri hastanede olma fikrinden uzaklaştırdıklarında hem kendileri için hem de hastaları için daha olumlu hal ve tavır içinde olacaktırlar.

Bu konu ile ilgili yapılan çoğu çalışma mobilya düzenlerinin hastalar arasındaki sosyal etkileşim seviyesini nasıl etkileyeceği yönünde idi (örn., Sommer ve Ross, 1958; Holahan, 1972). Örneğin, gündüz odaları ve bekleme alanlarında özellikle odanın duvar kenarı boyunca, sandalyelerin yan yana dizilmesi sosyal etkileşimi gözle görülür oranda azalttığı gözlenmiştir. Ayrıca, ağır, taşınamayan mobilyalar da genellikle sosyal etkileşimi engellemektedir. Bu çalışmalar gösteriyor ki, tasarımcı küçük ve esnek gruplar halinde düzenlenmiş rahat, taşınabilir mobilyalar ile hastalar arasındaki sosyal etkileşim ve paylaşımı gözle görülür oranda arttırabilir (Ulrich, 1991).

İç mimari tasarım yaklaşımlarının sosyal etkileşimi etkileyeceği yönünde çok fazla araştırma var. Ancak önemli olan artan sosyal etkileşimin hastanın iyileşmesine katkıda bulunup bulunmayacağıdır. Çok fazla ziyaretçi ya da istenmeyen ziyaretçiler hastanın stresini azaltmak yerine çoğaltabilir de. Bu konuda sağlık hizmetlerindeki

araştırma boşluğuna rağmen, sosyal desteğe ulaşma hizmet eden tasarım yaklaşımlarının stresi düşürdüğü ve iyileşmeye katkıda bulunduğu varsayıp doğru kabul ediliyor.

Burada tasarımcıların yapması gereken, mahremiyete ve kişisel alana müdahale etmeyecek kadar sosyal etkileşimi sağlayan tasarım yaklaşımlarında bulunmaktır. Aksi takdirde, kişisel alanın ihlal edilmesiyle daha stresli bir ortam oluşturulup, iyileşmeye engel olunacaktır. Bu yüzden istenilecek derecede sosyal etkileşimin sağlanması noktasında tasarımcı devreye girer. Bir uygulamada, hasta katlarında hastalarına ziyarete gelen ziyaretçiler için vakit geçirdiği gündüz odasında, koltuklar küçük gruplar oluşturacak şekilde düzenlenmiştir (Şekil 5.7).



Şekil 5.8 : Gündüz bekleme alanı. Hasta ziyaretçileri için küçük gruplar halinde yerleştirilmiş koltukların bulunduğu bir gündüz odası. Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul (Zoom TPU arşivi, 2009)

Diğer bir örnek ise, genel poliklinik bekleme alanlarında, yani daha fazla yabancı insanın bir arada beklemesi gereken yerlerde ise koltuklar sıralı ancak karşılıklı ve aralarda sehpa ile koltukların monoton sırasını bozacak şekilde yerleştirilmiştir (Şekil 5.9). Bu bekleme alanlarında hastaların çok yakın olmak istemeyecekleri düşünülerek özellikle kolçaklı koltuklar seçilmiştir. Kolçaklar ile bir kişinin kapladığı alan daha net olarak ayrılmıştır.



Şekil 5.9 : Kolçaklı koltukların yerleştirildiği bir poliklinik bekleme alanı. Acıbadem Maslak Hastanesi (Zoom TPU arşivi, 2009)

Fiziksel çevrede pozitif dikkat dağıtıcı unsurlar: Çevresel psikoloji araştırmaları, fiziksel çevrenin, ne çok yüksek ne de çok düşük, makul bir derecede pozitif uyarı sağlamasının insanı iyi hissettireceğini öneriyor. Sesler, yoğun aydınlatma, canlı renkler ve diğer çevresel etmenlere bağlı olarak yüksek derecede uyarılar hastalar üzerinde kümülatif etki yapabilir ve dolayısıyla strese neden olabilir. Diğer yandan, düşük seviyede çevresel uyarılar insanların sıkılmasına ve sıklıkla depresyon gibi olumsuz hislere neden olabilir. Ayrıca, olumlu bir çevresel uyarı ya da dikkat dağıtıcı unsur olmadığı takdirde, hastalar daha çok kendi hastalıklarına, endişelerine ve stres dolu düşüncelerine yoğunlaşacaklardır. Huzur evlerindeki yaşlılar ve hastanede uzun süreli kalmaları gereken gibi özel hasta gruplarında, kronik uyarı eksikliği iyileşmeye karşı belirgin bir tehdit oluşturabilir.

Zayıf tasarımın insan üzerindeki olumsuz sonuçlarına ilişkin en çarpıcı bilimsel kanıtların bazıları, hastaların sağlık hizmetlerinde düşük ortam uyarıcılarına ya da duysal yoksunluğa maruz kalmalarıyla beliriyor. Örneğin, yoğun bakım ünitelerinde yapılan araştırma gösteriyor ki, pencerelerin yokluğundan kaynaklanan duysal yoksunluk yüksek seviyede endişe ve depresyon, yüksek oranlarda da hezeyan hatta psikozlarla bağdaştırılıyor (örn., Wilson, 1972; Parker ve Hodge, 1967). Yoğun bakım ünitelerinde, pencerelerin olmayışı, değişmeyen aydınlatma, yinelenen solunum cihazı ve diğer donanımların sesleri gibi çevresel uyarıcıların düşük seviyede olması gibi istenmeyen etkileri daha da ağırlaştırıyor. Buna ek olarak,

Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da, hastalar ve farklı işyerlerinde çalışanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, penceresiz odalardan hoşlanılmadığı ve stres yarattığı öğrenildi (örn. , Heerwagen ve Orians, 1986; Collins, 1975) (Ulrich, 1991).

Günümüzde yoğun bakım ünitelerinin de bir hasta odası gibi düşünülüp pencereleri olmasına özen gösterilen uygulamalar yapıldığı görülmektedir (Şekil 5.10).



Şekil 5.10 : Yoğun bakım ünitesinde pencere olması hastanın iyileşmesine katkıda bulunuyor. Acıbadem Maslak Hastanesi (Url-18)

Olumlu dikkat dağıtıcı olarak doğa: Eski Atinalılardan beri doğanın ve doğal manzaranın stres azaltıcı olması ve sağlığa faydalı olduğuna dair sezgisel argümanlar var. Doğada tekrar eden desenlerin ve aynı tonda tekrarlayan doğal seslerin kişiler tarafından hoş ve rahatlatıcı olarak algılanması da doğanın etkisini destekler niteliktedir. Günümüzde de doğa olumlu dikkat dağıtıcı olarak mekânların içinde ve dışında kullanılmaktadır.

Heerwagen ve Orians (1990) bir dişçi kliniğinde hastaların endişeleriyle ilgili bir araştırma yaptı. Anket sonuçları, bekleme odasının duvarında doğa manzarası tablosu bulunduğu zaman, duvarın boş olduğu zamandakinden daha az strese sahip oldukları sonucunu gösterdi. Aynı şekilde, kalp atışlarının ölçümleri de tablo asılı iken kişilerin daha az stresli ya da gergin olduklarını doğruladı. Katcher (1984) yine dişçi kliniğinde benzer bir çalışmayı içinde balıklar olan akvaryum ile yaptı. Sonuçta, endişe ve rahatsızlığı belirgin biçimde azalttığı ve dahası tedavi sırasında hastaların daha uyumlu olduklarını gözlemledi. Coss (1990) ameliyat öncesi odada sedyede

bekleyen hastaların tavandaki resimlere verdikleri tepkileri ölçerek bir çalışma yaptı. Su ögesi ya da doğanın başka bir parçasını sergileyen “huzurlu” resimlere bakan hastaların, rüzgârda yan yatmış ya da direk izleyiciye bakan bir zebra gibi “uyarıcı” resimlere ya da boş tavana bakanlara nazaran, sistolik kan basınçlarının daha düşük olduğu gözlemlendi. “uyarıcı” resimler estetik olarak hoş gözükseler de, Coss bu tarz resimlerin çok stresli hastalar için uygun olmadığı sonucuna vardı (Ulrich, 1991).

Kısa süreler içinde bile doğa stres üzerinde bu kadar etkili olabiliyorsa, uzun sürede daha büyük etkileri olabilir. Özellikle uzun süre hastanede kalması gerekenler ya da hapisanede kalan kişiler için doğa ile olan etkileşim daha da önem kazanıyor. Kapalı alanlarda uzun sürelerde kalan kişiler üzerinde doğanın, psikolojik, fizyolojik ve davranışsal açıdan daha olumlu kalıcı etkisi olacaktır.

Günümüz hastane örneklerinde de doğaya atıfta bulunan tasarım yaklaşımlarından yararlanılıyor. Bu bazen bitkinin kendisini görsel olarak koyarak, bazen de duvarda tablo bazen de bir kapı üzerinde görsel olarak uygulanabiliyor (Şekil 5.11).



Şekil 5.11 : Hastanenin çeşitli mekanlarında doğaya atıfta bulunan unsurlar. Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul (Zoom Tpu arşivi, 2009)

Negatif dikkat dağıtıcılar: Pozitif dikkat dağıtıcılarının aksine, negatif dikkat dağıtıcıların ortamda varlıklarını göz ardı etmek zordur ve stres vericidir.

Tasarımlarda doğaya atıfta bulunan farklılıklar yaratmanın tabii ki olumlu etkileri var ancak doğru seçimler yapılması gerekli. Örneğin, bir uygulamada dekoratif amaçlı duvarda bambular kullanıldığını görüyoruz. Bu bambuların tazelik ve sağlıklı bağdaştırılan yeşil renkte olması, cansızlığı ve sağlıksızlığı çağrıştıran sarı renkte kuru bambulara göre etkisi daha farklı olacaktır. Aynı şekilde birçok projede görebileceğimiz vazo içerisinde kuru dallar bir otele, bir mağazaya girdiğimizde bize çok estetik görünse de, hastane ortamında bize kuru olması cansızlığı, hastalığı çağrıştıracığından olumsuz yönde etkileyebilir.

5.3 Hastane Tasarımında Sınırlar ve Kişisel Alan

Diğer kamu yapılarından farklı olarak hastanelerde, insanlara günlük trafik akışını sağlamak daha zordur. Bir otelde ya da alışveriş merkezinde hayat insanlar için aynı rutinliğinde devam ederken, hastanedeki insanlar için bu söz konusu değildir. Bu noktada mimarın görevi, hastanelerin içinde hayatın normal akışını yaşatmak ve bunu hastalara, yakınlarına hissettirmektir. Hayatın normal akışıyla ifade edilmek istenen hastanın veya yakının günlük hayattaki konforunu hastane içerisinde de devam ettirip, hastanedeyim hissinden uzaklaştırmaktır. Hastaneye gelen hastalar her anlamda özellikle hastaneye geliş nedenleriyle ilgili olarak çok çeşitlilik göstermektedirler. Hastaneye rutin kontrol yaptırmak için sağlıklı bir kişi de gelirken, aynı zamanda kanlar içinde bir hasta da gelebilir. Ya da daha yeni bebeği olacağını öğrenen biri, yan taraftan doğum yapan bir kadının bağrıışlarını duymak zorunda kalabilir. Bu nedenle hastane tasarımlarında sınır kavramı daha çok önem kazanmaktadır. Sınırların doğru yorumlanması hastane içindeki trafiğin düzgün işlemesine dolayısıyla hastaların ve yakınlarının hastane içerisinde rahat bir şekilde vakit geçirmelerini sağlayacaktır. Bu yüzden, bir hastane tasarımında sınırlar, tasarımın ilk aşamasından itibaren sürecin içine katılmaktadır. Akreditasyon süreci de planlamadan itibaren sınırların doğru şekilde uygulanmasını öngörmektedir. Örneğin standartlar acil girişinin kanamalı ve kanamasız hasta girişi olarak ikiye ayrılmasını önerir. Bu gibi keskin sınırların yanı sıra hastanın egemenlik sınırları da mimarlar ve tasarımcılar için önemlidir.

Modern hayatta tüm canlıların içgüdüsel temel davranışı olan egemenlik kavramına daha çok dikkat çekilmektedir. Egemenlik kavramının bize sunduğu en büyük ayrıcalık kontrolün elimizde olmasıdır. Günlük hayatta kişiler etraflarından

kendilerini ayırarak ve kendi sınırlarını çizerek egemenliklerini oluştururlar. Dolayısıyla egemenlik ve sınırlar birbirleriyle çok alakalı kavramlardır. Örneğin, metroda yolculuk eden bir kişi kulaklıklarını takıp müzik dinleyerek, kendini bulunduğu ortamdan ayırır ve egemenlik alanını tanımlayarak bir başkasının bu alana girmesine izin vermez. Her alanda egemenliğin ön plana çıktığı tasarımlar yapılırken, hastane yapılarında da bu doğrultuda gelişen tasarım yaklaşımları benimsenmiştir.

Hastane tasarımlarında egemenlik kavramı ile beraber mahremiyet kavramı da önem kazanmaktadır. Çünkü hasta hastaneye girdiği andan itibaren hem egemenliğini hem de mahremiyetini korumak isteyecektir. Bu noktada hastanın mahremiyetinin en fazla ihlal edildiği noktada dahi hastanın egemenliğini sürdürdüğü hissi hastaya geçirilmelidir. Hastanelerde, girişten itibaren halka açık mekânlardan özel mekânlara doğru gitgide artan bir mahremiyet hissi sağlanmalıdır (Sungur Ergenoğlu, 2007). Bu farklı şekillerde olabilir, örneğin giriş danışma bankosunda kendi bilgilerinizi vermenizle mahremiyet paylaşılmaya başlanır. Daha sonra bir poliklinikte medikal seperatör perdelerle, akustik olmasa da görsel mahremiyet sağlanmış olur. Ancak hasta odasına gelindiğinde, hem işitsel hem görsel olarak bir mahremiyete sahip olunabilir. Hasta odaları, hastanın mahremiyetinin ve egemenliğinin en yüksek değerde olduğu yerlerdir.

Hasta odalarının gelişimi bir bakıma bize hastanın kişisel alanı ve sınırları ile ilgili ipuçları verebilir. Catanati, Damiani ve Capelli hasta bakım ünitelerinin gelişimini anlatırken öncelikle 20-30 hasta yataklı Nightingale koğuşlarından bahseder. Daha önce bahsedildiği gibi, bu koğuş tipinde hasta yatakları, baş kısımları pencereye gelecek şekilde karşılıklı iki duvar boyunca yerleştirilmiştir. Nightingale koğuşu sisteminde hasta bakımının verimliliği ve koğuşa giriş çıkışın kontrolünün yapılabilmesi için, hasta mahremiyetinin tamamen feda edildiği bahsedilmiştir. Zamanla bu sistemin yerini, yatakların pencereye paralel yerleştirildiği tasarım modeli olan “Rigs koğuşu” aldı. Daha sonra, büyük koğuşlar, 6-10 yataklı ve sonrasında 1-4 yataklı daha küçük hasta odalarına dönüştürüldü. II. Dünya Savaşından sonra hasta odaları sadece iki yatak içerecek şekilde tasarlanmaya başlandı. Tek kişilik odalar da hasta konforu ve mahremiyetini sağladığı için, tercih nedeni olup hastaneler bu yönde kapasitelerini arttırmışlardır (Kazanasmaz, Düzgüneş, 2009).

Hasta odaklı tasarım ile beraber hastanın fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçları bir bütün olarak ele alınmış ve hastanın kişisel alanına gerektiği önem verilmiştir. Başta da belirtildiği gibi, kişisel alandan bahsetmek için ortamda birden fazla kişi veya kişiler olması gerekir. Hasta odaklı tasarım anlayışı da bu grupları tanımlayarak her grubun alanını net bir şekilde ayırmıştır.

Daha güvenli hasta ortamları yaratma arayışında, hasta odası önceliklidir. Öngörülen tasarım çözümlerinin yerlerinin dikkatlice ele alınması gereklidir. En nihayetinde hasta odası hastaların zamanlarının çoğunu geçirdikleri ve aileleri ve hasta bakıcılarla ilişki içinde oldukları yerlerdir. Buna rağmen, tasarım belirleyicileri açısından tek doğru yoktur. Her tasarım geçirdiği aşamalardan, kullandığı teknolojiye ve ailenin hasta bakımına katılım derecesinden etkilenir. Bazı bilgiler araştırmalarla desteklenirken bazıları da gözlem ve görüşlere dayanır. Bu yollar doğrultusunda, hasta merkezli, aile ile yakın iletişim içinde olan hasta odaları ortaya çıkar (McCullough, editör, 2009).

Hastanın kişisel alanı ve sınırları, diğer kişiler ve fonksiyonların yerleşimine ve sınırlarına da bağlıdır. Bu yüzden öncelikle bu fonksiyonların yerleşimini incelemekte fayda var. McCullough'un (2009) editörlüğünü yaptığı kanıta dayalı tasarım üzerine yapılan çalışmada, araştırmalar sonucunda fonksiyonlar aşağıdaki gibi konumlandırılmıştır:

Merkezi olmayan çalışma alanları: Bütün çalışma alanlarını bir yerde toplamak yerine yetkileri dağıtmak daha küçük merkezler yaratmak işlerin daha rahat yürütmesini sağlar. Bir merkezi istasyondan verilen hizmette hasta ve yakınları gürültüden şikayetçi olurlar ve o merkez çalışanların hem görev yaptıkları hem de sosyalleştikleri alan olduğu için çalışmıyor izlenimi verebilir.

El yıkama lavaboları: Hasta odalarındaki el yıkama lavabolarının hastaneden kaynaklı enfeksiyonları büyük oranda azalttığı görülüyor. Ancak tek başına lavaboyu odaya koymak yeterli değil. Hastane çalışanlarına bu konuda eğitim verilerek, sık sık el yıkama alışkanlığı kazandırılması gerekiyor.

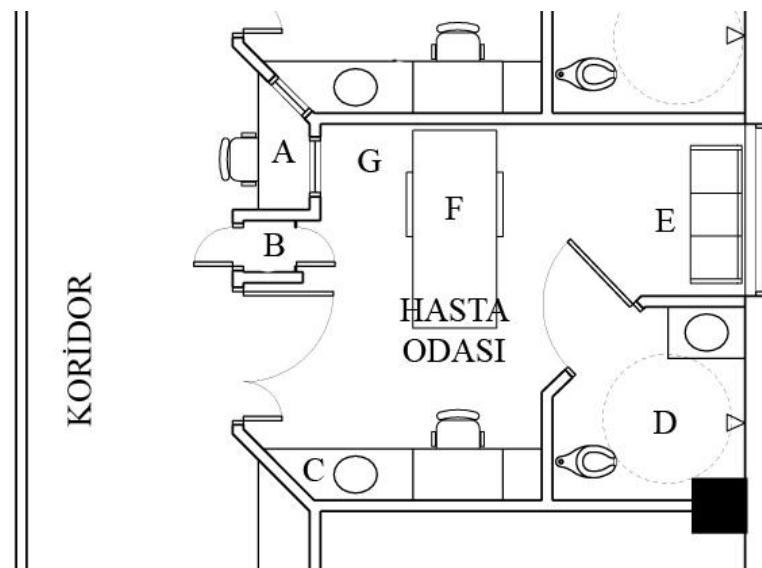
Lavabonun oda içindeki konumuna gelince, kullanıcıların bu konuda farklı görüşleri var. Enfeksiyon kontrol personeli ve birçok hasta bakıcı, lavabonun kapıdan girer girmez görülebilecek bir yerde ve hastanın, personelin elini yıkadığını göreceği bir yerde olmasında hem fikir. Bazı personel de, lavabonun hastanın yatak başına yakın,

personelin çalışma alanı içerisinde olması gerektiğini savunuyor. Ancak bu durum biraz sakıncalı olabilir. 2004-2006 yılları arasında Toronto Genel Hastanesi'ndeki hasta ölümlerinin hastaya 10 feetten yakın lavabodan sıçrayan enfeksiyonlu damlaların neden olduğu ortaya çıktı. Bu olaydan sonra kenarlardan sıçramaya karşı korunaklı lavabolar kullanıldı. Görüldüğü üzere, planlamacıların lavaboların modeli ve odadaki konumu konusunda çok dikkatli olmaları gerekiyor (McCullough, editör, 2009).

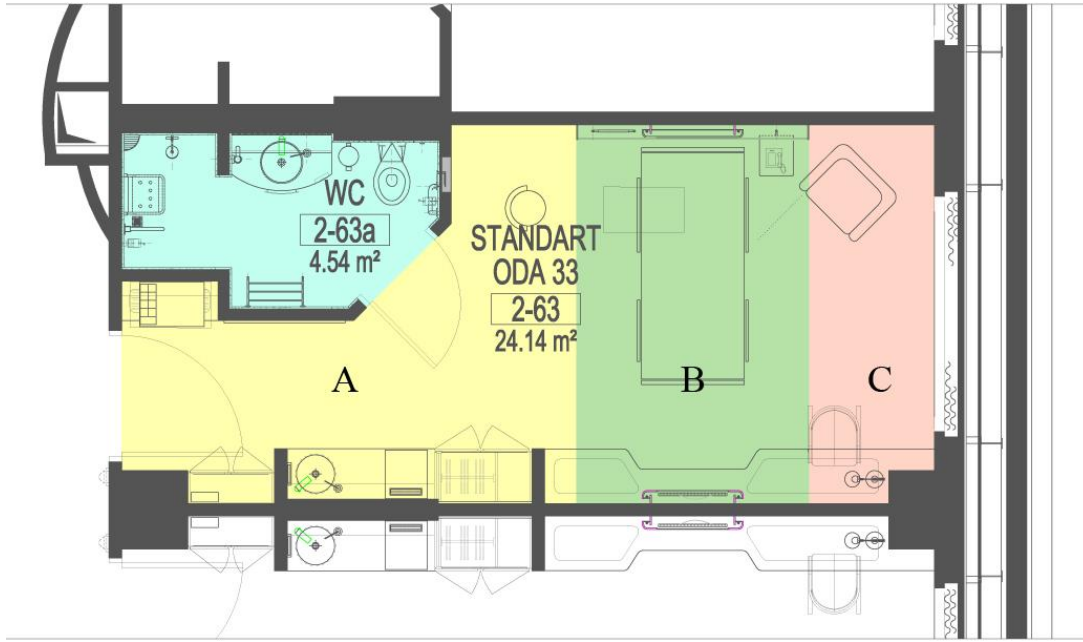
Tuvalet tipi ve konumu: bir hasta odası planlanmaya başlandığında, en çok üzerinde durulan banyonun yeridir. Banyo iç duvarda mı yoksa cephe duvarının yanında mı yer almalı? Hasta yatağının başındaki duvarda mı yoksa ayakucundaki duvarda mı konumlanmalı? Bazı müşteriler, hasta odasının manzarasını kesmemesi açısından, banyonun iç duvarda konumlanmasını talep ediyor. Ancak bu düzenlemeyle, merkezi olmayan çalışma sistemine göre hemşirenin hastayı gözetleme alanı kısıtlanıyor. Bütün iç duvarı banyonun duvarı ve odanın kapısı kapladığı için çarşaf ve diğer medikal ihtiyaçlar için depolanacak alan kalmıyor. Aynı zamanda hasta kapısı ve banyo kapısı açık konumda genelde birbiriyle çakışıyor. Banyoyu dış cephe duvarında hastanın başı ya da ayakucu tarafında konumlandırmak ise bu sorunları hafifletmekle kalmıyor ayrıca hasta yakınları için bir köşe yaratılmasını sağlıyor. Banyonun hastanın ayakucu hizasındaki duvara konumlanması en esnek çözümü sunuyor. Bu düzenlemeyle hasta yatak başı için daha çok alan kalıyor, hasta daha çok manzara görüşüne sahip oluyor ve belki de en önemlisi bu düzenleme hastanın yanı başında sevdiklerinin oturmasına olanak tanıyor.

Tutamaklar: bazılarına göre yatak başından banyoya kadar uzanan tutamak barı hastaların düşmesini engelleyebilir. Ancak bazı müşterilere göre de, böyle bir tutamak var olduğunda, hastanın yardım talep etmesi gerektiği durumlarda bile, yardım talep etmeyeceği yönündedir. Yatak başında daha çok alan isteyenler, ayakucunda banyoyu tercih ediyorlar. Aslında hasta düşme bilgilerine baktığımızda, banyoya giden yol, iyi aydınlatılmış, tanımlı, kaymaz malzemeden yapıldığı takdirde banyonun konumunun çok da fazla önemi yok. Hasta bakıcıların hastaları gözlemleyebilmesi ve hasta yakınlarının geceyi hastanın yanında geçirmesi hastanın düşme ihtimalini azaltıyor. Bunların yanı sıra hasta yatağından kalktığında hastabakıcıyı uyaran teknolojiler de kullanılıyor.

Şekil 5.12'deki hasta odası planı standart odaların tasarım özelliklerini ele alıyor. Desantralize çalışma alanı (A), hastabakıcının gerektiğinde iki hastayı birden gözlemleyebileceği yerde konumlanıyor. Bu çalışma alanı ile hasta odası kapısı arasında kalan kısımda (B), hemşirenin hem koridordan hem de hasta odasının içinden ulaşabileceği, çarşafların ve ilaçların depolandığı bölüm bulunmaktadır. El yıkama lavabosu (C), kapıdan girer girmez görülebilecek ve hastanın da el yıkadığını görebileceği bir yerde konumlanıyor. Hasta odası banyosu (D), dış cephe duvarında ve hastanın manzarasını da kesmeyecek şekilde hastanın ayakucu tarafında konumlanıyor. Refakatçi alanı (E), ise pencerenin kenarında, hemşirenin hastaya en kolay şekilde müdahale etmesine izin verecek şekilde girişten uzakta konumlanıyor. Hastanın alanı (F). Hastabakıcının alanı (G) ise hastanın sağından müdahale edecek şekilde konumlanıyor.



Bu şema, KDT konsepti kullanılarak düzenlenmiş hasta odalarından sadece birine örnektir. Diğer bir yerleşimde ise, ıslak hacim iç duvara konumlandırılıyor (Şekil 5.13). Personelin hastaya ulaşması için küçük bir giriş koridorundan geçmesi gerekiyor. Ancak ıslak hacim dış duvar tarafında konumlanmadığı için hastanın dışarıyı görüş açısı kısıtlanmamış oluyor.



Şekil 5.13 : ıslak hacmin iç duvara yerleştirildiği hasta odası. Planda gösterilen alanlar; (A) personel alanı, (B) hasta alanı, (C) refakatçi alanı. Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul (iç mimari: Zoom TPU, 2009)

Hasta odasında hastanın alanının belirlenmesi aslında bir anlamda kişisel alanın sınırlarının somut bir şekilde çizilmiş olduğunu gösteriyor. Bazı tasarımlarda hastanın kişisel alanının sınırlarının dekorasyona da yansıtıldığı uygulamalar da görülüyor (Şekil 5.14). Bu bazen döşeme kaplamasının farklılaşmasıyla yapılırken bazen de duvar ve tavan da bir bütün olarak aynı malzeme kullanılarak farklılık yaratılmıştır.

Kişisel alana gösterilen önem sadece dekoratif olarak değil planlama prensipleriyle de gösterilebilir. Örneğin, ıslak hacmin iç duvar tarafında konumlandığı bir hasta odasında, oda giriş kapısı yönü hasta tarafına değil de, duvara bakan tarafa açılarak, odaya personel ya da ziyaretçi her kim girdi ise, küçük ıslak hacim koridoru boyunca hastaya kendini toparlama ve çeki düzen verme fırsatı ve süresi yaratan uygulamalar yapılmaktadır. Bu tasarım kararı akreditasyon standartları bakımından da değerlendirmeğe alınan ve hastanın kişisel alanına ne kadar önem verildiği konusunda puanlamaya tabi tutulan bir kıstastır (Mimir, 2010). Tasarıma ve planlamaya yansıtılmış kişisel alan sınırları dışında bir de davranışların belirlediği görünmez sınırlar vardır. Sağlık personeli hiçbir şekilde hastaya yakın temas kurmasa bile bazı davranışlarla hasta bundan rahatsız olup, kişisel alanının ihlal

edildiğini düşünebilir. Summers (1979) sağlık personelinin bir hasta odasına girerken muhakkak kapıyı çalması ve giriş için izin istemesini, hastanın kişisel alanına girmemek için özellikle vurguluyor. İçeriye girdikten sonra da hasta kişiyi kabul ettiğini gösterene kadar, yakın egemenlik bölgesine girilmemeli, mümkün olduğunca yatağın ayakucundan konuşmalıdır. Hasta daha fazla yakınlaşmaya izin verdiğinde ise kesinlikle hastanın başında durup, yukarıdan bakılmamalı aksi takdirde hasta bunu bir tehdit olarak algılayabilir. Bunun yerine bir sandalye ya da tabure üzerinde hastayla aynı kotta konuşmak hastayı kesinlikle rahatlatacaktır. Bunu yaparken hastanın baş tarafını doğrultmak dik bir duruma getirmek ise eşit şartlarda olunması açısından önemlidir. Bu nedenledir ki hasta odası tasarımında doktor taburesi düşünülmesi aslında hastanın kişisel alanına verilen önemden kaynaklanmaktadır. Sağlık personelinin hastayla yakın temas etmesi gereken durumlarda kesinlikle göz temasından kaçınılmalıdır.



Şekil 5.14 : Hasta odasında kişisel alanın tasarıma yansıtılması. Levent Çırpıcı eskizi, Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul (Zoom TPU arşivi, 2009)

Doktor hasta ilişkisi içerisinde de çok ince sınırlar vardır. Duyguların paylaşımı her zaman hissi bağlılığa ilişkin olarak sınır ve çizgilerin konmasını gerektirir. Doktor ve hasta arasındaki ilişkide oluşturulan sınırlar hakkında genelde konuşulup yazılmamasına rağmen, doktor ve hasta karşılıklı birbirlerini anlayabilirler (Gabbard & Nadelson, 1995). Sınırlar, çok yakın duygusal ve erotik bağlanmaktan kaçınmak anlamına geliyor. Profesyonel etik kaideler içinde bazı sınırların altı çiziliyor.

Doktorlar hastanın güvenliğini ve bağı olma durumundan bilerek istifade ettiklerinde sınırları ihlal etmiş olurlar ve hastanın istek ve beklentilerine profesyonel olmayan bir şekilde karşılık vermiş olurlar. Doktor-hasta arasındaki yakınlık mesafesi, her iki tarafın da istismarını engelleyecek sınırlar ile tanımlanıyor (Farber ve diğ., 1997). Bir taraftan, yardım bekleyen ve bu konuda hassaslaşan hastalar, zeki bir ebeveyn gibi her şeye gücü yeten bir otorite figürü olarak gördükleri doktora karşı duygusal bir bağ beslemeğe eğilimlidirler. Diğer taraftan, doktor da hastalarına karşı bağlanma konusunda çok ihtiyatlı davranmalı. Eğitim ve profesyonel etiğin kılavuz kuralları hastalarla karşı karşıya gelindiğinde sınır ihlallerini en aza indirebilir. Sınır ihlaline katkıda bulunan bir çok faktör de var, bunlar: yaş, cinsiyet, etnik köken, kültür, değerler, aile geçmişi, kişilik, eğitim, empati kurabilme kapasitesidir (Hojat, 2006).

Sınırların geçilmesi her uzmanlık dalında olan bir şey, ancak psikolojik ve psikiyatrik konsültasyonlarda bu aşım daha fazla olabiliyor (Gabbard, 1994). Thomas'ın (1985) da belirttiği gibi, tıptaki en eski hüner, doktorun ellerini hastanın üzerinde nasıl kullanacağıdır. Bu nedenle, fiziksel muayeneyi yaparken dokunmak, tanının konulmasında ve tedavisel faydalarının olması yönünden önemlidir. Dokunma, anne şefkatini anımsatmakla kalmayıp, güvende olma hissi oluşturur ama ayrıca ilgi ve empatik desteğin geçmesini sağlar (Mayerson, 1976). Ancak, dokunmanın uygunsuz kullanımı kesinlikle güveni azaltan ve empatik ilişkiyi bozan bir sınır ihlalidir (Hojat, 2006).

Hastaların, hastane personeli, doktorlar dışında kişisel alanlarını koruma gereği duydukları bir diğer grup ise diğer hastalardır. Hasta odası dışındaki bölümlerde hastalar tedavilerini olurlarken ya da beklemek zorunda oldukları durumlarda, diğer hastalarla aynı hacmi paylaşmak durumunda kalabilirler. Bu durumlarda, bulundukları tıbbi bölümün durumuna göre hastalar birbirlerinden camlı kabin veya ünitelerle, kapı yüksekliği hizasından opak seperatörlerle ya da perdelerle, bazen de yarı geçirgen bölücülerle ayrılabilirler. Bütün bu bölücüler, hastanın kişisel alanını korumak ve diğer hastalarla etkileşiminde kendisinin ve diğer hastaların olumsuz hislere kapılmaması için gereklidir. Acil bölümünde, gelen vakalara acil müdahale gerektiğinden ve diğer hastaları olumsuz etkilememesi bakımından, kabinlerle hastalar ayrılmıştır (Şekil 5.15). Fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) ya da kardiyovasküler cerrahi (KVC) gibi bölümlerde aynı cins hastalar, seperatör ve perdelerle ayrılmaktadır (Şekil 5.16).



Şekil 5.15 : Acil bölümünde hastalar kabinlerle ayrılmaktadır. Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul (Zoom TPU arşivi, 2009)



Şekil 5.16 : FTR ve KVC’de hastalar perde ve seperatörlerle ayrılıyor. Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul (Zoom TPU arşivi, 2009)

Kanserli hastaların tedavilerini sürdürdükleri kemoterapi bölümlerinde ise, hastalar için ayrı bölümler yapılır. Bu bölümlerin camları hastayı gözlemeye elverişli ancak aynı zamanda hastayı çok belirgin şekilde göstermeyecek geçirgenlikte olmalıdır (Şekil 5.17). Çünkü kemoterapi tedavisi, hastanın dış görünüşünde, saçların ve kirpiklerinin dökülmesi gibi etkilere neden olabiliyor. Bu da hastaların bu tedavi boyunca daha hassas olmalarına, fark edilmek istememelerine neden olabilir. Hastaların bölümler içinde, seperatörlerle ayrılmasının yanı sıra, planlama kararını etkileyecek ayrımlar da söz konusu. Örneğin, yönetmelik, acile gelen ayakta tedavi olan ve sedyeyle gelen hasta girişlerinin ayrı olması zorunluluğunu öngörmektedir.

Böylece, bronşit olmuş ayakta tedavi edilebilecek bir hasta, acile kanlar içinde gelmiş olan daha kötü bir vakayı görmüş olmayacak. Bunun dışında, ameliyattan çıkan hastaların da fazla dolaştırılmadan ameliyat sonrası bölüme götürülmeleri de, planlamayı etkileyecek olan kararlardandır.



Şekil 5.17 : Yarı geçirgen doğramaya sahip kemoterapi odaları. Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul (Zoom TPU arşivi, 2009)

Hastane içerisinde psikolojik yönden en fazla etkilenebilecek grup olan çocukları da unutmamak gerekir. Çocuk hastalıkları bölümünde, poliklinik bekleme yerinde çocuklara ait bir oyun alanı olması hem çocukların endişelerini azaltacak hem de ailelerinin daha rahat olmasını sağlayacaktır (Şekil 5.18). Sadece poliklinik bölümünde değil acil bölümünde de çocuklar düşünülmüştür. Hem hasta olarak gelen hem de hasta ebeveynleri ile hastaneye gelmek zorunda kalan çocuklar için acil girişinde de genel beklemenin dışında özel bir bekleme alanı yaratılır. Böylece çocuklar kendilerine ait bu alanda vakit geçirip hastanenin gergin ortamından kendilerini izole edebilirler.



Şekil 5.18 : Çocuk bekleme alanı. Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul (Zoom TPU arşivi, 2009)

6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Beden eski çağlardan beri insanoğlunda merak uyandırmış ve ilgi odağı olmuştur. Öncelikle bedenin boyut ve oranları üzerinde çalışmalar yapılmış kendi içindeki mükemmel uyuma dikkat çekilmiştir. Daha sonra bedenin çevresiyle olan ilişkileri mercek altına alınıp bedenin varoluşuyla ilgili sorulara yanıtlar aranmıştır. Heidegger (1971), insanoğlunun dünya üzerinde var olma amacının ikamet etmek olduğunu söyleyerek, bedenle mekân arasındaki ayrılmaz ilişkiyi çok net ifade etmiştir. İnsan bedeni, bir mekânın içinde var olmaktadır. Ancak aynı şekilde beden var olduğu ve hareket ettiği için mekânlar tanımlanmaktadır. Bir anlamda insan bedeni algılarıyla çevresi hakkında bilgiler edinip bir mekân duygusu oluşturur. Bu demek oluyor ki beden ile mekân arasındaki ilişki ilk insandan beri var olmaktadır. Mekânların tanımlanmasında, sınırlardan faydalanırken, beden kendisinin de bir sınır teşkil ettiğinin farkına varmıştır. Öyle ki bu sınırlar hem fiziksel hem de sosyal olarak etrafla olan ilişkilerinde de etkilidir. Sosyal ilişkilerde karşılaştığımız sınırlar “kişisel alan” kavramını ortaya çıkarmıştır. Modern dünyada insan yaşamları bireyselleşirken “kişisel alan” daha da önem kazanmıştır. Bu kavramın etkisi her alanda hissedilirken mekânlarda da yansıması görülmüş beraberinde mimariye ve tasarım yaklaşımlarına da yeni bir yön vermiştir.

Mimarlar artık mekânın ve tasarımın insan üzerindeki etkisine daha fazla ağırlık vermeye başlamıştır. Ancak bu konuda onları yalnız bırakmayan diğer bir bilim ise tıptır. Mimarlık ve tıp bilimini ortak paydada buluşturan ise hastane mekânları ve bu mekânların tasarımının insan üzerindeki etkisidir. Günümüze dek, hem mimarlar hem de tıp adamları tarafından çeşitli tasarım yaklaşımları benimsenmiş ancak bu denemelerde hep bir taraf eksik kalmıştır. Bazen estetik uğruna bakımdan feragat edilirken, bazen de bakım uğruna hastanın mahremiyeti feda edilmiştir. Günümüz modern hastane tasarım anlayışı olan “hasta merkezli tasarım” bu anlamda mimarların ve tıp alanının doğrularını bir araya getirmeğe çalışmaktadır.

Bakım ve tedavi teknolojilerinin geliştiği gibi hastane tasarım yaklaşımları ve süreci de evrilip, gelişmektedir. Hastane tasarımı şu ana kadar gelen bilgi birikimiyle elde edilen ve şu an için doğru sayılan kabullere dayanarak yapılmaktadır. Kişisel alan,

algı, sınır kavramları günümüz hastane tasarımında karşımıza çıkan başlıca unsurlardır. Hastane tasarımı üzerine yaklaşımlar da bu doğrultuda ilerlemektedir. Tasarımın ve tasarımda kullanılan unsurların, tedavi teknolojileri kadar önemli olduğu bir gerçektir. Modern toplumda, her konuda olduğu gibi sağlık sektöründe de bireyin hakları ve ihtiyaçları ön plana çıkartılarak hastanelerde istenilen kalite ve standartlara ulaşma çalışmaları yapılmaktadır. Bu kabuller üzerinden hastanelerde kalite tanımlanır. Bu kabuller mutlak doğru olmaktan öte, her zaman geliştirilmeye ve yoruma açık çıkarımlardır. Bu nedenledir ki, algı, sınır ve kişisel alan kavramlarının tasarım içindeki rolü gözlenip üzerine çalışmalar devam ettikçe bu kabuller güncellenecektir.

Hasta merkezli bakım ve beraberinde getirdiği tasarım yaklaşımı, hastanın ve yakınlarının sınırlarına, mahremiyetine, istek ve ihtiyaçlarına verdiği önem açısından hastane tasarımında bir dönem olarak algılanabilir. Bu dönemin en önemli özelliği ise kendi kabullerini devamlı sorgulayıp yenilemeye ve gelişime açık olmasıdır. 10-20 yıl öncesinde hastanede yapılması imkânsız görünen uygulamalar şu an tercih nedeni olabiliyor. Örneğin, hijyenik olmadığı düşünülen halı kaplaması önceden hastanelere sokulmazken, sektörün de bu konuda kendini geliştirmesiyle beraber anti bakteriyel halılar üretildi ve sesi büyük ölçüde yutan bir malzeme olmasından dolayı hasta koridorlarında sessizliği sağlaması bu malzemenin tercih nedeni olmasını sağlamıştır. Yine aynı şekilde, genel geçer kabul olarak bilinen yeşil renginin hastanelerde kullanılması da artık tasarımcılar tarafından kırılmaya çalışılan bir kabuldür.

Mimar ve tasarımcılar kabul gören standartları tekrar yorumlayarak tasarım sürecine katkıda bulunup daha iyisini aramaktadırlar. Bütün bunlara rağmen yadsınamaz bir gerçek var ki, o da mimar ve tasarımcıların hastanelerde özgürlüklerinin kısıtlı olduğudur. Hastane projelerini bir otel, restoran ya da belediye binasından ayıran en büyük özellik de budur. Kamu yapılarında hayat bir şekilde yapının içinde de günlük akışını sürdürür. Hastane yapılarında ise hayatın devam ettiğini insanlara anlatmak çok zordur. Mimarlar, hastaların normal hayattaki konforlarını hastanede de sağlamak için, gerek malzeme çeşitliliğiyle, gerek aydınlatma senaryolarıyla, gerekse kullanıcıları bazı noktalarda birleştirip gerektiği yerlerde ayrıştırarak tasarım ve planlamalarını bu yönde yaparlar. Ancak yine de bir noktaya kadar tasarımcı hastaneye müdahale edebilir. Lobi, kafeterya, konferans salonu, hasta odası,

poliklinik odaları gibi mahallerde mimarın dokunuşlarını daha fazla görmekteyiz. Bu mahallerde bile medikal ve mekanik gruplara danışmadan bir adım atması yanlış olabilirken hastanenin geneli için birçok disiplinin bir arada çalışması kaçınılmazdır. Bu ortak çalışmada mimarın tasarım yüzdesi mahallere göre değişiklik gösterebilir. Hastane girişinde en ufak detaya kadar hâkimken, bir ameliyathanede duvar ve döşeme malzemesi seçmekten daha öteye gidemez. Bu gibi hacimlerin tasarımı sektörün ürettiği son teknolojik ürünlere göre gelişim gösterir. Buna bağlı olarak da yatırımcının bu konudaki seçimi ön plana çıkmaktadır. Yatırımcı, mimarı hastane tasarımının merkezine koyup, mimarın son teknolojik ürünleri takip ettiğini bilerek bu ürünleri seçerken de mimara danıştığında hastane tasarımı büyük ölçüde özgür kılınmış olur. Medikal ürünlerin seçimi de tasarımı büyük ölçüde etkilemektedir. En azından ebat olarak daha küçük hacimlere sıkıştırılmış son teknoloji ürünleri mimara ve tasarımcıya özgürce hareket etmesi için daha fazla alan sağlar.

Hastaneler bir çok disiplinin bir arada çalıştığı, yapımında bir çok argümanın değerlendirildiği kompleks yapılar olmasına karşın mimarlar hastanelerin içine olabildiğince hayatı sokarak, kullanıcılara karmaşık bir yapının içinde olduklarını hissettirmemeye çalışıyorlar. Hasta ve yakınları için, karmaşası içinde ölçeğinin kaybolacağı bir kompleks bir yapı yerine, daha alışkın olduğu kendini daha rahat hissedebileceği bir ev ya da otel ortamı yaratılıyor. Bu, özellikle hastanın ve ailesinin kişisel alanını, mahremiyetini, konforunu, isteklerini ve ihtiyaçlarını koruyacak tasarım yaklaşımlarıyla hayata geçiriliyor. Plan üzerinde çok keskin şekilde koyulan sınırlar aslında günlük kullanım içinde kullanıcıların hastane içerisinde yumuşak geçişler yapabilmelerini sağlıyor. Ateşi çıktığı için gece acile getirilen küçük bir çocuğun, kanlar içinde gelen bir acil vakayı görmemesi için hastanelerde sınırlar belirleniyor. Yine aynı şekilde acil bir durum karşısında müdahalenin en erken şekilde yapılması için öndeki engeller kaldırılıyor. Bu nedenledir ki sınırlar bir hastane tasarımının vazgeçilemeyecek unsurlarıdır. Önemli olan sınır kavramını en uygun ve doğru şekilde yorumlayıp projeye yansıtmaktır. Yeni yaklaşımlara ve deneyimlere açık olarak, bunlardan elde edilen bilgiyi mimarın en iyi şekilde aktarması gerekir.

KAYNAKLAR

- Calhoun, J. B.**, 1962, Population Density and Social Pathology, *Scientific American*, 206
- Dedeoğlu, G.**, 2004, Gözetleme, Mahremiyet ve İnsan Onuru, *TBD Bilişim Dergisi*, elektronik dergi sayı: 153, <http://dergi.tbd.org.tr>
- Demirel, E.**, 2004, Mekân Kurgusu, Boşluğun Mimarisi, *Mimarlık*, sayı: 315
- Dervişoğlu, E.**, 2008, Mekan ve Beden İlişkisi, Mekanın “Bedenle Kavrayış” Üzerinden Değerlendirilmesi, *Yüksek Lisans Tezi*, İTÜ, Fen Bilimleri Enstitüsü
- Divanlıoğlu, H. D.**, 1997, Temel Tasar Tasar’ın Öge ve İlkeleri, Birsan Yayınevi, İstanbul
- Franck K.A., Lepori R.B.**, 2007, *Architecture From The Inside Out*, Wiley-Academy.Britain
- Günbulut, N. Ö., İbrahimağaoğlu, M., Güner A.**, 2008, Müzikle Tedaviye Bir Örnek; Sultan II. Bayezid Külliyesi, IV. *Tıpta İnsan Bilimleri Kongresi* *Özet Kitabı*, http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/medhumcong/TIB_2008.pdf
- Hall, E. T.**, 1966, *The Hidden Dimension*, Doubleday & Company, Inc. , Garden City, New York
- Hamilton, D. K. , Watkins, D. H. ,** 2009, Evidence-Based Design: Competitive Advantage for All Practices, *The Power of Diversity: Practice In a Complex World/* convention 2009, San Francisco
- Hasol, D. ,** 1975, *Ansiklopedik Mimarlık Sözlüğü*, YEM
- Heidegger, M.**, 1971, *Building Dwelling Thinking*, Poetry, Language, Thought, Harper Colophon Books, New York
- Hergenhahn, B. R.**, 2009, An Introduction to the History of Psychology, Wadsworth Publishing, 6th edition
- Hojat, M.**, 2006, The Interpersonal Dinamics in Clinician-Patient Relationships, *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Mesurement, and Outcomes*, Springer
- JCI**, 2008, *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals/* 3rd Edition, JCI
- Kazanasmaz, Z. T., Düzgüneş, A. ,** 2009, Hasta Bakım ve Tedavi Ünitelerinin Verimli Tasarlanması, *Megaron*, Cilt 3, Sayı 3
- Kapucu, B.**, 2009, Finlandiya’nın Kültürel Rönesansının Mimarı Alvar Aalto, <http://www.hafelegateway.com/finlandiya%E2%80%99nin-kulturel-ronesansinin-mimari-alvar-aalto/>

- Leder, D.**, 1998. *A Tale of Two Bodies*. In Don Welton (ed) *Body and Flesh: A Philosophical Reader*. Malden, Massachusetts: Basil Blackwell.
- Lynch, K.**, 1992, *The Image of the City*, MIT Press, Cambridge, London
- Marcuse, P.**, 1997, *Walls of Fear and Walls of Support*,Ellin N.(editör)*Architecture of Fear*, Princeton Architectural Press, New York
- McCullough, C. (editör)**, 2009, *Evidence-Based Design For Healthcare Facilities*, Sigma Theta Tau International
- Menekay, S.**, 2009, Ölümün girmesinin yasak olduğu, vasiyetnamelerin hiç açılmadığı şehir; Asklepion- Bergama, *Dirim Tıp Gazetesi*, <http://www.frik.com.tr/TUR/dirim/pdf/2009/nmh/tarih.pdf>
- Miller, R. L., Swensson E. S.** , 2002, *Hospital and Healthcare Facility Design*, W. W. Norton & Company, New York- London
- Mumcu Uçar, Ö.**, 2006, Sınır Kavramına Mekansal Bir Yaklaşım: Bahçelievler örneği, *İTÜ dergisi/a*, Cilt:5, Sayı:2, Kısım: 1
- Sailer, K. , Budgen, A. ,Lonsdale, N. , Turner, A. , Penn, A. ,** 2008, Evidence-Based Design: Theoretical and Practical Reflections of an Emerging Approach in Office Architecture, Design Research Society Biennial Conference, Sheffield, UK
- Sartain, A. Q., North, A. J., Strange, J. R., Chapman, H. M.**, 1967, *Psychology: understanding human behavior*, McGraw-Hill Book Company
- Sennett, R.**, 2002, *Ten ve Taş Batı Uygarlığında Beden ve Şehir*,çeviri (Tuncay Birkan), Metis Yayınları
- Sommer, R.**, 1969, *Personal Space The Behavioral Basis of Design*, Prentice-Hall Inc, New Jersey
- Steadman, P.**, 1979, *The Evaluation of Designs: Biological analogy in architecture and the applied Arts*, Cambridge U P, Cambridge
- Sternberg, E. M.**, 2009, *Healing Spaces: the science of place and well-being*, Belknap Press of Harvard University Press,
- Summers, A.** , 1979, Give your Patient More personal Space, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/257222>
- Sungur Ergenoğlu, A.**, 2007, Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi, *Megaron*, Cilt 2, Sayı 1
- Ünlü, S.**, 2001, *Psikoloji*, Anadolu Üniversitesi, Yayın no: 1288, Açık öğretim Fakültesi, Yayın no:710
- Vernon, M. D.**, 1962, *The Psychology of Perception*, Penguin Books
- Ulrich, R. S.** , 1991, Effects of Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Research,<http://www.majorhospitalfoundation.org/pdfs/Effects%20of%20Interior%20Design%20on%20Wellness.pdf>
- Yee, R.** , 2008, *Healthcare Spaces 4*, Visual Reference Publications

- Url-1** < <http://www.humanpsikoloji.com> > , alındığı tarih 27.04.2010.
- Url-2**<http://www.husseinhalayan.com/#/art_projects.afterwords/> ,alındığı tarih 16.02.2009.
- Url-3**<<http://www.diaart.org/exhibitions/main/50>> ,alındığı tarih 17.02.2009.
- Url-4**<<http://blog.dailycal.org/arts/2009/11/post-4040/> > ,alındığı tarih 17.02.2009.
- Url-5**< <http://www.baktabulum.com/dunyadaki-guzellikler/207449-berlin-berlin-hakkinda-bilgi-berlin-duvari-berlin-resimleri.html>> ,alındığı tarih 30.04.2010.
- Url-6**<<http://menekselibilinc.blogcu.com/etiket/Charlottenburg>> ,alındığı tarih 30.04.2010.
- Url-7**<<http://teamy.es.files.wordpress.com/2007/11/1.jpg>> ,alındığı tarih 30.04.2010.
- Url-8**<<http://www.dwp.qaop.net/?lang=en#gallery>> ,alındığı tarih 30.04.2010.
- Url-9**<http://www.aikiweb.com/columns/rrobertson/2004_03.html> ,alındığı tarih 01.05.2010.
- Url-10**<<http://www.answers.com/topic/blood-circulation>> ,alındığı tarih 01.05.2010.
- Url-11**<<http://snibbe.com/scott/bf/>> ,alındığı tarih 02.05.2010.
- Url-12**<<http://www.angelfire.com/al2/arkeoloji/bergama.htm>> , alındığı tarih 29.04.2010.
- Url-13**<<http://saglikmuzesi.trakya.edu.tr/>> , alındığı tarih 29.04.2010.
- Url-14**< <http://www.sciencemuseum.org.uk> > , alındığı tarih 02.03.2010.
- Url-15**<http://tr.wikipedia.org/wiki/Selimiye_K%C4%B1%C5%9Flas%C4%B1> , alındığı tarih 29.04.2010.
- Url-16**< <http://tr.wikipedia.org> > , alındığı tarih 07.03.2010.
- Url-17**< <http://www.medicatr.com>> , alındığı tarih 03.05.2010.
- Url-18**< <http://www.contractdesign.com>> , alındığı tarih 04.07.2010.
- Url-19**< <http://www.designboom.com/history/aalto/paimio.html>> , alındığı tarih 05.06.2010.
- Url-20**< http://www.acibadem.com.tr/Galeri_Maslak.asp> , alındığı tarih 03.05.2010.

EKLER

EK A.1 : Röportaj Soruları

EK A.2 : Röportajlar

EK A.1 RÖPORTAJ SORULARI

Hastane Tasarımı, Gelişimi ve Akreditasyon ile İlgili Seçimli Sorular

1.Hastane projeleriniz diğer projelerinizden farklı mıdır?

-Farklı ise ne yönde?

2.Hasta merkezli tasarım size neyi ifade ediyor?

3.Yeni bir anlayış olarak benimsenen ve genelde sağlık yapıları tasarımında etkili olan kanıta dayalı tasarım hakkında ne düşünüyorsunuz? Kendi projelerinizde bu anlayışı uyguluyor musunuz?

-Evet ise ne derece?

4.Hastanelerdeki kişisel alanı nasıl tanımlarsınız?

-Diğer kamusal yapılara göre hastanelerin kişisel alanla olan ilişkisi sizce daha farklı mıdır?

-Sizce bir hastanede kişisel alan ne derece korunabilir?

-Başta hasta olmak üzere, hasta yakınları ve çalışanlarının kişisel alanları hakkında görüşleriniz nelerdir?

5.Farklı bölgelerdeki hastane projelerinizde, o bölgenin farklılıklarına göre tasarımlarınızda değişiklikler oluyor mu?

-Coğrafi, kültürel, sosyolojik vb. farklılıklar gözlemleniyor mu?

6.Hastanelerde algılar ve sınır kavramı hakkında ne düşünüyorsunuz?

-Tasarımlarınızda ne gibi algı farklılıkları yaratıyorsunuz?

7. Sizce günümüz tasarım anlayışlarının yansımalarını hastanelerde görebiliyor muyuz?

8.Türkiye deki ve yurtdışındaki hastaneleri kıyasladığımızda sizce farklılıklar var mı?

9.Tasarım sizce bir hastanenin kalitesini ya da verdiği hizmeti ne derece etkileyebilir?

10.Medikal ekipmanların değişimi ve gelişimi sizce tasarımı etkiler mi?

-Evet ise ne yönde?

11.Bir hastane tasarımında medikal grubun katkısını tasarımcıya göre nasıl oranlarsınız?

-Daha az, daha çok ya da dengede mi?

12.Akreditasyonu tanımlar mısınız? Yararları nelerdir?

-Akreditasyon devamlı kendini yenileyen ve geliştiren bir yapıya sahip, bu noktada geçen yıllara nazaran akreditasyon standartlarında neler değişti, birkaç örnek verebilir misiniz?

-Akreditasyon standartları kimler tarafından nasıl belirlenir?

-Türkiye’de böyle bir kurum olmadığı için, Türkiye’deki özellikle özel hastaneler hangi standartları ya da hangi kurumun standartlarını daha çok esas alıyorlar ve neden?

EK A.2 RÖPORTAJLAR

LEVENT ÇIRPICI

1965 yılında Erzurum’da doğdu. Mimar Sinan Üniversitesi Mimarlık Fakültesi’nden 1989’da mezun oldu. 1983-87 yılları arasında Prof. Utarit İzgi Mimarlık Bürosu’nda çalıştı. 1994 yılında Atilla Kuzu ile birlikte ZOOM\TPU (Tasarım Proje Uygulama) firmasını kurdu. 2000 yılında “Sedat Gürel Dalyanköy Müze ve Kitaplık Proje Yarışması”nda ikincilik ödülü kazandı ve Ağa Han Mimarlık ödülüne aday oldu. Mağaza, ofis, restoran, konut, kongre merkezi, otel gibi mimari ve iç mimari proje çalışmalarına 2003 yılında sağlık yapılarını da ekledi. Ortağı ile beraber çalıştığı Acıbadem Bağdat Caddesi Polikliniği projesi ile 2004 yılında, “halka açık mekânlar” kategorisinde 1.ödülü aldı. Acıbadem, Memorial, Florence Nightingale gibi sağlık gruplarıyla beraber yirminin üzerinde hastane projesini tamamladı. Ortağı ile beraber çalıştığı Acıbadem Maslak Hastanesi, 2009 yılında Barselona’da düzenlenen World Architecture Festival’de iç mimari kategorisinde 16 finalist proje arasında yer aldı. Halen yurt içi ve yurtdışında hastane projeleri yoğunluklu olmak üzere çeşitli alanlarda tasarım çalışmalarını sürdürmektedir.

Özge Berberoğlu: Hastane projelerinin diğer projelerden farkı nedir? Farklı ise ne yönde farklıdır?

Levent Çırpıcı: Hastane projeleri tabi ki diğer projelerimizden farklıdır. Şöyle ki; hastane projesinde diğer projelerde çalıştığımız yardımcı disiplinlerden daha farklı sayıda ve daha farklı nitelikte disiplinlerle çalışıyoruz. Örneğin, medikal gaz devreye giriyor. Bir otelde, bir konutta, bir restoranda olmayan bir ünedir. Artı, bir sürü medikal; örneğin ameliyathanelerin pendantları, özel aydınlatmaları, temiz odaları, laboratuvarları gibi saymak ve örnekleri çoğaltmak mümkün. Bu tür birimler ve birimlerin oluşturulmasında birlikte çalıştığımız disiplinler diğer projelerde yok. Bunlar bir projeyi diğer projelerden ayırıyor ve farklı yaklaşımlar gerektiriyor. Bir kere hastane projesinin en belirgin ayrıcalığı hiç hastane deneyimi olmadan ya da deneyim olmayabilir ama danışmanlık almadan, yapılabilecek yürünebilecek bir yol değil. Yani “Hastane yapmadım, ama ben bir mimarım. Biz tasarımcıyız. Tasarım

yapan ve her türlü işi yapan bir grubuz.” Böyle bir şey artık nerdeyse yok. Biz de bir zamanlar “daha önce hiç hastane yapmadan” başladık. Ama ne yaptık, hastane yapan, hastane konusunda gayet deneyimli grupların alt birimi gibi çalışarak ilk günlerde sadece kreatif destekler vererek, alıp çalışarak “acaba bu olur mu, bize kreatif olarak uygun düşüyor ama medikal olarak doğru mu? Siz ne diyorsunuz?” şeklinde görüş alışverişimiz olmuştur. İşte 7-8 yılda bu konuda bir birikimi topladık görünüyor.

Ö.B.: Yani farklı disiplinlerle beraber çalışmak gerektiğini söylüyorsunuz.

L.Ç.: Kesinlikle. Beraber de değil, o kadar da uyumlu olmak zorundasın ki yani “-mış gibi” de yapamazsınız. Yani normal otel projesinde mekanikçiyle oturup toplantı yapar gibi değil. Otelde mekanikçiyle bir aydınlatmaya, iklimlendirmeye ya da mekanik diğer aksamlarına birlikte karar verebilirsiniz. Artı, ne bileyim; ameliyathanenin havalandırılması veya iklimlendirmesi çok farklı. Mesela, laminar flow var. Laminar flowu sadece mekanik bilgisi olan biriyle yapmak da zordur. Çünkü oradaki ihtisas gereksinimlerine göre medikal danışman, kapasiteyi veya standartları belirleyen, oradaki bakım, hijyenlik katsayısı gibi durumları belirleyen, herhangi bir enfeksiyon oluşmasını önleyici bir takım değerler var. Bunlar bazen genel değerler bazen de o hastanenin ihtisas konusuna göre ayrıcalıklar gerektiren değerlerdir. Bütün bunları da tek başına bir mekanikçinin bilmesi mümkün değildir.

Ö.B.: Peki bu farklılıklar ve disiplinlerle beraber çalışmak tasarımı sizce kısıtlar mı? Ya da bir dezavantaj olarak görülür mü?

L.Ç.: Tabi ki, bir otelde, bir eğitim binasında, evde vs. diğer hastane dışındaki konularda mimarın tek başına etkinliği - bu bir baraj binası ya da nükleer enerji üretim tesisi değilse - %80 ağırlıktadır ve bir orkestra şefi gibi her şeyi yönetip idare edebilir. Ama hastanede, tasarım da mimari de bu disiplinler arasında projeye kadar toplam etkinlik hepsi %35-40 arasındadır. Çok nadir %40'lı oranları geçer. Gerisi medikal, elektrik, mekanik, aydınlatma, iklimlendirme, gaz, nükleer tıp gibi mimarın çok etkili olamadığı alanlardır. Yani bunu tek bir örnekle basite indirgersek; bugün ameliyathane tasarımında birçok şey yapılabilir, birçok renge boyayabilirsiniz duvarları, tavanı, döşemesini ama tavanında pendantlar var ameliyathane askıları var, özel aydınlatmalar var. Mesela eskiden ameliyathanelerin yatakları vardı. Etrafında kesonlarla yardımcı asistanlar ameliyathane gereçlerini getirirdi. Vakum oradan,

duvardan getirilirdi. Şimdi artık her şey tavana asılıyor. Çünkü ayakta engel teşkil edecek hiçbir şey istenmiyor. Yenilik açısından da her türlü kablosu, elektriği, bisturisi, kesici aletleri gerekli malzemelerin hepsi tavandan sarkan ünitelerin içinde yer alıyor. Burada bir mimarın yapabileceği bir şey yok. Eğer o askıları, medikal pendantları üreten bir firmada çalışmıyorsa o ameliyathanede mimarın tasarımından söz etmek çok zordur. Hadi renklerine müdahale edelim dediğimiz zaman senin de bildiğin gibi kondaktif pvc seçiyorsunuz -ki bu alanda dünyada 8-10 firma var zaten- renk seçeneği olarak aşağı yukarı 3-4 en fazla 5 seçenek var. Bunlar da öyle kötü renkler ki hepsi birbirinden kötü. Hele birkaç firmanınkini seçme; daha iyi. Seçimi kullanıcıya, işletme sahibine bıraksan bile değişen pek bir şey olmuyor. Yani mimarın bu konuda çok etkisi olamıyor. Duvarlarında boya seçemiyorsunuz, çünkü artık anti bakteriyel boyalar üretildikten sonra hava almayacak şekilde vakumlanıyor ve kapağı açtıktan 3-4 saat içinde boyayı kullanmak gerekiyor. Farklı renkler üretmek istediğinde kullanma süresi buna engel oluyor. Böylece hiçbir hastane projesinde istediğimiz renkleri kullanamama gibi bir durum söz konusu oluyor. Ama şimdi artık hastanelerde duvar da yok. Ameliyathane duvarları özel panellerle yapılıyor. Artık paslanmaz materyal, kompakt laminat dediğimiz materyal ya da pvc kontenantlılar var. Bunlarda da yine renk seçenekleri (%10) çok sınırlıdır. Hastane yatak odalarında etkinlik payı %40'lardadır. Ama akreditasyon deniyor şimdi bağlı bulunduğu diğer ülkelerle bir takım şartnameleri var. Ama bunlar olmasa da biz bu şartları zaten yaratacaktık. Diyelim engelli bir hasta, hastaneye geldiğinde nasıl hareket edecek? Ameliyatlı bir insan içerde nasıl rahat hareket imkânı bulacak; refakatçi ile? Bunların bile ölçülerine baktığın zaman hastaneyi bir restoran projesinden rahatlıkla ayırt edebilirsin. Ama tasarımcı açısından büyük bir özgürlükten bahsetmek çok zordur. Neredeyse bir korkuluk, tutunacak bir tırabzan yapmak bile bir olaydır. Çünkü dünyada onu 2-3 firma üretiyor. Türkiye de o dünyada üretileni taklit etmeye çalışan -yeni yeni- 2-3 firma var. Bunun uygulaması, doğru aplikasyonu, sağlıklı yapılmalı. Sadece bu aşamayı bile göz önünde bulundurursak ne kadar zavallı durumda olduğumuz ortadadır. Malzemeleri seçmek bir özgürlüktür zaten. Ya da mevcut malzemeden bir şey yapabilmek özgürlüktür. Toparlamak gerekirse, hastanelerde en özgür olduğumuz yerler nereler: Girişten itibaren; lobiler, bekleme alanları, kafeteryalar, toplantı alanları, konferans salonları, yönetim birimleri vb. Buralarda olabildiğince özgürüz. Ama ondan sonrası, hastanenin kategorisine, yatırımcı veya işletmecisi firmanın bu hastanedeki

beklentilerine veya uygulama kabiliyetine göre mimarın tasarım yüzdesi değişmektedir.

Ö.B.: Az evvel akreditasyondan bahsettik. Akreditasyonda da hasta merkezli tasarım ön plandadır. Sizin için hasta merkezli tasarım neyi ifade etmektedir?

L.Ç.: Şimdi hasta merkezli tasarım gerçekten olması gereken bir hale nihayet geldi. Aşağı yukarı biz de 2005 yılından beri bu konunun üzerindeyiz. Ama Amerika'da, Avrupa'da ya da dünyanın başka ülkelerinde tasarımda hastaya odaklı hareketlerin yapıldığını gözlemliyoruz. Bunun sonraki pratiklerinde de kanıta dayalı tasarım haline geldiğinde, işleme ünitelerinde hastanedeki yorumların tasarımcıya ulaştırılması gibi bir faaliyetle de yeniden gözden geçirilerek, uluslararası sağlık sempozyumlarında bunların tekrar tekrar beyan edilmesi gibi bir döngü içinde, bir takım deneysel çalışmalar bir şekilde gerçek hayata aktarılıyor. Ama eğer ülkemizdeki şartlardan bahsediyorsak ayrı konuşmak lazımdır. Yani Türkiye'de böyle bir istek var, bir bilinç var, sağlık sektöründeki bazı çalışanlar ya da işverenler de var. Ama samimi olmadıklarını hep beraber görüyoruz. Amaç öncelikli olarak sağlık hizmetinden para kazanmak olduğu sürece bu süreç öyle kolayca yürümemektedir.

Akreditasyon kriterlerinin dışında -kanıta dayalı tasarım, akreditasyonla çok bağlantılı bir şey- hasta odaklı tasarımda, samimi olmak gerekirse yapacağın şeyler de sınırlıdır. Hasta psikolojisini anlamak ve ona göre davranmak, işletme sırasında hasta hastanede iken onu ciddi bir şekilde izlemek gerekiyor. Bizim karşılaştığımız olaylarda işte filanca hemşire bir şey yaşamış onu anlatıyor, filanca doktor diyor ki “hastalar bundan hoşlanmıyor” vb. Ama hiçbir belgesi kaydı olmadan geliyor sana. Hâlbuki öyle olmamalı. Yani bir hastane projesi yapıldığında yapan projeci, uygulamacı gibi insanların hepsinden belli bir sayıda ayrılmalı ve deneysel olarak bir yıl belki de iki yıl o hastane gözlemlenip raporlanmalı. Mesela hastalar geliyor ve hasta yatak odasına girerken sol kolunu çarpıyor. Tak! Bu not alınmalı. Örn: Şu odada yatan 1200 hasta bir yıl boyunca izlendi. Şu şu problemler oldu. 60 tanesi ayağını çöp kutusuna çarptı. İşte mesela 100 hastadan 43'ü refakatçisiz bir şekilde düşünü kendi yaptı. Bu hastanede, 365 gün boyunca, yatan hasta odasındakilerden ancak 13'ü banyosunu orda yaptı. Diğerleri banyo ihtiyacını taburcu olduktan sonra evde görmeyi tercih etti. Gibi değerlerle projeye başlanılmalı. Bu olmayınca ne oluyor, biz kalkıyoruz çok büyük değerler veriyoruz. Çok ciddi malzemelerle

donatıyoruz. Aslında bizim daha çok oynayacağımız alanlar var; hastane bekleme odası gibi. Mesela “gündüz odası” diye tabir edilen bir yer var; hastaneye ziyarete gelen aileler, eşleriyle vakit geçirdikleri alanların kullanımında da bir şeyler yapabiliyorsunuz. İşte, bir tane TV koyuyoruz. Bazısı diyor ki “ben bunu kullanamıyorum”. Yatırımcı ise başka bir şey söylüyor, “İlk yatırım maliyeti ile tasarım maliyeti bunun konsepti onu karşılamıyor” gibi döngüler var.

Ö.B.: Hastanelerde kişisel alanı nasıl tanımlarsınız? Diğer kamusal yapılara göre hastanelerdeki kişisel alan ilişkisi sizce daha farklı mıdır? Sizce bir hastanede kişisel alan ne derece korunabilir? Bunu hasta veya hasta yakını gözünden de değerlendirebilirsiniz.

L.Ç.: Hastanenin genel niteliği de önemlidir. Mesela bu bir psikiyatrik ya da psikolojik tedavi konulu bir tanı teşhis hastanesi ise, örneğin Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin hastalarının her birinin çok önemli bir biçimde kendi kişisel alanlarının olması gibi bir zorunluluk vardır. O hastaların kişisel alanlarının diğer hastalar ya da ziyaretçiler tarafından görüp görülmemesinin değerlendirmesi çok özel bir durum. Ama birlikte aynı psikolojik engele sahip hastaların bir arada birbirlerini görerek, fazla da kendilerine özel alanlarda tek başına kalmamaları gereken bir durumu zaten hastanenin “prosesi” yönlendiriyor. Bu hastalar birlikte olurlarsa veya dış hayata açılırlarsa; hastalarla, hastane personeli ile gelenlerle, gidenlerle, her şeyle, dışarıdan geçenleri görüp onlarla iletişim içinde olurlarsa daha iyi olur denebilir. O zaman kişisel alan yok olmuş oluyor. Bazı gerçekler var. Örneğin hasta kanserli. 22 yaşında, çok güzel bir bayan. Genç yaşta yoğun ışın tedavisi almış, saçları dökülmüş, kemoterapi görüyor, dışarıdan belli günlerde tedavi için birkaç gün hastanede yatıyor. Onun psikolojik durumunu göz önüne alarak kişisel alanının oluşturulmasında çok önemli farklılıklar vardır. Olaya böyle bakmak gerekiyor. Hasta gözünden baktığın zaman hangi hasta gözünden baktığın bu noktada önemlidir. Ama kişisel alan tabiri şöyle yapılmalıdır. Örneğin bir çocuk hasta kanserli. Bacağı kırılmış hasta odasında yatıyor olabilir ya da beyin ameliyatı geçirmiş olabilir ya da küçük bir beze ameliyatı olup hayatında ilk defa tıbbi bir müdahaleyle karşılaşmış olabilir. Gelişim sürecinde olduğu için bu çocuğa çok dikkat etmek lazım. Hastaneden korkmaması lazım. Teşhis ve tedaviye açık olması lazım. Onu alanını acil girişe yakın sırtından bıçaklanmış biriyle aynı ortama ya da ölüm kalım savaşı veren bir hastanın yanına koyarsan bu kişisel alanın çok yanlış

değerlendirildiği anlamına gelir. Dünyada acil girişler bile artık ayrılıyor; “kanlı giriş” “kansız giriş” diye. Hatta kansız girişten sonra normal acil ünitesinden girip “çocuk müşahede alanı” bile ayrı. Çocuk müşahede alanını bile ayrı tutmaya çalışıyoruz. Neden? Çünkü çocuk beklerken kendi oyalanabileceği bir kişisel alana ihtiyaç duyuyor. Bu bile bir tanı. Yani çocuğu muayene edileceği alanda sıkılmadan oyalaman gerekiyor. Dikkatini dağıtmak, başka yöne çekmek gerekiyor, ona iğne yapmak, onun damağına bir tahta çubukla bademciğini incelemek bile olay haline gelmesin diye. Ama yine aynı şekilde jinekolojik rahatsızlığı olan bir kadının da geldiği zaman normal bir hasta gibi muamele görmesi de yanlış bir şey olur. Onun da kişisel bir alana ihtiyacı var. Neden? Çünkü muayenesinde bir mahremiyet isteği olacaktır. Kürtaj için hastaneye gelmiş olan sıradan bir vatandaş ya da popüler biri de olabilir, bu kişinin de kişisel alana ihtiyacı vardır. Estetik burun ameliyatına gelmiş olan bir hastanın da ayrı kişisel alana ihtiyacı vardır. Nedir? Onun hasta yattığı alanda kolay trafikte olması, ayrı tutulması lazım. Mesela, kanserli bir hastayla kan davası nedeniyle yaralanmış bir hastayı hasta trafiği açısından ve özel ilişkiler açısından aynı koridorlarla tutmak durumu gerebilir. Kişisel alanın ifadesi bu. Hastanenin kamusal alan açısından bir kütüphane binasından ya da bir belediye binasından çok farklılıkları var. Oralarda beşeri hayatın devam eden bir günlük trafiği var. Hastanede öyle değil. Hastanede hastalara “hayat devam ediyor”, ifadesini anlatmak, bunu hissettirmek biraz zor bir duygu. Orada canıyla uğraşıyor. İyileşmek gibi bir umudu var ya da yok. Bir belediye binasıyla mukayese kaldırmaz. Yani hastanenin içi tamamen özel bir alan olmalı. Dışarıdaki gürültüyü, trafiğin sesini bile duymamalı. Hasta kim olursa olsun, basit bir beze ameliyatı için gelen bir hastanın bile narkozun etkisiyle sinirleri bozuk olabilir. Normalde hiç umursamadığı dışarıdaki arabanın klakson sesini bile algıladığı zaman bunu hastane personeline ve kendine stres haline getirebilir.

Ö.B.: Bir de ayakta tedavi edilen hastalar var. Çok çeşitli vakalar geliyor hastaneye. Mesela bir hasta hastaneyi seçerken bazı seçimler onun elinde oluyor. Fakat doktor hasta ilişkisi için içine girince hasta kişisel alanını yavaş yavaş kaybediyor. Yani doktorun müdahalesiyle yada bir ameliyattaki hastanın artık bilinci yerinde olmadığı için kişisel alanı sıfıra indiğini söyleyebilir miyiz?

L.Ç.: Tabi ki, çok doğru. Siz istediğiniz kadar doktorunuzu seçin. İsteddiğiniz kadar korunaklı bir durumda olun. Her şey yine hasta bilincini kaybettiğinde, narkozun

etkisiyle ameliyata girdiğinde kontrol dışı gerçekleşiyor. Yani çok nadir de olsa aksilikler olmuyor değil, oluyor. Hatta bariz doktor hataları, bariz hemşire, hastabakıcı hataları da yaşanıyor tabi ki. Bu, Türkiye’de biraz fazla oluyor ama Amerika’da ya da Avrupa’da da olmuyor değil, orada da var. Burada hasta sosyal hakları çok zayıf. Yani burada yapılan ihmaller Amerika’da yapılsa yani... hiçbir özel hastanede böyle ihmaller, hatalar yapılmaz, çünkü çok ciddi tazminatlar söz konusu. Burada öyle bir şey yok. Bir de şöyle bir şey var, bu benim tamamen şahsi görüşümdür, ne kadar bilimsel olduğu tartışılır; Hipokrat yemini altında hiçbir meslekte görülmeyen bir dayanışma var. Yani bir doktor hastayı bilinçli ya da kendi hatasıyla öldürse de, diğer doktorlar tarafından bu tespit edilse de, hiçbir doktor, hiçbir medikal kuruluş o doktor hakkında nerdeyse hiçbir işlem yapmıyor. Yani çok zor bu işler. Dolayısıyla bu konuyu irdelenmeye değer bulmuyorum. Yani Türkiye’de şu anda bir takım yasal düzenlemeler var. Sağlık Bakanlığı artık hastaların doktorlarını seçme hakları olduğuna yönelik yasal düzenlemeler yapıyor. Tazminat davalarına yönelik düzenlemeler de yapılmalı. Yapılan basit bir beze operasyonda hiç alakası olmayan göz sinirlerini tahribat sonucu hastanın görme yetisi hata sonucu yitirildiğinde, 1 milyon dolar, 3 milyon dolar gibi bir tazminat ödendiğinde, bu tip hatalar en aza ineceğini düşünüyorum. Bunun daha çok yaptırım gücü olur. Ama bizde gözlemlenen aynı, ameliyatlarda defalarca makas unutmalar, kompas unutmalar, hala devam ediyor. Türkiye için bunlar hala erken diye düşünüyorum.

Ö.B.: Yani Türkiye’ye daha yasa oturmadı diye düşünüyorsunuz.

L.Ç.: Yani daha öyle bir yasal düzenleme yok. Sözde var ama yeterli değil. Amerika’da bir doktor hatası ile karşılaşıldığında hemen sigorta şirketleri devreye giriyor ve canına okuyorlar. Burada daha yeni işte çok iyi tanınan bir hastanede tanınmış ve maddi durumu iyi olan bir ailenin ferdine, üstelik de çok iyi tanıdıkları bir doktor tarafından by-pass ameliyatı gerçekleştiriliyor. By-pass’tan çıkan her kalp hastasının kardiyovasküler yoğun bakıma alınması lazım ama bir aksilik oluyor ve cerrahi yoğun bakıma alınıyor. Cerrahi yoğun bakımda hastaya belli saatlerde -5 kere 10 kere - bakılır ama kardiyovaskülerde 24 saat bakılır. Burada hastada bir süre nefes yetmezliği ve ardından bilinç kaybı yaşanıyor, hasta bitkisel hayata giriyor. Sonradan fark edildiğinde doktorlar müdahale etse de iş işten geçmiş oluyor, hastayı kurtaramıyorlar. Basit bir şey. Yani bunun kaderle, tecelliyle hiçbir ilgisi yok. Bu

çok ciddi yerlerde de oluyor. Bununla ilgili söylenecek çok fazla şey yok. Yasal düzenlemeler henüz başlamış durumda. Ama bunda doktorların da bir kabahati var, hastabakıcının hatası var demek zor. Türkiye’deki her şey gibi ekonomi gibi yani bizim sistemimiz birçok yönden desteklenmeye ihtiyacı var. Yani kadrolar yok, özel sağlık şirketleri devletten artan yatırımlar alıyor. Devletten personel almak zorundalar. Devlette de eleman kalmıyor. Problemler birbirine bağlı ama önümüzdeki 10 yıl içinde bu problemlerin %70 azalacağını düşünüyorum.

Ö.B.: Farklı coğrafyalarda hastane projeleri yapıyorsunuz. Farklı bölgelerdeki projelerde o bölgenin farklılıklarına göre hastanenin tasarımında bir değişiklik oluyor mu?

L.Ç.: Aslında olmuyor. Sadece farklı bölgelerde değişen şeyler şunlar: bir ameliyathane düzenlemesi, bir nükleer tıp düzenlemesi veya hasta polikliniklerine baktığımızda toplam olarak sadece şu değişiklikler oluyor; o coğrafyaya göre mimari komponent, mimari malzeme seçimi, mimari komponentler değişik oluyor. Oradaki sıcaklık verilerine göre katmanlar, güneşten etkilenmesine göre klimaditasyon değişiyor. Bir de psikolojik olarak mesela Arap yarımadasında bir hastane yaptığımızda biraz daha o coğrafyaya temas eden, dokunan yakın iç kozmetik değerlere dokunmak zorunda kalıyoruz. Ama şu gördüğümüz oteldi, evdi, vs. projelerinden bağımsız olarak hastanede çok da ayrı şeyler söylemek zor. Çünkü neredeyse aynı şeyi yapıyoruz. Bu da şaşırtıcı bir şey. Hatta burada yaptığımız işlerden bile modern yaklaşımlar talep ediyorlar. Bu Irak’ta da böyle, Libya’da da böyle, Dubai’de de böyle, Rusya’da da böyle. Modern şeyler talep ediliyor. Bu bizi de çok şaşırtıyor. Böyle modern yaklaşımlar talep etmeleri. Ama burada yaptığımızdan farklı bir şey yapmak zorunda kalmıyoruz sonuç olarak.

Ö.B.: Peki sosyolojik açıdan bakarsak refakatçi davranışları nasıl değişiyor bölgede ve şehirde? Örneğin kırsal kesimde olan bir hastanede hasta yanında daha çok refakatçinin kalıyor olması, şehirde daha az kalması gibi etmenleri nasıl değerlendiriyorsunuz?

L.Ç.: Tabi şöyle bir şey var. Mesela tüm doğu ve Orta doğuda, Arap yarımadasında İstanbul’da yaptığımız gibi davranmamak lazım. Şöyle ki; hem Doğu Anadolu’daki hastanelerde olsun hem de Irak’ta, Libya’da bizim yaptığımız hastanelerdeki tasarımlarda yatırımcıların uyarılarını çok dikkate alıyoruz. Çünkü oralarda hastayı

ziyarete bir kişi gelmiyor, bazen 7 kişi, 10 kişi geliyorlar. 15-20 kişi geliyor yeri geldiğinde. Dolayısıyla bu hastanın odasındaki ziyaret edilen hem bekleme salonu, hem hastanın odası, hem kafeterya gibi yerlerin kapasitesinin bazen 2, bazen 3 kat fazla yapılması gerekliliğini doğuruyor. Buna göre mekanikçilere bilgi veriyoruz. Bu bir. Ona göre iklimlendirin, ona göre ısıtın, ona göre soğutun, bu çok önemli çünkü gerekli konfor şartlarının altında bir yaşam dilimi gündemde olabiliyordu bu tehlikeli bir şey. Ayrıca en önemli şeylerden biri de hastanenin bulunduğu coğrafyanın, popölasyon nedeniyle sert kullanımı. Yani bugün Irak'ta yaptığımız hastanede sürekli bize “aman bu halk sert kullanır, kırarlar, dökerler, aman o köşeyi koruyalım ekstra, bu köşeye şunu asmayın kırarlar, bunu içine gömün üstüne cam takalım, elle dokunamasınlar” gibi burada yaptığımız türden hastanelerde tarz olarak modernite olarak diğer yerlerden çok geride olmamasına rağmen ekstra malzemeleri de ona göre seçiyoruz.

GÜLNUR MİMİR

1969 yılında İstanbul’da doğdu. Yıldız Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi’nden 1991’de mezun oldu. 1990-98 yılları arasında Alüminyum Cephe Sistemleri – Dizayn ve Detaylandırma üzerine faaliyet gösteren aile şirketine çalıştı. Aynı yıllar içinde Boğaziçi Üniversitesi MBA programını bitirdi. 1998-2002 yılları arasında Hazinedaroğlu İnşaat Grubu ürünlerin uygulamasına yönelik çalıştı. 2003-04 tarihlerinde havuz ve mekaniği üzerine projelendirme ve uygulama grubunda yönetici olarak çalıştı. 2004 yılından itibaren hastane projeleri üzerine çalışmalarına başladı. 2004-06 yılları arasında Hazer Dış Ticaret bünyesinde “ürün müdürü” olarak hastane iç mekân ürünleri projelendirme ve uygulama çalışmalarını yürüttü. 2006’da Medikal Park Hastanesi, Bakırköy, Göztepe ve Antalya hastaneleri projelerinde koordinatör olarak çalıştı. 2008 yılında Zoom TPU bünyesinde Acıbadem Maslak Hastanesi projesinde proje müdürü olarak görev aldı. Halen sağlık yapıları koordinatörü olarak Zoom TPU ‘da Florence Nightingale Şişli Hastanesi’nin medikal planlama çalışmalarını sürdürmektedir.

Özge Berberoğlu: Yeni bir anlayış olarak benimsenen ve genelde sağlık yapıları tasarımında etkili olan kanıta dayalı tasarım hakkında ne düşünüyorsunuz? Faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?

Gülnur Mimir: Türkiye’deki sağlık yapılarında, tasarımcılar arasında genelde kanıta dayalı tasarım diye bir şey söz konusu değil. Buradaki kanıta dayalı tasarımlar, genel olarak yurtdışından alıntıların bizim projelerimize uyarlanması şeklinde gerçekleşiyor. Bu kanıtın neye dayandığını ya da bu kanıttan yola çıkarak nasıl bir tasarım yapıldığını bilmeden alıntılar yapılıyor ve bu alıntılar bizler tarafından olsa olsa şudur, akreditasyon gereği şunu gerektiriyordur gibi varsayımlarla projelere uyarlanmaya çalışılıyor. Tabi ki projelere koyduğumuz her şeyi bir mantık çerçevesine oturtuktan sonra uygulamaya geçiyoruz. Ama bunlar gerçekten doğru ve kanıtlanmış mı? Bu kanıtın yüzdesi nedir? Gerçekten kale alınabilir yüzdeler içinde olup olmadığının farkında değiliz.

Böyle bir kanıta dayalı tasarımın Türkiye’de yapılabilmesi için gerekli olan koşulları biz kendi yaptığımız projelerde bile talep edemiyoruz. Hastaneler buna ürkek bakıyorlar. “Biz acaba yanlış mı yaptık? Doğrusu bu mu? Bu sorular neden

soruluyor?” gibi bir takım şüphelerle karşılaşıldığı için özellikle hasta ve hasta yakınlarına bir takım sorular sorup onların verdiği cevaplardan yola çıkarak, doğruyu bulma şansımız maalesef yok. Bu durum, ülke olarak, insan tipi olarak çekinik yaşadığımız düzenimizden kaynaklanıyor. Dolayısıyla biz yurt dışında yapılmış projeleri ya da akreditasyonun bir takım standartlarını yorumlamaya çalışıyoruz.

Ö.B.: Akreditasyonu tanımlar mısınız? Yararları nelerdir?

G.M.: Akreditasyon standartlarının da hiçbirisi kesin standartlar değildir. Standartların hepsi “tavsiye edilir” diye biten cümlelerden oluşur. Biz bir standart koymuyoruz ama tavsiye ediyoruz mantığı hâkimdir fakat ülkemize hastanelere puanlama yapmak için geldiklerinde de bu tavsiyelerin yerine getirilip getirilmediğine göre puanlama yaparlar.

Ö.B.: Ancak bir kurumları var değil mi? Ülkemizde böyle bir kurum mevcut mu?

G.M.: Yurtdışında akreditasyon konusuyla ilgilenen kurumlar var fakat ülkemizde maalesef böyle bir kurum yok. Sağlık bakanlığı son dönemlerde akreditasyon kuralları çerçevesinde yeni kurallar koyarak standartları yükseltti ve kamu hastanelerinde de özel hastanelerde de çıta bu sayede yükseltildi. O nedenle akreditasyona doğru kesin uygulamalara devlet hastanelerinde bile yavaş yavaş gidiyoruz. Ama bunların kanıtlarının tam verilerine sahip değiliz. Ülke coğrafyası, kültürü, yaşam biçimleri gibi farklılıklar nedeniyle bu tür demografik bilgilerin toplanması, yorumlanması ve bunlarla ilgili hasta yapısına, gelir düzeyine uygun hastanelerin yapılıp ortaya konması mümkün olmadığından bu kanıtları biz burada sağlamaya çalıştığımızda başarılı olamıyoruz.

Ö.B.: Hasta merkezli tasarım size neyi ifade ediyor?

G.M.: Hasta merkezli tasarım deyince ben her şeyin hastanın kullanımı, mahremiyeti gibi konulara saygı duyulacak çerçevede yapılmış tasarımlar ve seçilmiş ürünlerden özellikle bahsedilmesi gerektiğini düşünüyorum. Bundan beş yıl önce bir hastanede ameliyat oldum. Ameliyat sonrasında, ameliyathaneden odaya çıkartana kadar beni geçirdikleri koridorlarda dilatasyon profillerinin üzerinden her geçirdiklerinde ben çıgıklar attım ve bu işin içinde olan bir mimar olarak orada yanlış olanın dilatasyon profilleri olduğunu anladım. Bu durum tasarım ve uygulama aşamasında hasta merkezli bir ürünün seçilmediğini gösteriyor. Beş yıl önce geçirdiğim bu tecrübeden sonra yaptığım tüm hastanelerde dilatasyon profillerinin özel olarak seçilmesine özen

gösterdim ve bu konuda hastane yönetimlerine çok baskı yaptım. Ama tabi maliyetlerden dolayı bunu şimdiye kadar hiçbir hastane ne yazık ki seçmedi.

Ö.B.: Tasarım sizce bir hastanenin kalitesini ya da verdiği hizmeti ne derece etkileyebilir?

G.M.: Tasarım bana göre hastanenin kalitesini yüzde yüz etkiler. Hastanede hizmet veren personel için çalışma ergonomisine uygun tasarlanmış en basit bir banko bile o personelin gün boyunca daha verimli, daha mutlu çalışmasını, karşı tarafa da hasta ve hasta yakınlarına da güler yüzle hizmet vermesini sağlayacaktır. Özellikle acilden bir örnek vermek gerekirse; acildeki personel, doktorlar, hemşireler, hasta bakıcılar vb. sürekli ayakta çalışırlar. Yaptığınız tasarımı bu personelin iş akışı ve hasta akışlarına uygun mekân yerleşimleri ve mekân ilişkilerini sağlarsanız, o kişiler daha az yorulur, daha iyi hizmet verir, işine daha iyi odaklanır. En basitinden, personelin işini yaptığı esnada ihtiyaç duyacağı en ufak bir malzemenin bile yeri önceden planlanmış ve tasarlanmışsa bu kişi daha iyi hizmet verecektir. Örneğin; eğer siz canlandırmadan çıkarıp kritik gözlem odasına aldığınız bir hastanın ilaçlarını hazırlamak için başka bir yere gidiyorsanız bu, hastayı kontrolden kaçırmaya neden olurken, hemşirenin de daha çok adım atmasına neden olur. -kanıta dayalı tasarıma dönersek- bu sorunu yurtdışında hemşirelerin ve doktorların beynine yerleştirilen bir adım ölçer cihazla ölçüyorlar. Hemşire ya da doktor bu ölçüm sonucunda ne kadar az adım atıyorsa yapılan tasarım ve planlama da o kadar doğrudur düşüncesinden yola çıkarak o hastaneye ona göre bir akreditasyon puanı verildiğini bile biliyorum. Yani en basitinden acilde her şey acildir her şeyin hızlı olması lazım. Bu bir hayat kurtarmaya kadar gider. Dolayısıyla sizin mekanlar arasındaki ilişkilendirmeyi çok doğru bir şekilde bilip mekanları birbirinden kopuk yapmadan, sirkülasyon diyagramını spagetti diyagramı dediğimiz çok karışık hale getirmeden, düzgün iş ve hasta akışlarını sağlamanız gerekiyor. Biz buna dikkat ediyoruz. Bu da hastanenin kalitesini ve verdiği hizmeti kat be kat artırıyor.

Ö.B.: Medikal ekipmanların değişimi ve gelişimi sizce tasarımı etkiler mi? Evet ise ne yönde?

G.M.: Yeni kurulan bir hastanede maddi kaygılardan olabilir ya da ileriye dönük ihtiyaçların artacağı öngörülemez. Hastane kurulmuştur, bundan birkaç yıl sonra yeni bir cihaz kullanımı ve ileri bir teknoloji söz konusu olabilir. Biz tasarımları mümkün

olduğunca ileriye dönük, mekânlaşma ve cihaz büyümelerini öngörerek yapmaya çalışıyoruz. Örneğin; bir hasta odasını ele aldığımızda, hasta yatak başında kullanılan bilgisayarlı hasta takip ekranının büyüyebileceği ihtimalinden yola çıkarak ve arkasındaki sistemin değişeceğini öngörerek duvar payını, yüzey alanını daha fazla bırakıyoruz. Tabi bunlar bizim öngörülerimiz. Piyasada dünya kadar crash-cart var. Bunların ölçüleri çok değişik. Biz bu malzemelerin mümkün olduğunca en büyüğünü alıp değişen teknolojinin bu crash-cartları daha küçülteceğinden yola çıkıyoruz. Yani her teknolojinin birazcık daha küçük bir mekanizmanın içerisine konulacağını öngörerek alacağımız malzemenin en büyüğünü seçiyoruz. Geriye dönük alt yapısını da beş tane kablo bırakmamız gerekirken sekiz tane bırakıyoruz gibi hep yedeklemelerini öngörüyoruz. Bu ekipmanların tedbirlerini alarak daha ileriye taşımaya çalışıyoruz ki binada o yeni teknoloji uygulanacağı zaman daha az kırım sökümleri vs. işlerine gidip mümkün olduğunca hasta içerideyken hastanenin yapısına çok fazla müdahale etmeden ya da kısa sürelerle belirli bölümleri revizyona alarak bu işi halletmeye çalışıyoruz.

Ö.B.: Bir hastane tasarımında medikal grubun katkısını tasarımcıya göre nasıl oranlarsınız? Daha az, daha çok ya da dengede mi?

G.M.: Bence bu oran çok büyük. Medikal grubun, tasarımcıya, daha önce belirttiğim gibi iş akışlarına, hasta akışlarına uygunluk, mekânda kullanılacak malzemelerin boyutlandırılması konusunu ve ileriye dönük ihtiyaçların çok net bir şekilde bildirilmesi gerekmektedir. Bu bilgiler tasarımcıya bildirilmediği takdirde tasarımcı ya daha önceki örneklerden faydalanır, ya olsa olsalardan yola çıkar ya da yurtdışından, başka yapılmış binalardan, hastanelerden kopyalama yöntemini kullanır ki bu hiç uygun bir yöntem değildir. Her hastanenin, her medikal grubun yoğurt yiyişi farklıdır. Bunların farklı alışkanlıkları vardır. Bu alışkanlıklarını sürdürmek isteyebilirler. Bu alışkanlıklarının doğru olduğunu da düşünebilirler. Tasarımcı takip ettiği teknolojik akımlarla ya da değişik teknolojilerle elektrik ve mekanik olarak takip ettiği teknolojilerle bunlara yönlendirme de yapabilir ama bu yaptığı yönlendirmeler sadece cihaz bazındadır. Ama medikal olarak birimler arasındaki ilişkiyi medikal grup tasarımcıya ancak çok net aktardığı takdirde tasarımcı bunu olabilecek en güzel fiziki yapıya sokabilir.

Ö.B.: Yani az evvel belirttiğiniz, hemşirenin daha az adım atması gerektiği bilgisini medikal grup verir, tasarımcı da onu en güzel şekilde yorumlarsa dengeli bir çalışma olur. İfade etmek istediğiniz bu değil mi?

G.M.: Evet aynen öyle. Bunun haricinde medikal gruptan öte hemşirelerin -özellikle doktorlar değil de hemşirelerin- bu konudaki gereksinimleri o mekânla ilgili büyüklüklerin ne olması gerektiği ile ilgili bilgilendirmeleri çok daha farklı ve fazla oluyor. Bazen bunlar çok abartılabiliyor. Tasarımcı burada ortayı bulmak zorundadır. Tasarımcının en büyük görevi budur. Yani bir hemşirenin ya da bir medikal grubun aşırı isteğini, teknoloji ile ya da yapacağı mekânlar arasındaki gruplandırma ile frenleyebilir ya da onlara uyararak tasarımlar yapabilir. Bazen devlet hastanesinden gelen alışkanlıklarını özel hastaneye de sürükleyen doktor ve hemşirelerle de karşılaşıyoruz. Mümkün olduğunca bunları dizginleyen ve orta noktayı bulan kişi tasarımcıdır bana göre.

Ö.B.: Yani her şeyin merkezindedir.

G.M.: Tasarımcı merkezindedir evet. Çünkü bana göre tasarımcı medikal grup, doktor, hemşire, yönetici, hastalar arasındaki kontak kişidir. Hasta psikolojisi için de en doğru bilgi yaşamışlıktır, gözlemdir. Bunu tasarımcı çok iyi yapar. Tasarımcı bir hastanın ruh sağlığı ile ilgili, özellikle çocuk hastaların psikolojisi ile ilgili paranoyak düşüncelere sahip olup en üst düzeyde tasarım yapmalı. Bazen doktorlar ve hemşireler içinde bulundukları ortam ve çalıştıkları kanlı operasyonlardan dolayı işin psikolojik tarafını çok düşünemeyebiliyorlar. O yüzden psikolojik olarak hasta ve özellikle çocuk hastalarda paranoyak düşüncenin bence çok ön plana çıkması lazım. En üst düzeyde konfor, en üst düzeyde senaryolarla güvenlik, mahremiyet sağlanmalı. Bunlar hem akreditasyon için hem de hastanın kendini emin ellerde hissetmesi için önemli. Evet, “benim adıma her türlü konfor sağlanmış; benim adıma her türlü önlem alınmış.” diye düşünebilmeli hasta. Bunlara bağlı olarak iyileşme süresinin de arttığı öngörülüyor. Yani bir hastaya sağlayacağınız konfor ve güvenliğin onun iyileşmesini hızlandırdığı yönünde bilgiler var. Dolayısıyla bu konuda en olmazsa olmazları düşünmek lazım. Ve ona göre bir tasarım yapmak lazım. Buna şöyle bir örnek verebilirim. Hasta odasına girdiğimizde neden biz kapı açıldığı yönde, kapının tam karşısına hasta yatağını koymuyoruz? Kapı açılır açılmaz hasta refakatçisinin kontrolünde, gelen kişinin süzgeçten geçirilip hastanın orasını

burasını düzelterip mahrem olarak kendini güvende hissedebilmesi için bunu yapıyoruz.

Ö.B.: Yani orada hastanın bir egemenliği oluyor ve hasta bunu hissediyor. “Benim bölğeme girildi.” Diyor. Ama direk kapıyı açtığınızda öyle bir hazırlanma süreci olmayacak değil mi?

G.M.: Evet. Burada hastane yönetimi, doktor ve hemşirelerin eğitimi de çok önemli. Bizim hasta odasında sınırladığımız “staff” alanı, hasta alanı ve refakatçi alanı olarak üçe ayırdığımız diyagramda hemşire ve doktorlara verilen eğitim şudur, kendi alanınızdan hastanın alanına geçişte hasta yakınından durup izin istemek. Bu verilecek bir hastane içi eğitimidir. Bu, bence olması gerektir. Uygulanıp uygulanmadığını ya da yüzde kaç oranında uygulandığını bilemiyorum ama bir hemşirenin de bir temizlik görevlisinin de hasta odasında gireceği andan itibaren kontrollü ve izinli olarak kendi bölgesinden diğer bölgeye geçmesi hastayı da hatta yakınına da güvende hissettirecektir.

Prof. Dr. ZEYNEP KAHVECİ

1962 yılında Bursa’da doğdu. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden 1986 yılında mezun oldu. 2 yıl Bursa 2 No’ lu Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezi’nde pratisyen hekim olarak çalıştı. 1989-1990 yılları arasında Bursa Sağlık Müdürlüğü Ana ve Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü ve Bursa İli Sağlık Müdür Yardımcılığı görevlerini yürüttü. Sağlık Müdür Yardımcılığı görevini yürütürken Bursa Valiliği tarafından “Üstün Hizmet Belgesi” ile ödüllendirildi. Doktora eğitimini 3 yılda tamamlayarak; 1993’te Histoloji ve Embriyoloji Bilim Doktoru, 1996 yılında Yardımcı Doçent, 1997 yılında Doçent, 2003 yılında Profesör unvanını aldı. Uzmanlık dalı ile ilgili çok sayıda bilimsel yayını mevcuttur. Sağlık sektöründe kalite ve akreditasyon konulu birçok kurul ve komitede görevli olarak yer almıştır. Halen Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı Başkanıdır. Ayrıca ulusal ve uluslararası sağlık hizmet standartlarının yerine getirilmesinde müşterilerine yazılım, eğitim, danışmanlık ve tasarım hizmeti vermek üzere 21.01.2010 tarihinde kurulan “Evkal Yazılım Eğitim Danışmanlık Tasarım Ticaret ve Sanayi Limited Şirketi” nin kurucu ortaklarından biridir ve EVKAL Ltd. Şti. Genel Müdürü olarak çalışmaktadır.

Özge Berberoğlu: Yeni bir anlayış olarak benimsenen ve genelde sağlık yapıları tasarımında etkili olan kanıta dayalı tasarım hakkında ne düşünüyorsunuz? Faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?

Prof. Dr. Zeynep Kahveci: “Kanıt yokluğu, yokluğun kanıtı değildir.” Kanıta dayalı uygulamalar son 10 yılda literatürde giderek artmakta ve özellikle tıp alanında (kanıta dayalı tıp) artan bir ilgi ile tartışılmaktadır. Elde edilebilen en bilimsel bilgiye dayalı olması gereken sağlık hizmetinde, kanıta dayalı uygulamalar sunulan hizmetin bilimselleşmesini sağlar. Geleneksel yapıların kullanılması, yeni bilimsel yaklaşımların uygulamaya aktarıldığı tıbbi bakım ortamlarında uyumsuzluğa neden olmaktadır. Daha kaliteli bakım verme sorumluluğu sağlık hizmet ortamlarının sistematik araştırmalarla elde edilen en iyi kanıtların uygulama ile entegre edilmesini sağlayacak tasarımlara dayandırılmasını gerektirmektedir. Ancak unutulmaması gereken “Kanıta Dayalı Tasarımın” problemleri çözmede kendi kısıtlılıkları ve gücü ile sağlık hizmet kalitesini iyileştirmeye yönelik araçlardan yalnızca biri olduğudur.

Hastane hizmet kalitesini iyileştirmek ve arttırmak, klinik uygulama ve hizmet sonuçlarında fark yaratmak, hizmet standardizasyonunu sağlamak ve hizmet alan memnuniyetini arttırmak gibi sonuçları açısından kanıta dayalı tasarımın faydalı olduğunu düşünüyorum.

Ö.B: Hasta merkezli tasarım size neyi ifade ediyor?

Z.K: Hasta istek ve beklentilerini karşılamaya yönelik ve hastaların hastanede kaldığı sürece aldıkları hizmete kolay, doğru ve zamanında ulaşılmasını sağlayan, böylece aldıkları hizmetten duydukları memnuniyeti arttırmaya yönelik hizmet alanlarının tasarımını çağırıştırıyor.

Ö.B: Tasarım sizce bir hastanenin kalitesini ya da verdiği hizmeti ne derece etkileyebilir?

Z.K: Tasarım uluslararası sağlık hizmet standartlarına (dolayısı ile ilgili yasalara, yönetmeliklere) uygun ise “Hastane Kalitesine” ya da verilen hizmete etkisi maksimumdur. Çünkü uluslararası sağlık hizmet standartları genelde hasta odaklıdır. Kanıta dayalı ve başarılı tasarımlar ile hasta ve yakınlarının memnuniyetini arttıran bir hastane her zaman tercih edilir, tavsiye edilir.

Ö.B: Hastanelerdeki kişisel alanı nasıl tanımlarsınız? Sizce bir hastanede hastanın kişisel alanı ne derece korunabilir? Örneğin, doktorla olan ilişki, diğer hastalarla olan ilişki, muayene, ameliyat gibi durumlar...

Z.K: Kişisel alan kişinin kendi vücudunun uzantısıymış gibi benimsediği alandır ve bu boşluk genellikle kültürel olarak belirlenir. Her kişinin diğer insanlarla arasında ne kadar bir fiziksel mesafe bırakacağına dair tercihi vardır. Bu tercih kişiden kişiye kültürel ve durumsal faktörlerden etkilenen bir biçimde değişir. Kişisel alana girilmesi birine karşı ilk tepkileri oluşturur. Kişisel alan ihlalinin negatif ya da pozitif oluşu duygularımızın şiddetini belirler. Statü, kişisel alanın büyüklüğünü etkileyebilir. Statü sahibi kişiler diğer kişilerle arasındaki mesafeyi korumayı severler. Hastanede kişisel alan daha farklıdır. Hastanede kişisel alan olarak kabul edilebilecek fiziksel mesafe diğer kişilerin hasta ile ilgili tanı, yorum ya da gelecek tedavileri ile ilgili ayrıntıların duyulmasını istemeyeceği kadar artabilir. Hatta bu mesafe fiziksel olmanın ötesinde manevi bir mesafeye de dönüşebilir. Hastanın daha öncesinde kişisel alanında olmasına izin verdiği bir kişinin (sevdiği kişi ya da yakın akrabasının) hastanede olduğunda kesinlikle bu alanda olmamasını isteyebileceği bir

duruma dönüşebilir. O nedenle de her hastanın hastanede kaldığı süre içinde kişisel alanını belirleyerek bakımından sorumlu kişilere (hekim, hemşire vb) tanımlaması önemlidir. Bu tanımlamaya dikkat edilmesi aynı zamanda hasta haklarının bir gereğidir.

Hastanede kişisel alan korunması bazı özel hastanelerde (tek yataklı odalar ve özel bakım alanları olduğunda) mümkün olsa da kamu hastanelerinde ve birden fazla yataklı hasta odalarında fiziksel alanın korunması anlamında mümkün olamamaktadır. Bunun yanı sıra tek yataklı bile olsa çalışanların bu konuda bilgisizliği ve eğitimsizliği, hastanın bu konudaki istek ve beklentilerini dile getirmedeki eksikliği ya da kişisel alan tanımlamasını bakım sağlayıcılara iletmemesi nedeni ile çok az hastanede kişisel alanın korunması mümkün olmaktadır.

Ö.B: Akreditasyonu tanımlar mısınız? Yararları nelerdir?

Z.K: Kamu veya özel bir kurumun sağlık kurumlarına; yapı, süreç ve çıktılarda sürekli olarak gelişimi gerektiren belli standartları karşıladığına ait tanınma özelliği vermesinin gönüllü sürecidir. Ülke dışı objektif değerlendirme olması, tepkili değil inisiyatifli olması, kurum çapında olması, bireylere değil sisteme odaklanmış olması, sürekli gelişimi teşvik etmesi, standartlara ilişkin düzenli yeniden değerlendirmeler yapılması nedeni ile anlamlı ve güçlüdür. Dünya genelinde kabul gören akreditasyon, kuruluş için de kesin ve güvenilir bir kalite belgesidir.

Ö.B: Akreditasyon devamlı kendini yenileyen ve geliştiren bir yapıya sahip. Bu noktada geçen yıllara nazaran akreditasyon standartlarında neler değişti? Birkaç örnek verebilir misiniz?

Z.K: 2002 yılında yayınlanmış olan Uluslararası Hastane Akreditasyon Standartlarının 2. versiyonuna, 2007 yılındaki 3. versiyonda yeni süreç ve konular eklenmiştir.

Örnekler: Hastaların psikolojik ve dini gereksinimleri sırasında yardım edecek bir süreç; yeni ağrı kontrolü standartları; yaşam standartlarının sonunda yeni bakım; acil bakım gerektiren hastalarda doktorun günlük yeniden değerlendirmesi; hafif ve derin sedasyona yönlendirilen hastaların bakımı; hasta güvenlik konularını daha açıkça vurgulamak için yeniden gözden geçirilmiş kalite iyileştirme bölümü; klinik servislerin departman seviye planının içeriğine eklenen yol göstericiler; çalışanların

yeniden canlandırma eğitimi ile ilgili daha açık hale getirilmiş koşulları; politikalar ve prosedürler gibi belgelerin yönetiminde yeni bir standart şeklinde sıralanabilir.

Bunun yanı sıra ikinci versiyonda her bir standart için “Çekirdek” (core) olarak tanımlanan her bir bölümde koyu harflerle basılmış olan standartların akredite olacak her organizasyonda karşılanmaya çalışılması istenirken, üçüncü versiyonda her standart için bu “core” olarak tanımlanan sadece koyu basılmış standartların değil tümünün karşılanması istenmiştir.

Ö.B: Akreditasyon standartları kimler tarafından nasıl belirlenir?

Z.K: Deneyimli hekimler, hemşireler, müdürler ve halk politika eksperlerini içeren onaltı üyeli bir uluslararası işgücü akreditasyon standartlarının gelişimine kılavuzluk eder. İş gücünün üyeleri dünyanın 6 büyük bölgesinden oluşur; Latin Amerika ve Karayipler, Asya ve Pasifik Rim, Orta Doğu, Merkez ve Doğu Avrupa, Batı Avrupa ve Afrika.

Standartlar, sağlık koruma organizasyonlarının önemli ortak fonksiyonları çerçevesinde organize olurlar. JCI uluslararası işgücü, uluslararası kullanıcılar için ideal olan standartların fonksiyonel organizasyonunu seçer. Seçim, bu yaklaşımı kullanan beş yıllık deneyimi olan 30’dan fazla ülke içerisinde olmaktadır. Bu yaklaşımın uygulanabilirliği dünya çapında akreditasyon izlenimleri ile değerlendirilmektedir.

Özetle; uluslararası sağlık profesyonellerinin fikir birliği ile dünya çapında bireylerin ve kuruluşların standartları gözden geçirmeleri, ihtiyaca göre farklı dünya bölgelerinde gruplar oluşturularak araştırılması, araştırma sürecinin ülkelerde test edilmesi, uluslararası standartlar komitesi ve bir uluslararası akreditasyon komitesi tarafından son olarak gözden geçirilme ve onaylanması ile geliştirilmektedir.

Ö.B: Türkiye’de böyle bir kurum olmadığı için, Türkiye’deki özellikle özel hastaneler hangi standartları ya da hangi kurumun standartlarını daha çok esas alıyorlar ve neden?

Z.K: Joint Commission International (JCI) Hastane Akreditasyon Standartlarını esas alıyorlar. Çünkü, dünyanın en eski ve en büyük akreditasyon kurumudur; JCI kar amacı gütmeyen kuruluş statüsündedir; klinik, birim bazında değil hastanenin bütünüyle akredite edilmesi üzerine çalışmaktadır;

JCI Hastane Akreditasyon Standartları; önemli fonksiyonlar çevresinde organize olmuşlardır; hastaya odaklanırlar; yerel kültür ve yasal çerçeve içinde değerlendirilmek üzere tasarlanmışlardır; tüm kuruluşların yerine getirmek zorunda olduğu beklentileri tanımlar; tüm kuruluşların ulaşması için “erişim” veya iyi uygulama hedefleri koyarlar.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı ülkemiz için Sağlık Hizmet Standartlarını geliştirirken baz olarak JCI standartlarını almıştır ve Türkiye’de bir çok hastane JCI tarafından akredite edildiği için diğerlerine de örnek olmaktadır.

Ö.B: Türkiye’deki hastaneleri, yurtdışındaki hastanelerle kıyasladığımızda, gelişimini olumlu buluyor musunuz?

Z.K: Son yıllarda JCI akredite hastane sayısının artması ve diğer tüm hastaneler için de Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ve zorunlu hale getirilen sağlık hizmet standartlarına uygunluğun belirlenmesi açısından denetimlerin yapılması, hastanelerde gelişimi olumlu etkilemiştir. Ancak hala daha hizmet sunum kalitesini arttırmaya yönelik uygulamaları “-mış gibi yapmaktan” kurtulamayan hastanelerimizin olduğu da bir gerçektir. Gelişimde ve standartlara uygun hizmet sunumunda en önemli faktör liderdir. Ülkemizde lider vasıflarına sahip kişilerce yönetilen bir kaç hastanede yurtdışındaki hastanelerin seviyesinde hizmet sunumunu görebiliyor olmamız sevindiricidir.

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Özge BERBEROĞLU

Doğum Yeri ve Tarihi: Söğüt/ BİLECİK, 1982

Lisans Üniversitesi: Yıldız Teknik Üniversitesi