İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ★ FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE POLİKLİNİK BEKLEME ALANLARININ MEKÂNSAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Muhammed Fatih ÇETİNTAŞ

Mimarlık Anabilim Dalı

Mimari Tasarım Programı

ARALIK-2016

İSTANBUL TEKNİK ÜNİVERSİTESİ ★ FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE POLİKLİNİK BEKLEME ALANLARININ MEKÂNSAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Muhammed Fatih ÇETİNTAŞ
502141038

Mimarlık Anabilim Dalı

Mimari Tasarım Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nesip Ömer EREM

ARALIK-2016

İTÜ, Fen Bilimleri Enstitüsü'nün 502141038 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Muhammed Fatih ÇETİNTAŞ, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Hastane Poliklinik Bekleme Alanlarının Mekânsal Açıdan Değerlendirilmesi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı :	**Yrd. Doç. Dr. Nesip Ömer EREM** İstanbul Teknik Üniversitesi	.....
Jüri Üyeleri :	**Yrd. Doç. Dr. Dilek YILDIZ** İstanbul Teknik Üniversitesi	.....
	Yrd. Doç. Dr. Orçun KEPEZ Kadir Has Üniversitesi	.....

Teslim Tarihi : 30 Kasım 2016
Savunma Tarihi : 20 Aralık 2016

ÖNSÖZ

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen hocalarıma, destek ve katkılarından dolayı; danışmanlarım Prof. Dr. A. Işıl Hacıhasanoğlu ve Yrd. Doç. Dr. N. Ömer Erem'e, değerli görüş ve önerileri için jüri üyeleri Yrd. Doç. Dr. Dilek Yıldız ve Yrd. Doç. Dr. Orçun Kepez'e, desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Enis Faik Arcan ve Dr. Tuğşad Tülbentçi'ye, Mimar Pınar Bulut'a ve her zaman yanımda olan aileme, arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Aralık 2016 Muhammed Fatih Çetintaş

(Mimar)

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ ..... **v**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
KISALTMALAR ..... **xi**
SEMBOLLER ..... **xiii**
ÇİZELGE LİSTESİ ..... **xv**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **xvii**
ÖZET ..... **xix**
SUMMARY ..... **xxiii**
1. GİRİŞ **1**
1.1 Tezin Amacı 2
1.2 Tezin Kapsamı 2
1.3 Tezin Yöntemi 3
2. SAĞLIK SİSTEMİ **5**
2.1 Sağlık Sistemi Tanımı 5
2.2 Sağlık Mevzuatları 5
2.3 Dünya Sağlık Sistemleri 6
2.3.1 Amerika birleşik devletleri (A.B.D.) sağlık sistemi 6
2.3.2 İngiltere sağlık sistemi 6
2.3.3 Fransa sağlık sistemi 7
2.3.4 İrlanda sağlık sistemi 7
2.4 Türkiye sağlık sistemi 8
2.4.1 Türkiye sağlık sisteminin tarihçesi 8
2.4.2 Türkiye sağlık sistemi 10
2.5 Türkiye Sağlık Sistemi İle Dünya Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması 12
3. SAĞLIK YAPILARI **15**
3.1 Hastaneler 15
3.2 Hastane Tarihçesi 16
3.2.1 Tarih öncesi dönem 16
3.2.2 Selçuklu dönemi 18
3.2.3 Osmanlı dönemi 20
3.2.4 Cumhuriyet dönemi 21

3.3 Hastane Sınıfları 22
3.4 Hastane Kullanıcıları 24
3.5 Genel Hastaneler Tasarımında Mekânlar ve Asgari Tasarım Standartları 24
3.6 Genel Hastanelerde Mekân Organizasyonu 28
3.7 Genel Hastanelerde Teşhis ve Tedavi İçin Bekleme Gerektiren Alanlar 30
4. POLİKLİNİK HASTA BEKLEME ALANLARI TASARIMI 33
4.1 Poliklinikler 33
4.2 Hastane Poliklinikleri Gelişimi 35
4.3 Hastane Poliklinik Bekleme Alanarı Gelişimi 35
4.4 Poliklinik Tasarımı ve Bekleme Alanları 37
4.5 Poliklinik Hasta Bekleme Alanlarında Mekân Tasarımı 37
4.5.1 Poliklinik hasta bekleme alanlarında mekânsal ölçütler 38
4.5.1.1 Poliklinik hasta bekleme alanlarında mekân boyutları 38
4.5.1.2 Poliklinik hasta bekleme alanlarında esneklik 40
4.5.1.3 Poliklinik hasta bekleme alanlarında yoğunluk 40
4.5.1.4 Poliklinik hasta bekleme alanlarında yön bulma 41
4.5.1.5 Poliklinik hasta bekleme alanlarında engelli erişimi 43
4.5.2 Poliklinik hasta bekleme alanlarında fiziksel koşullar 43
4.5.2.1 Poliklinik hasta bekleme alanlarında fiziksel çevre koşulları 43
4.5.2.2 Poliklinik hasta bekleme alanlarında güvenlik 44
4.5.3 Poliklinik hasta bekleme alanlarında psikolojik etki 44
5. ALAN ÇALIŞMASI 47
5.1 Bulgular 50
5.1.1 Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi 50
5.1.2 İstanbul üniversitesi İstanbul tıp fakültesi hastanesi 54
5.1.3 İstinye devlet hastanesi 57
5.1.4 Şişli hamidiye etfâl eğitim ve araştırma hastanesi 60
5.1.5 İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi 63
5.1.6 Bezmialem vakıf üniversitesi tıp fakültesi hastanesi 66
5.2 Değerlendirme 69
5.2.1 Fiziksel koşullar 72
5.2.2 Mekânsal 75
5.2.3 Psikolojik 78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 81

KAYNAKLAR 83
EKLER 89
ÖZGEÇMİŞ ……....95

KISALTMALAR

WHO **:** World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

TSE **:** Türk Standartlar Enstitüsü

ISO **:** International Standardization Organisation (Uluslararası Standartlar Organizasyonu)

KHK **:** Kanun Hükmünde Kararname

A.B.D. **:** Amerika Birleşik Devletleri

S.S.K. **:** Sosyal Sigortalar Kurumu

KBB **:** Kulak-Burun-Boğaz

SEMBOLLER

m. **:** Metre

cm. **:** Santimetre

°C **:** Santigrat Derece

lx. **:** lüx

db. **:** Desibel

sn. **:** Saniye

dk. **:** Dakika

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 2.1 : Dünya Sağlık Sistemleri Karşılaştırması (Url 19). **..... 13**

Çizelge 5.1 : Puanlandırma Sistemi**..... 48**

Çizelge 5.2 : Alan Çalışması Ölçütleri **..... 48**

Çizelge 5.3 : Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi alan çalışması bulguları**..... 53**

Çizelge 5.4 : İstanbul üniversitesi istanbul tıp fakültesi alan çalışması bulguları **... 56**

Çizelge 5.5 : İstinye devlet hastanesi alan çalışması bulguları **..... 59**

Çizelge 5.6 : Şişli hamidiye Etfâl eğitim ve araştırma hastanesi alan çalışması bulguları.**..... 62**

Çizelge 5.7 : İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi alan çalışması bulguları**..... 65**

Çizelge 5.8 : Bezmialem vakıf üniversitesi tıp fakültesi hastanesi alan çalışması bulguları ...**…….……...…….....68**

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3.1 : Haıs d. Chirıırgen Cerrah Evi (Terzioğlu, 1962).. ..... **16**

Şekil 3.2 : Asklepieions (Terzioğlu, 1962).. ..... **17**

Şekil 3.3 : Valatudinarien (Terzioğlu, 1962).. ..... **17**

Şekil 3.4 : Kayseri Gevher Nesibe Darüşşifası (Url 18)..... **19**

Şekil 3.5 : Kayseri Gevher Nesibe Darüşşifası Perspektifi (Url 18).. ..... **19**

Şekil 3.6 : Kayseri Gevher Nesibe Darüşşifası Planı (Url 18).. ..... **20**

Şekil 3.7 : Hastanede işlevsel bağlantılar, Neufert (2015).. ..... **29**

Şekil 3.8 : Hastanede bölümler arası yakınlık matrisi, Aydın (2009).. ..... **30**

Şekil 4.1 : Bağdat Belediye Hastanesi Kat Planı (Yılmaz, Ö.F., 2007).. ..... **36**

Şekil 4.2 : Sirkülasyon alanlı geçişleri (Littlefield, 2008)..... **39**

Şekil 4.3 : Renklerin Psikolojik Etkileri (Özdemir, 2005) **45**

Şekil 4.4 : Mekânlarda Sıcak ve Soğuk Renk Kullanımının Oluşturduğu Psikolojik etkiler (Özdemir, 2005). **45**

Şekil 5.1 : Poliklinik Hasta bekleme alanı tipleri **49**

Şekil 5.2 : Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi bekleme alanı **50**

Şekil 5.3 : Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi bekleme krokisi . **51**

Şekil 5.4 : Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi genel cerrahi polikliniği ölçümleri……..….....**52**

Şekil 5.5 :İstanbul üniversitesi İstanbul tıp fakültesi hastanesi bekleme alanı.....**54**

Şekil 5.6 : İstanbul üniversitesi İstanbul tıp fakültesi ölçümleri … **55**

Şekil 5.7 : İstinye devlet hastanesi bekleme alanı… **57**

Şekil 5.8 : İstinye devlet hastanesi bekleme alanı krokisi … **57**

Şekil 5.9 : İstinye devlet hastanesi kbb ve göz poliklinikleri ölçümleri..... **58**

Şekil 5.10 : Şişli hamidiye Etfâl eğitim ve araştırma hastanesi bekleme alanı … **60**

Şekil 5.11 **:** Şişli hamidiye Etfâl eğitim ve araştırma hastanesi bekleme alanı krokisi… **60**
Şekil 5.12 **:** Şişli hamidiye Etfâl eğitim ve araştırma hastanesi bekleme alanı kbb polikliniği ölçümleri **61**
Şekil 5.13 **:** İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi bekleme alanı**63**
Şekil 5.14 **:** İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi bekleme alanı krokisi … **64**
Şekil 5.15 **:** İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi ölçümleri**.** … **64**
Şekil 5.16 **:** Bezmialem vakıf üniversitesi tıp fakültesi hastanesi bekleme alanı **. 66**
Şekil 5.17 **:** Bezmialem vakıf üniversitesi tıp fakültesi hastanesi bekleme alanı krokisi**.** … **67**
Şekil 5.18 **:** Bezmialem vakıf üniversitesi tıp fakültesi hastanesi genel bekleme alanı ölçümleri**. …** **67**
Şekil 5.19 **:** Bekleme Alanlarında Kişi Başına Düşen Alanlar … **70**
Şekil 5.20 **:** Bekleme Bölümü Alanları … **70**
Şekil 5.21 **:** Hastane Yatak Sayıları … **71**
Şekil 5.22 **:** Puanlama Sonuçları … **72**
Şekil 5.23 **:** Hastanelerdeki Nem Değerleri … **73**
Şekil 5.24 **:** Hastanelerdeki Sıcaklık Değerleri … **73**
Şekil 5.25 **:** Hastanelerdeki Gürültü Değerleri …..... **74**
Şekil 5.26 **:** Hastanelerdeki Aydınlatma Değerleri … **74**
Şekil 5.27 **:** Hastanelerdeki Doktor-Hasta Sayısı …..... **76**
Şekil 5.28 **:** Hastanelerdeki Yoğunluk Oranları …..... **76**
Şekil 5.29 **:** Hastane Polikliniklerine Erişim İçin Geçen Süre … **77**
Şekil 5.30 **:** Hastanelerdeki Kat Yükseklikleri …..... **77**
Şekil 5.31 **:** Hastanelerdeki Kapı Boyutları … **78**
Şekil 5.32 **:** Hastanelerdeki Sirkülasyon Genişlikleri … **78**

HASTANE POLİKLİNİK BEKLEME ALANLARININ MEKÂNSAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Uluslararası hukuk ve ülkelerin anayasalarında yer alan 'sağlık hakkı' insanların en önemli haklarındandır. Ülkeler vatandaşlarının bu hakkını gözetmek için kendi sağlık sistemlerini geliştirmekte ve inşa ettikleri sağlık yapıları ile vatandaşlarına sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Sağlık yapılarının en gelişmiş örneği hastanelerdir. Hastaneler; hastaların sağlıklarına kavuşmaları için tedavi edildikleri, sağlıklı insanlara daha kaliteli yaşam sunmak amacı ile hastalıkların önlendiği tedavi edici ve önleyici kuruluşlardır.

Hastanelerde hasta bekleme alanları hastaların dinlenebilmelerini sağlayan önemli bir bölümdür. Bu tez kapsamında günlük hasta yoğunluğunun en fazla olduğu hastane bölümlerinden olan polikliniklere odaklanılmıştır. Hastane poliklinikleri ayakta tedavi olan hastaların doktorlara muayene olmak için geldikleri, günlük hasta akışının en yoğun olduğu bölümlerdendir. Poliklinik bölümlerinde hastalar ve hasta yakınları muayene sıralarını beklerken dinlenebilecekleri, hasta yoğunluğunun karşılanabileceği mekânlara ihtiyaç duymaktadır.

Poliklinik bekleme alanları; muayene olmak için gelen hastalara eşlik edenler ile birlikte muayene olmayı bekledikleri alanlardır. Poliklinik hasta bekleme alanlarında kullanıcı gruplarını muayene olmak için gelen hastalar ve hasta yakınları ile tetkik sonuçlarını göstermek için gelen ayakta tedavi gören hastalar ile hasta yakınları oluşturmaktadır. Günümüz sağlık sisteminde, hastaların randevulu hasta takip sistemi ile bekleme sürelerinin minimuma indirgenmesi amaçlansa da bölgenin ihtiyaçlarına karşı yetersiz kalan hastane kapasitelerinden dolayı hastaların sıralarını beklerken dinlenebilecekleri bekleme alanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu açıdan hasta bekleme alanı tasarımları önem arz etmektedir.

Hastane tasarımlarında bekleme alanları tasarımının göz ardı edilmesi hastanelerimizde bekleme alanları ihtiyacına karşılık farklı tip düzenlemelere sebebiyet vermektedir. Bu tipleşmeler genellikle sirkülasyon alanı üzeri yerleşim olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu tez kapsamında farklı büyüklükteki hastanelerin incelenerek, hasta bekleme alanı tasarımlarının değerlendirilmesi ve şu sorulara cevap aranması amaçlanmıştır:

- Poliklinik hasta bekleme alanları için ön görülen alanlar ihtiyacı karşılamakta mıdır?

- Poliklinik hasta bekleme alanları tasarımı nasıl olmalıdır?
- Poliklinik hasta bekleme alanları gelişme ve büyümeye elverişli midir?
- Sirkülasyon sisteminin mekân tasarım kalitesine etkisi ne düzeydedir?

Tez yöntemi olarak literatür araştırması, ve alan çalışması izlenmiştir. Tezin literatür çalışması bölümünü günümüze kadar yazılan hastane tasarımı tezleri, güncel yayınlar, hastane kitapları, Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık mevzuatları (kanun, yönetmelik, genelge, yönergeler, tüzükler, tebliğler) oluşturmuştur.

Alan çalışması iki aşamalı olarak gerçekleştirimiştir. 'Ön alan çalışması' ve 'Alan çalışması'. Ön alan çalışmasında hastalarla mülakatlar gerçekleştirilmiş ve bununla birlikte kişisel gözlemler sonucunda bir takım tasarım değerlendirme ölçütleri belirlenmiştir. Ön alan çalışmasında incelenen hastaneler şunlardır:

- Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- Şişli Hamidiye Etfâl Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- Bahçelievler Devlet Hastanesi,
- İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- İstinye Devlet Hastanesi,
- Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi,
- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi,
- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi,
- Beşiktaş Sait Çiftçi Devlet Hastanesi,
- Özel Florence Nighangle Gayrettepe Hastanesi,
- Özel Florence Nighangle Çağlayan Hastanesi,
- Özel Medical Park Bahçelievler Hastanesi.

İncelenen hastanelerde poliklinik bekleme alanlarının planları da incelenerek yerleşim biçimlerine göre plan tipleri ortaya çıkarılmıştır. Alan çalışmasında ise; ortaya çıkarılan plan tiplerine birer tane örnek oluşturacak şekilde, hastaneler belirlenmiş ve hasta bekleme alanlarının tasarım ve kullanım verimliliğini ve tasarım sonrası değerlendirmeleri için yararlanılacak gözleme dayalı alan çalışmasında nitel araştırma yöntemi kullanılarak, puanlama tekniği ile değerlendirilmiştir. Alan çalışmasında;

- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi
- İstinye Devlet Hastanesi
- Şişli Hamidiye Etfâl Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
- Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

olmak üzere altı farklı genel hastanede yapılan mekânsal analizler ve gözlemler oluşturmaktadır. Kişisel gözlemlere dayalı alan çalışmasında; ortam sıcaklığını ölçmek için termometre, nemi ölçmek için 'thermometer yazılımı', ortam ışığını ölçmek için 'light detector yazılımı', ortam gürültüsünü ölçmek için 'decibelmeter

yazıılımı'ndan faydalanılmıştır. Değerlendirme bölümünde dörtlü puanlama tekniği kullanılmıştır. Değerlendirmede; belirlenen tasarım ölçütlerine göre mekânda yapılan gözlem ve ölçüm sonuçları şu şekilde değerlendirilmiştir:

- Standartı sağlıyor ise +1,
- Sağlıyor ve ortama olumlu katkı sunuyor ise +2,
- Standart dışı ise -1,
- Standart dışı ve ortamı olumsuz yönde etkiliyor ise -2 puanları ile puanlandırılmıştır.

Alan çalışması yapılan hastanelerin hasta bekleme alanları;

- Tasarım ve uygulamaları,
- Günümüz sağlık sistemi çerçevesinde bekleme alanları program ihtiyaçları,
- Tasarım ölçütleri ve kullanım verimliliği bağlamında incelenerek, hasta bekleme alanlarının mekân tasarımı kalitesi ele alınmıştır.

Alan çalışmasında elde edilen bulgular Uluslararası standart enstitüsü olan ISO ve Ulusal standart enstitüsü TSE tarafından geliştirilen standartların yanı sıra çeşitli mimari tasarım kitaplarında belirtilen mekân standartları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda incelenen hastane tasarımlarının gerekli standartlara göre; çoğunluğundaki poliklinik hasta bekleme alanı tasarımının yetersiz olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Poliklinik, Hasta Bekleme Alanları, Standart, Tasarım, Ölçüt

EVALUATION OF HOSPITAL POLICLINIC WAITING AREAS FROM SPATIAL

SUMMARY

'Health Rights' are the most important rights of people and it take part in the constitutions of countries and International law. Countries are developing their own health systems to monitor this right of their citizens and provide health services to their citizens through the health structures they build. The most advanced example of health care buildings is hospitals. Hospitals; are treated for the health of the patients, therapeutic and preventive organizations for the purpose of providing better quality life to healthy people and preventing diseases.

Patient waiting areas in hospitals are an important part enabling patients to be rested. In this thesis, the focus is on the outpatient clinics of the hospital departments where the daily patient density is the highest. Hospital outpatient clinics are the areas where patients with outpatient treatment come to the doctor to be examined and where the daily flow of patients is most intense. In the outpatient clinics, patients and their relatives need spaces where they can rest while patients are waiting for their examinations and where patient concentration can be met.

Policlinic waiting areas; are the areas where they are expected to be examined together with the accompanying patients to be examined. The outpatient clinic consists of patients and relatives who come to the patient groups to be examined and outpatients and patient relatives to show the results of the tests. In today's health care system, alhough, there is an appointment patient tracking system in order to minimize waiting times, there is still a need for waiting areas where patients can be rested while they wait for their patients due to hospital capacities that are inadequate to meet the needs of the region. In this respect, patient waiting area designs are important.

The neglect of waiting area design in hospital designs gives rise to different types of arrangements in case of waiting areas in our hospitals. These types are often encountered as a settlement over the circulation area.

Within the scope of this thesis, it is aimed to examine different sized hospitals and evaluate patient waiting area designs and to answer the following questions:

• Are the prescribed areas for polyclinic patient waiting areas satisfying the need?
• How should the policlinic patient waiting areas be designed?
• Are polyclinic patient waiting areas suitable for development and growth?
• What is the effect of the circulation system on the quality of the space design?

Literature research and case study were followed as thesis method. The thesis's literature study section has produced the hospital design theses, last publications,

hospital books, the Ministry of Health, the World Health Organization (WHO) health legislation (laws, regulations, circulars, directives, regulations, communiqués).

The thesis case study section consists of two phases; preliminary case study and case study. The preliminary case of study included personal observations and interviews with patients in the following provinces in Istanbul:

• Göztepe Education and Research Hospital,

• Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital,

• Şişli Hamidiye Etfâl Education and Research Hospital,

• Bakırköy Dr. Sadi Konuk Education and Research Hospital,

• Bahçelievler State Hospital,

• Istanbul Education and Research Hospital,

• İstinye State Hospital,

• Bezmi Alem Vakıf University Medical Faculty Hospital,

• İstanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Hospital,

• Istanbul University Istanbul Medical Faculty Hospital,

• Beşiktaş Sait Çiftçi State Hospital,

• Private Florence Nightangle Gayrettepe Hospital,

• Private Florence Nightangle Çağlayan Hospital,

• Private Medical Park Bahçelievler Hospital.

In the examined hospitals, the plans of the waiting rooms in the outpatient clinic were also examined and plan types were developed according to the settlement types. In case study; hospitals were identified and assessed using scoring technique using design and use efficiency of patient waiting areas and qualitative research method in observation-based case study to be used for post-design evaluations so as to form one sample for the developed plan types. Case study;

• Haydarpaşa Numune Education and Research Hospital,

• Şişli Hamidiye Etfâl Education and Research Hospital,

• Istinye State Hospital,

• Bezmi Alem Vakıf University Medical Faculty Hospital,

• İstanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Hospital,

• Istanbul University Istanbul Medical Faculty Hospital were made in six different general hospitals. In field study based on personal observations; 'Thermometer software' to measure the temperature, 'light detector software' to measure the ambient light, 'decibelmeter' to measure the ambient noise, and thermometer to measure ambient temperature. In the evaluation section, quadruple scoring technique is used. On evaluation; The observation and measurement results of the patrol built according to the determined design criteria are evaluated as follows:
• If the standard is +1,
• Provides a positive contribution to the atmosphere and +2,
• If it is non-standard -1,

• If it is non-standard and affects the environment negatively, it is scored with -2 points.

Patient waiting areas of hospitals where case studies were conducted;

- Design and applications,
- The waiting areas, program needs in the framework of today's health system,
- The quality of the space design of patient waiting areas has been discussed with the design criteria.

Findings obtained from the case study were evaluated within the framework of the standards developed by the International Standard Institute (ISO) and the National Institute of Standards (TSE) as well as in the various architectural design books.

As a result of the study, it was observed that the majority of the hospital designs examined according to the required standards were inadequate in the polyclinic patient waiting area design.

Keywords: Policlinic, Patient Waiting Areas, Standart, Design, Criterion.

1. GİRİŞ

Akıncıtürk (1985) hastane teriminin yüzyıllar boyunca çok çeşitli kuruluşlarla uygulandığını ve birçok kimse tarafından farklı anlam ve adlandırmalara sahip olduğunu şu tanımlarla açıklamaktadır:

- Yoksul ya da bakıma muhtaç yaşlılar için bir barınak ve hayır kuruluşu,
- Gençlerin bakımı ve eğitimi için bir hayır kuruluşu,
- Bir dinlenme, yatma ve eğitim yeri,
- 'Hostel' anlamında bir üniversite holü,
- Hastalar ve sağlık bakımı gerektirenler için bir kuruluş.

Günümüzdeki biçimiyle hastaneler, toplumun gereksinimleri ile biçimlenmiş ve yalnızca onun davranış, inanış ve değerlerini değil, aynı zamanda ekonomisini de yansıtır hale gelmiş olduğunu belirterek, bilimsel gelişmelerin uzmanlaşmayı ve çağdaş hastane mekânları içerisindeki ileri teknolojinin yerleşmesini olanaklı kıldığının bir gerçek olduğunu, tıp bilimindeki ilerlemelerin tıbbi bireyden bir sosyal servise dönüştürmüş olduğunu ve bu servisin kurumsal biçiminin ise hastane olduğunu belirtmektedir (Akıncıtürk, 1985).

Poliklinikler hastanelerin önemli bölümlerindendir. Poliklinikler; 19. YY.'ın son dönemlerinde oluşmuş ve dış hastaların hastalıklarının teşhis ve tedavilerinin yapıldığı bölümlerdir. Poliklinik bölümü kullanıcıları hastalıklarının teşhisi ve tedavisi için gelen hastalar ile refakatçilerinden oluşmaktadır. Polikliniklerde hastaların ve yakınlarının dinlenebilecekleri alanlar gereklidir. Ülkemizdeki hastaneleri incelediğimizde; hasta bekleme alanlarının göz ardı edilerek tasarlandığı ve bekleme alanı ihtiyacını karşılamak üzere sirkülasyon alanı üzerinde farklı tip yerleşimlerin oluştuğu gözlenmektedir. Bu çözümlerde bir takım sorunlar oluşmaktadır ve bu mekânlar; bekleme alanlarında olması gereken özellikleri taşımamaktadır. Bekleme alanları hastalar ve yakınlarının sıralarını beklerken dinlenebilecekleri ve vakit geçirebilecekleri alanlardır. Bundan dolayı hasta bekleme alanları önem arz etmektedir. Tez kapsamında ülkemizdeki örnekler üzerinden hasta bekleme alanlarının mekân kalitesi incelenmiştir.

1.1 Tezin Amacı

Poliklinikler dış hastaların doktorlara muayene olmak için geldikleri, günlük hasta akışının yoğun olduğu bölümlerdir. Poliklinik bölümlerinde hastalar ve hasta yakınları muayene sıralarını beklerken dinlenebilecekleri, hasta yoğunluğunun karşılanabileceği mekânlara ihtiyaç duyulmaktadır. Poliklinik Bekleme Alanları; muayene olmak için gelen hastaların eşlik edenler ile birlikte muayene olmayı bekledikleri öngörülen yeterli büyüklükteki alanlarda hasta ve yakınları, bu alanlarda otururlar ve temel ihtiyaçlarını giderecek hizmetlerden yararlanırlar (Sağlık Bakanlığı, 2010). Poliklinik hasta bekleme alanlarında kullanıcı gruplarını; muayene olmak için gelen dış hasta ve hasta yakınları ile tetkik sonuçlarını göstermek için gelen dış hastalar ile hasta yakınları oluşturmaktadır. Günümüz sağlık sistemi, hastaların randevulu hasta takip sistemi ile bekleme sürelerinin minimuma indirgenmesi amaçlanarak, yoğunluk en aza indirgenmeye çalışılmaktadır. Mekânsal olarak bekleme alanları tasarımı göz ardı edilen hastanelerimizde bekleme alanları ihtiyacı farklı tip düzenlemelere sebebiyet vermektedir. Bu tez kapsamında hasta bekleme alanlarının farklı dönemlerdeki hastanelerin incelenerek hasta bekleme alanları tipleşmelerinin belirlenmesi ve belirli ölçütler çerçevesinde değerlendirilen hastaneler yolu ile hastane tasarımlarının incelenip, değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu tez kapsamında hasta bekleme alanları;

- Tasarım ve uygulamaları,
- Günümüz sağlık sistemi çerçevesinde bekleme alanları program ihtiyaçları;

tasarım ölçütleri ve kullanım verimliliği bağlamında incelenerek, hasta bekleme alanlarının mekân tasarımı kalitesinin sorgulanması amaçlanmıştır.

1.2 Tezin Kapsamı

Bu çalışma kapsamında belirlenen kamu hastaneleri örneğinde hasta bekleme alanları tasarım ve uygulamaları yerinde incelenmiş, hasta bekleme alanları tasarım verimliliği çerçevesinde ele alınarak, bir model önerisi sunulmuştur. İstanbul Avrupa yakasında belirlenen on iki hastanede yapılan gözlemler, mülakatlar çerçevesinde belirlenmiş olan hasta bekleme alanlarının mekân tasarımı kalitesi üzerine belirlenmiş olan ölçütler kapsamında örnek altı hastanede yapılan alan çalışması ve literatür araştırmaları tezin kapsamını oluşturmuştur. Problemler ve beklentiler

hastane programı çerçevesinde incelenerek, değerlendirilmiş ve çözüm önerilerine yer verilmiştir. Çalışma kapsamında şu sorulara cevap aranmıştır:

- Poliklinik hasta bekleme alanları için ön görülen alanlar ihtiyacı karşılamakta mıdır?
- Poliklinik hasta bekleme alanları tasarımı nasıl olmalıdır?
- Poliklinik hasta bekleme alanları gelişme ve büyümeye elverişli midir?
- Sirkülasyon sisteminin mekân tasarım kalitesine etkisi ne düzeydedir?

1.3 Tezin Yöntemi

Çalışmada literatür araştırması tekniğinden faydalanılarak, yöntem olarak çoklu alan çalışması izlenmiştir. Alan çalışması; araştırmaya kendi doğal çevresi içerisinde yapılabilmesini sağlayan, durum ve çevrenin kesin hatlarıyla sınırlı olmadığı, birden fazla kanıt ve veri kaynağının olduğu durumlarda kullanılan araştırma yöntemidir (Yin, R., 1984). Yin, R., (1984)'e göre; çoklu alan çalışması birden fazla kanıt sunduğundan dolayı daha iyi bir çalışma elde edilebilir. Pilot alan çalışmasında elde edilen veriler alan çalışmasına yön vermesi açısından faydalı olmuştur.

Çalışmanın literatür çalışması bölümünü günümüze kadar yapılan hastane tasarımı tezleri, güncel yayınlar, Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlı Örgütü (WHO) sağlık mevzuatları (kanun, yönetmelik, genelge, yönergeler, tüzükler, tebliğler) oluşturmuştur. Çoklu alan çalışması iki aşamalı olarak gerçekleştirimiştir. 'Pilot alan çalışması' ve 'Alan çalışması'. Pilot alan çalışmasında hastalarla mülakatlar gerçekleştirilmiş ve bununla birlikte kişisel gözlemler sonucunda bir takım tasarım değerlendirme ölçütleri belirlenmiştir. İncelenen hastanelerde poliklinik bekleme alanlarının planları da incelenerek yerleşim biçimlerine göre plan tipleri geliştirilmiştir. Alan çalışmasında ise; geliştirilen plan tiplerine birer tane örnek oluşturacak şekilde, hastaneler belirlenmiş ve hasta bekleme alanlarının tasarım ve kullanım verimliliği değerlendirmeleri için yararlanılacak gözleme dayalı alan çalışmasında nitel araştırma yöntemi kullanılarak, puanlama tekniği ile değerlendirilmiştir. Alan çalışmasında;

- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi
- İstinye Devlet Hastanesi
- Şişli Hamidiye Etfâl Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
- Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

olmak üzere altı farklı genel hastanede yapılan mekânsal analizler ve gözlemler oluşturmaktadır. Kişisel gözlemlere dayalı alan çalışmasında; ortam sıcaklığını ölçmek için termometre, nemi ölçmek için 'thermometer yazılımı' –thermometer, presselite, 2.6, i-phone-, ortam ışığını ölçmek için 'lüx meter yazılımı' -lüx meter, Chuan Xu, 1.0.1, i-phone-, ortam gürültüsünü ölçmek için 'decibelmeter yazıılımı'ndan -decibel meter, mısook woo, 1.0, i-phone- faydalanılmıştır. Değerlendirme bölümünde dörtlü puanlama tekniği kullanılmıştır. Değerlendirme ISO, TSE ve çeşitli tasarım kitaplarında (Littlefield, (2008); Mutlu, (1973); Neufert, (2000); Neufert, (2015)) yer alan standartlar çerçevesinde yapılmıştır. Değerlendirmede; belirlenen tasarım ölçütlerine göre mekânda yapılan gözlem ve ölçüm sonuçları şu şekilde değerlendirilmiştir:

- Standartı sağlıyor ise +1,
- Sağlıyor ve ortama olumlu katkı sunuyor ise +2,
- Standart dışı ise -1,
- Standart dışı ve ortamı olumsuz yönde etkiliyor ise -2 puanları ile puanlandırılmıştır.

2. SAĞLIK SİSTEMİ

'Sağlık hakkı' Uluslararası hukuk ve ülkelerin anayasalarında yer alan, insanların en önemli haklarındandır. Sağlık haklarımızı anayasalarımızda oluşturulan sağlık sistemi çerçevesinde elde etmekteyiz. Bu başlık altında sağlık sistemi tanımı, sağlık mevzuatları, dünya sağlık sistemleri, Türkiye sağlık sistemi, Türkiye sağlık sistemi ile dünya sağlık sistemlerinin karşılaştırılması başlıklarında sağlık sistemlerine yer verilmektedir.

2.1 Sağlık Sistemi Tanımı

(Url-1)'e göre; iyi bir sağlık sistemi, ihtiyacı olan tüm insanlara kaliteli hizmet sunmaktadır ve hizmetler ülkeden ülkeye değişebileceği ancak her durumda güçlü bir finansman mekanizması sahip olması gerekliliği ile iyi eğitimli ve yeterli işgücü ödenen; kararlar ve politikalar tabanına güvenilir bilgi; iyi kalite ilaçlar ve teknolojileri sunmak için yeterli tesis ve lojistik sağlamaktadır.

(Url-1) tanımıyla sağlık sistemi; temel amacı hizmet verdikleri nüfusun sağlığını iyileştirmek ve sağlığını geliştirmek olan ve insanlar için geliştirilen politikalar doğrultusunda insanların yasal beklentilerine ve hastalık maliyetlerine karşı korumasının yanı sıra esas niyeti sağlığı geliştirmek olan tüm faaliyetlerdir.

WHO (2010)'a göre sağlık sistemi; birincil amacı sağlığı geliştirmek, iyileştirmek veya sağlamak olan tüm faaliyetler olarak tanımlanmıştır.

AB (t.y.) tanımında da sağlık sistemlerinin insanların sağlıklarını sürdürmek ve iyileştirmek için yardımcı modern toplumlarda merkezi bir rol oynadığı vurgulanmaktadır.

2.2 Sağlık Mevzuatları

Ülkemizde sağlık alanında; Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization - WHO) sağlık programları, Avrupa Birliği (AB) uyum süreci kapsamında AB programları ve ülkemiz sağlık mevzuatları uygulanmakta olup sağlık sistemimiz bu

çerçevede şekillenmektedir. Ülkemiz sağlık mevzuatı; kanunlar, yönetmelikler, genelgeler, yönergeler, tüzükler ve tebliğlerden oluşmaktadır.

2.3 Dünya Sağlık Sistemleri

Bu bölüm başlığı altında Amerika kıtası ve Avrupa sağlık sistemlerine yer verilerek Amerika kıtasından; Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.), Avrupa kıtasından; İngiltere, Fransa, İrlanda sağlık sistemleri anlatılmaktadır.

2.3.1 Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.) Sağlık sistemi

Sargutan (2010)'a göre Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.)'de Sağlık sistemi üç kademelidir:

1- Federal
2- Eyalet
3- Yerel.

Sargutan (2010)'a göre; Amerika'da hiyerarşik bir yapı olmamasına rağmen Sağlık ve 'İnsan Hizmetleri Bölümü' vardır ancak merkezi bir sistem görülmemektedir.
Amerikan Hastaneler Birliği'nin 2014 verilerine göre; Amerika'da kayıtlı hastane sayısı 5627'dir. Bunların 4926 tanesini devlete ait olmayan hastaneler oluşturmaktadır. Bunların 2870'ini ise hükümet dışı kurumlar, 1053'ünü özel hastaneler, 1003'ünü ise yerel yönetime ait hastaneler oluşturmaktadır. Federal hükümet hastane sayısı 213, Federal olmayan psikiyatri hastane sayısı 403, federal olmayan uzun süreli bakım hizmetlerinin sayısı 75, kurum hastaneleri sayısı ise 10'dur (Url-4).
Amerika kişi başına sağlık harcaması miktarına göre, sağlığa en fazla harcama yapıldığı ülkedir (U.S. House of R., 1992). Buna karşın sosyal güvence olarak özel sigortalar kullanılmakta olup, özel sigorta kullanıcılarının sayısı Amerikan vatandaşlarının 1/3'ünü oluşturmaktadır (Wolfe, 2016).

2.3.2 İngiltere Sağlık Sistemi

Öztürk ve Karakaş (2015) İngilterenin; kapsayıcı, bütüncül, tek tip sağlık sisteminin uygulandığı en tipik ve örnek ülke olup, toplumun tamamını kapsayan sağlık sistemi

her yönden köklü, gelişmiş, tamamen kamu hizmeti ve finansmanı esasına dayalı bir yapılanmaya sahip olduğunu belirtmektedir.

Sağlık Bakanlığı (t.y.)'a göre; İngiltere'de sağlık hizmetleri, 1948'te kurulan NHS (National Health Service-Ulusal Sağlık Hizmetleri) tarafından koordine edilmekte olup, Sağlık Bakanlığı'nın altında faaliyet gösteren ve esas amacı sağlık hizmetlerindeki yenilikleri araştırmak ve sağlık sektörü yöneticilerine eğitimler uygulayarak verimliliklerini artırmaktır.

NHS hastane hizmetleri, hastanelerde yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunulduğundan ve kendilerine ayrılan parayı verimli bir şekilde harcadıklarından emin olmak üzere "trust" adı verilen birimler tarafından yönetilmektedirler. Her bir "Strategic Health Authority" (Stratejik Sağlık Otoritesi) altında, yerel düzeyde farklı sorumlulukların yerine getirilmesinden sorumlu çeşitli "trust"lar faaliyet göstermektedir. Bunlar ayrıca hastanenin hizmetlerini geliştirmek üzere nasıl bir strateji belirleyeceğine de karar verirler ve NHS'yi yerel düzeyde işleten farklı organizasyonlardır (Sağlık Bakanlığı, t.y.).

Hastaların doktorlarını serbestçe seçme hakkına sahip olduğu İngiltere'de vatandaşlar devlet hastanelerine ya da özel hastanelere gidebilmekte, sağlık hizmetlerine kolay erişim ve tedavi için sıra beklemenin olmamasından dolayı sistem iyi işlemekte ve bundan dolayı 2000 yılında WHO tarafından dünyada birinci ve diğer sağlık hizmetlerine örnek olacak sistem olarak seçilmiştir (Sargutan, 2010).

2.3.3 Fransa Sağlık Sistemi

Fransa Sağlık Sistemi, büyük bölümü 'Refah Yönelimli Sigorta' tipinde olup, nüfus çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır (Öztürk ve Karakaş, 2015). Fransa sağlık sistemi, 1996 yılında sağlık sigortası yapısından kamusal ve yerelleşmiş bir yapıya dönüşerek, artan maliyetlerin kontrolü, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve sistemin idaresinin geliştirilmesi için önemli yenilikler yapılmıştır (Öztürk ve Karakaş, 2015).

2.3.4 İrlanda Sağlık Sistemi

Bir ada ülkesi olan İrlanda'da, sağlık sistemi açısından hem kamu hem de özel sektör kuruluşları vardır. İrlanda'da sağlık sistemi yoğun olarak vergi temelli finansmana dayanmakta ve ikamet etme ilkesi temelinde herkese sağlık hizmetleri sağlamaya

çalışılmaktadır. Yerel düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlanması sorumluluğu yedi bölgesel Sağlık Kurulu ve bir bölgesel Sağlık Otoritesine aittir. Bu kuruluşlar bölgesel düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlandığı temel otoritelerdir. Merkezi bir sisteme sahip olan İrlanda sağlık sisteminde ülkedeki sağlık departmanı, sosyal güvenlik, sağlık politikasının geliştirilmesi ve ulusal düzeydeki sağlık hizmetlerinin genel planlamasından sorumludur (Öztürk ve Karakaş, 2015). İrlanda sağlık sisteminde hizmetlerden yararlanmak üzere ihtiyaç sahiplerinin belirlenmesi için yapılan yoklamaya göre ve iki kategoride ele alınmaktadır. Birinci grupta yer alan nüfus düşük gelirli kişilerden oluşmakta olup bunlar için hizmetlerden yararlanma tümüyle ücretsizdir. İkinci grupta yer alan nüfus ise belirli ölçülerde finansmana katkıda bulunmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

2.4 Türkiye Sağlık Sistemi

Ülkemizde 2003 yılından itibaren 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' (SDP) ile sağlığın finansmanı tek elde toplanarak, özel sektör de dâhil olmak üzere sağlık hizmet sunucularının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dan hizmet almaları modeli oluşturularak birinci basamakta topluma yönelik sağlık hizmeti sunumu yerine başvurana hizmet verme anlayışının egemen olmuş ve aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Daha sonra kamu hastaneleri yarı özerk hale getirilerek piyasa benzeri bir yapıya dönüşmesi amacı ile, kamu hastane birlikleri oluşturulmuştur (Erol ve Özdemir, 2014).

2.4.1 Türkiye Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Tarih boyunca Türkler Anadolu'da çeşitli sağlık ve tıp eğitim tesisleri kurmuş, Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde bu gelişmelere büyük katkılar sağlanmış ve tıp teşvik edilerek bilim adamlarına da saygı duyulmuştur (Çınar, Ü., 1982). Yerebakan (2000) Osmanlı döneminde, merkezde hekimbaşılar, taşrada ise Darüşşifa denilen hastanelerin olduğunu, Seretıbba-i Sultani denilen ve halkın kısaca hekimbaşı olarak adlandırdığı hekimin hem sarayın hem de tüm ülkenin sağlık işlerinden sorumlu olduğunu ve hekimbaşıların bugünkü sağlık bakanı ile eşdeğer olduğunu belirtmektedir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışından sonra 3 Mayıs 1920 tarihli ve 3 sayılı kanun ile kurulmuş, ilk sağlık bakanımız Dr. Adnan

Adıvar'dır (Akdağ ve dig., 2008). Akdağ ve dig. (2008)'e göre ülkemizde bu dönemde daha çok savaş yaralarının sarılması ve mevzuat geliştirilmesine odaklanılmıştır.

Sağlık Bakanlığının kurulmasından sonra 1961 ve 1982 Anayasalarında devletin sağlık görevi tanımlaması yapılmıştır. T.C. Anayasası (1961) 49. Maddesine göre; "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.". T.C. Anayasası (1982) 56. Maddesine göre ise; "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

Sağlık bakanı Dr. Refik Saydam döneminde;

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) gibi halen yürürlükte olan çeşitli kanunlar çıkarılmıştır (Akdağ ve dig., 2008).

Cumhuriyet döneminin ilk yazılı sağlık planı 'Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'dır. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğindeki "Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler" ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temellerindendir (Akdağ ve dig., 2008).

'Milli Sağlık Planı'nda ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılarak her bölgeye bir tıp fakültesi kurulması, hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması amaçlanmaktayken (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun, Seyhan), Milli Sağlık Programında ise 16 sağlık bölgesi yapılanması öngörülmüştür (Ankara, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Konya, Sakarya, Samsun, Seyhan, Sivas, Trabzon, Van) (Akdağ ve dig., 2008).

Ülkemizde 1946 yılında 113'ü kamu, 40'ı özel olmak üzere toplamda 153 hastane var iken 1956 yılında 393'ü kamu, 59'u özel olmak üzere 452 hastaneye çıkmıştır. Doktor sayısı ise toplamda 2181'den 7603' e yükselmiştir (Url-5).

1950'li yıllarda sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını günümüze taşıyan,

- Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023)
- Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)
- Hemşirelik Kanunu (1954/6283)
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643) mevzuatları oluşturulmuştur (Akdağ ve dig., 2008).

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile, il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak, kamuya ait hastanelerin (SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç) yönetimi tek elde toplanarak, hastanecilik hizmetleri tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğuna verilmiştir (Akdur, 2008).

Dirican (1970)'e göre, bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi, esas unsur hale getirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiş, bu durum sağlık politikası alanında karmaşık bir yapı oluşmasına neden olmuş ve bundan dolayı bu alana kamu yatırımları azaltılmış ve yataklı tedavi kuruluşlarının kamu eliyle Anadolu'ya yayılmasının hızı kesilmiştir. Sonuç olarak, tedavi edici hizmetler alanında halkın artan talepleri karşılanamaz hale gelmiştir.

Akdur (2008)'e göre; bunun sonucunda kurum ve kuruluşlar kendine bağlı nüfusun tedavi taleplerini karşılamak üzere, sağlık hizmeti üreten çeşitli örgütler ve birimler kurmaya başlamış, bunun ilk ve en büyük örneği yasası 1945 yılında çıkarılan ve uygulamalarına 1952 yılında geçilen Sosyal Sigortalar Kurumu ve buna bağlı hastaneler olmuş, sonrasında bakanlıklar ve büyük 'Kamu İktisadi Teşebbüsleri' (KİT) kendi hastanelerini kurmaya başlayarak, sağlık sektörü; çok merkezli bir yapıya bürünmüştür (Akdur, 2008).

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılarak; sağlıkta sosyalleşme fiilen 1963 yılında başlamış, 1983'te ülkenin tümüne yayılarak yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışı ile sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir (Akdağ ve dig., 2008).

2.4.2 Türkiye Sağlık Sistemi

Ülkemizde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlar tarafından verilmektedir. 11/10/2011 tarihinde çıkarılan Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat ve görevleri adı altındaki 663 sayılı kanun hükmünde kararname (khk) ile

Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat ve görev yapısı değişmiş, 29. Maddedeki görev tanımı ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur:

'MADDE 29- (1) Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur' (T.C. Khk, 2011)

Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarının işletilmesi ise 30. Madde ile Kamu Hastane Birlikleri'nin kurularak gerçekleştirilmesi ve bu birliğin genel sekreterlik ve hastane yöneticileri tarafından yürütülmesi şeklinde teşkilatlandırılmıştır.

'MADDE 30- (1) Kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü gözönünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz. Birden fazla Birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir.' (T.C. Khk, 2011)

2000 yılı sonrası sağlık sisteminin düzenlenmesi ile (Url-5)'e göre; 2000 yılına kadar yataksız tedavi kurumu bulunmazken, 2000 yılı itibari ile yataksız tedavi kurumları açılmıştır. 2000 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 861, üniversitelere 42, özel olarak 261 ve 19 da diğer hastaneler olmak üzere 1183 yataklı hastane bulunurken 9564 yataksız tedavi kurumları bulunmaktaydı. 2014 verileri itibari ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı 866, üniversitelere 69, özel olarak 550 ve 44 de diğer hastaneler olmak üzere 1528 yataklı hastane bulunurken 28648 yataksız tedavi kurumları bulunmaktadır.

2.5 Türkiye Sağlık Sistemi İle Dünya Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Sağlık sistemleri incelenen A.B.D., Fransa, İngiltere ve İrlanda ülkelerinin yapıları ülkemiz sağlık sistemi ile kıyaslanmış, incelenen Fransa dışındaki Ülkelerin sağlık sistemlerinin ülkemize göre farklılık gösterdiği, Fransa sağlık sistemi ile ülkemiz sağlık sistemlerinin ise birbirine paralel yapıda olduğu görülmüştür.

İngiltere'nin de yer aldığı Birleşik Krallık'ta sağlık sistemi Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) örgütünce yürütülmektedir. Sistemin en üst kademesini Sağlık bakanlığından oluşmaktadır. Hastaneler geneli kamu hastanelerin olup, kişi başına düşen sağlık ve hizmet personeli dağılımı ülkemize göre daha yüksek ve dengelidir (Sargutan, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü tarafından yürütülmekte ve bu kuruluş ülkemizdeki bakanlık konumundadır. Sağlık ödemeleri kamu ve özel bir arada olmak üzere karma bir yapıdadır ve sağlık sigortalarının büyük bir kısmı özel sağlık sigortalarından oluşmaktadır. A.B.D.'de ülkemize göre daha ileri sağlık teknolojisi kullanılmaktadır (Sargutan, 2010).

Fransa sağlık sistemi de ülkemizdeki gibi sağlık politikalarının belirlenmesi, yürütülmesi ve denetlenmesi 'Sağlık Bakanlığı' tarafından yürütülmektedir. İdare kısmı ise bölgesel olarak yürütülmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı Ulusal Hastalık Sigortası tarafından yapılarak, prim ödemeli bir sisteme dayanmaktadır. Bu yönüyle refah yönelimli sigorta tipi olarak değerlendirilmektedir. Genel anlamda Türkiye ve Fransa sağlık sistemleri birbirine paralel bir yapıya sahiptir (Sargutan, 2010).

Gelişmiş bir ülke olan İrlanda'nın sağlık sistemi; kamu güvencesine bağlı ücretsiz sağlık hizmetinin uygulanmasına dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri sekiz ayrı bölge idaresi tarafından verilmekte olup, sağlık hizmetleri 'Sağlık ve Çocuk Bölümü' altında olan 'Bölgesel Sağlık Kurulları' tarafından yürütülmektedir. Ülkemizde ise merkezi bir yönetim vardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı; sağlık, sosyal güvenlik yardımları ve sigorta primlerine dayanmakta olup, ağırlıklı olarak kamu kaynakları kullanılmaktadır. Ülkemizde olduğu gibi İrlanda'da da sağlık yardımları yapılmaktadır (Sargutan, 2010).

Çizelge 2.1'e göre; incelenen ülkeler içerisinde en az yatak sayısına sahip olan ülke 1000 kişiye düşen 2.5 yatak sayısı ile Türkiye iken, 6.6 yatak sayısı ile en yüksek yatak sayısına sahip ülke Fransa'dır.

Çizelge 2.1 : Dünya Sağlık Sistemleri Karşılaştırması (Url 19).

Ülke Adı	**Yönetim Biçimi**	**Sağlık Denetmeni**	**Yatak Sayısı (1.000 kişi)**
Türkiye	Demokrasi	Sağlık Bakanlığı	2.5
İrlanda	Demokrasi	Sağlık ve Çocuk Bölümü	3.2
Fransa	Demokrasi	Sağlık Bakanlığı	6.6
İngiltere	Monarşi	Sağlık Bakanlığı	3
A.B.D.	Federal Cumhuriyet	Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü	3

Bu bölümde ülkelerin sağlık sistemleri incelenmiş, ülkemizdeki sağlık sistemi ile diğer ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırılması yapılarak ülkeler kıyaslama yolu ile sağlık sistemleri çerçevesinde ele alınmıştır. Üçüncü bölümde ülkemizdeki hastanelerin programlarına yer verilerek, hastanelerimizde bekleme alanı gerektiren bölümlere yer verilecektir.

3. SAĞLIK YAPILARI

Günümüz sağlık yapılarını sağlık sistemimize göre şu şekilde gruplandırabiliriz:

- Hastaneler: Hastaneleri de kendi içerisinde hizmet türüne göre üç grupta toplanmaktadır: Genel hastaneler, Özel Dal hastaneleri (Göz, Onkoloji, Çocuk, Kadın-Doğum, Ruh ve Sinir Hastaneleri vs.) Eğitim ve Araştırma Hastaneleri.
- Sağlık Merkezleri: Sağlık merkezlerine ağız ve diş sağlığı, fizik tedavi ve rehabilitasyon, organ nakil, diyaliz, yanık tedavi merkezleri örnek verilebilir.
- Sağlık Ocakları: T.C. Anayasası (1961a)'ya göre takriben 5000 - 10000 kişinin köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil eder.

3.1 Hastaneler

Hasol (1993) hastaneyi en yalın olarak, 'hastaların yatırılarak bakıldığı yurt' olarak tanımlamaktadır. TSE (2002)'ye göre ise hastane; hasta ve yaralıların, hastalığından şüphe edilen veya edenlerin ayakta veya yatırılarak teşhis ve tedavilerinin yapıldığı aynı zamanda doğumların da gerçekleştirildiği sağlık kuruluşlarıdır. Akıncıtürk (1985) te hastaneyi sağlık sisteminin temelini oluşturan binalar olarak tanımlayarak, gerekli donatım ve malzemeye sahip; toplumun teşhis, tedavi ve koruyucu hizmetlerini üstlenen kuruluşlar olarak görmektedir. Mutlu (1973) hastaneleri hastanelerin sağlık personeli yetiştirmesini de göz önünde bulundurarak, hastalıkların tedavi edildiği, bulaşıcı hastalıkların yayılmasının engellendiği, toplum sağlığını korumak için önlemlerin alındığı, hastalıklarla mücadele için bilimsel araştırmalrın yapıldığı ve doktor, hasta bakıcı, hemşire yetiştiren kurum olarak tanımlamaktadır. Bu bölümde hastanelerin gelişimi anlatılarak, ülkemizde hastanelerin sınıflandırılmasına yer verilecektir.

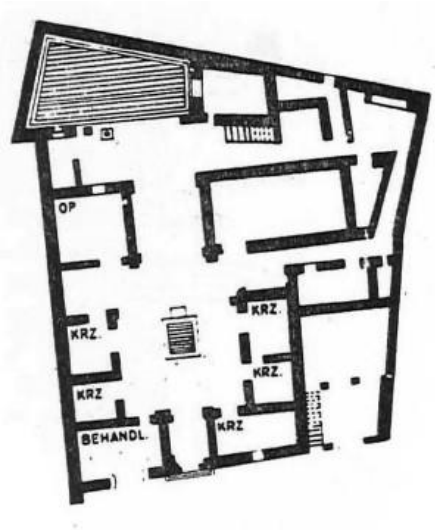
3.2 Hastane Tarihçesi

Hastane tarihçesi; tarih öncesi dönem ile Selçuklu, Osmanlı ve Cumhuriyet dönemleri olmak üzere dört bölümde değerlendirilmiştir.

3.2.1 Tarih öncesi dönem

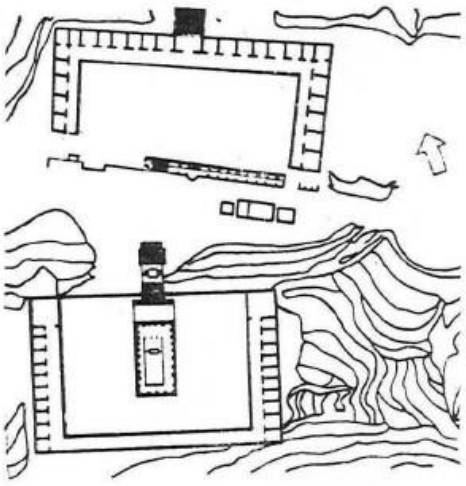
Terzioğlu (1962)'ye göre Tarih öncesinde tıp gelişimi bilinmemekte olup, yapılmış olan kazılar sonucunda elde edilen kafataslarının tıbbın ispatı olduğunu söyleyebiliriz. Ancak tarih öncesinde bugünkü kullanımıyla hastaneye yakın mekânların bulunduğuna dair bilgiler olmamakla beraber hasta tedavilerinin bugünkü Afrika ve Avustralya tabiat kavimlerinde olduğu gibi hasta evlerinde veya rahip hekimlerce yapıldığı söylenebilir.

'Eski Mısır ve Mezopotamya medeniyetlerinde tıbbın ne derece ileri olduğu arkeolojik kazılarla ortaya çıkarılmıştır fakat, hastanelerin ilk oluşumu Yunan ve Roma kültürlerinde görülmektedir. Hipokrat devrinde 4. Yy.' da ilk olarak hekim evlerinde hasta odalarına rastlanılmakta ve bu 'Iatreıon' tipi hekim evleri ilk resmi kliniklerdir. Buna verilebilecek en iyi örnek Pomeji'deki kazılarla ele geçen 'Haıs d. Chirırgen' cerrah evidir (Şekil 3.1). Bu evde hasta odaları, muayene odası ve ameliyat için ayrı bir yer mevcuttur' (Terzioğlu, 1962).



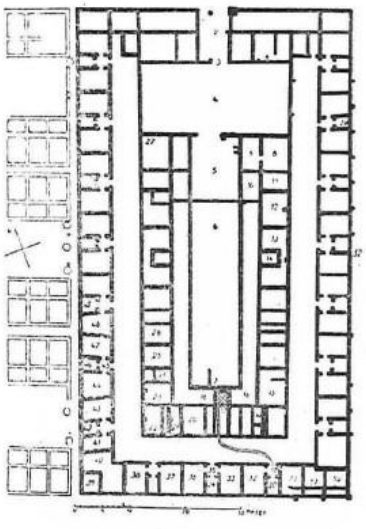
Şekil 3.1 : Haıs d. Chirırgen Cerrah Evi (Terzioğlu, 1962).

IV - V. yüzyılda ilk olarak Yunan medeniyetinde Kos (İstanköy) adasında bugünkü hastahanelerin ilk örneği olarak kabul edilebilecek 'Asklepieions' ortya çıkmıştır (Şekil 3.2) (Terzioğlu, 1962).



Şekil 3.2 : Asklepieions (Terzioğlu, 1962).

Eski Yunan'da bir koridorun iki yanına dizili oda sistemine 'Kılınıkı' denilmekte iken bugünkü 'klinik' tabiri oradan gelmektedir. Romalılar, Yunanlıların 'Iatreion' ve 'Asklepieion'' larını aynen alarak, bunlar dışında kendilerinin geliştirmiş olduğu 'Valatudinarien' adında sağlık yapıları oluşturmuşlardır (Şekil 3.3**)**. Bunlar büyük mülk sahipleri işçiler ile devlet ve ordu mensupları için inşa edilmişlerdir (Terzioğlu, 1962).



Şekil 3.3 : Valatudinarien (Terzioğlu, 1962).

Büyük yol kavşaklarında yer alan ve yardıma tedaviye muhtaç yolcuların bakımı için bir hastane tipi olan ve 'Xenodochien'olarak adlandırılan klinikler ile günümüz adıyla hastane olan 'Nosocium' da Roma devrinin hastane tipleridir (Terzioğlu, 1962).

Hastane örneklerinin en önemli dönemi Bizans ve Selçuklu dönemleridir (Terzioğlu, 1962).

3.2.2 Selçuklu dönemi

Taneli ve Şahin (2013) Anadolu Selçukluları dönemi sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin hekim yetiştirmekle de görevli olduğunu ve sağlık kurumlarının da aynı zamanda tıp mektebi olarak kabul edilmekte olduğunu belirtmektedir. Ayrıca bu hastanelerin düşman hücumlarından korunmak için şehir surları içine inşa edildiklerini ve bu hastanelerin masraflarının karşılanması amacıyla vakıf idareleri, hastane, medrese, cami, hamam, kaplıca ve ılıca tesislerinin bir arada olduğu bir külliye halinde oluşturulduğunu belirtmektedir.

Selçuklu döneminde Darüşşifa olarak adlanadırılan sağlık yapıları inşa edilmiştir. Darüşşifaların yapımına Osmanlı döneminde de devam edilmiştir. Altıntaş (2016)'ya göre; gerek Selçuklu Dönemi gerekse Osmanlı Dönemi darüşşifalarının mimarisi neredeyse aynıdır: Eyvanlı, avlulu medrese plan şemasına sahip bu yapılar; dikdörtgen planlı, ortada büyük açık bir avluya revaklarla açılan ve revaklar gerisinde odaların yer almaktaydı. Orta avlu iç bahçe gibidir ve genellikle ufak bir havuz vardı. Avlunun dört tarafı kubbeli eyvanlarla çevrili; geniş bir giriş kapısının ardından, kapı yanlarında geniş odalar ile tam karşısında toplantı mekânı olan büyük bir eyvan yer almaktaydı. Darüşşifalarda hastalar için bir hamam, ilaçların hazırlandığı bir oda ve ilaçların saklandığı ambar yer almaktaydı.

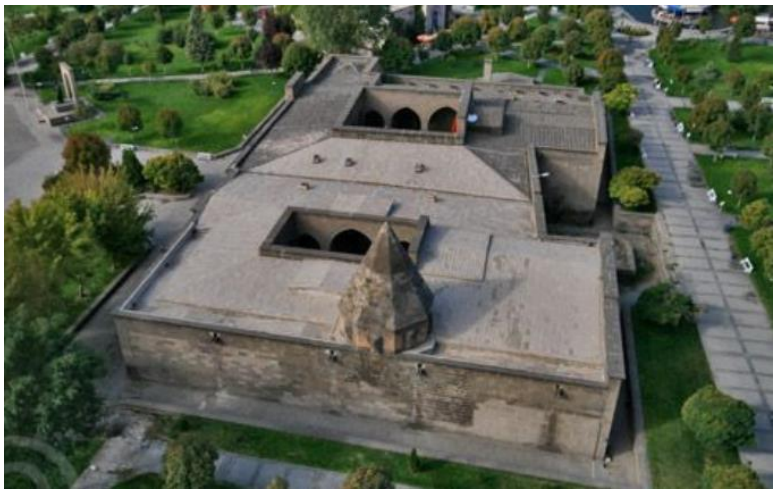
(Url-6)'ya göre İslam tarihinde ilk sağlık kurumu Dar-ül Mezra adıyla Emevi halifesi Velid tarafından M.S. 706'da Şam'da kurulmuştur. 1067'de Nizamülmülk' ün Nizamiye Medresesi ve Darişşifası, 1154 yılında Nurettin Zengin'in Şam'ı ele geçirmesinden sonra yaptırdığı Nurettin Medresesi ve Darüşşifası, açmıştır (AS, 1975).

(Url-7) Aksaray'da Aksaray Darüşşifası Hastana ve Tıp Medresesi olarak inşa edilen 13. Yüzyıl kurumları olduğunu belirtmektedir. İnalcık (2005) Akşehir Darüşşifası (1260), Rahatoğullarının Sivas'ta yaptırdığı Darül-rahha (düşkünler evi) 1288'de ve aynı yüzyılda Erzurum ve Erzincan Darüssifaları Anadolu Selçuklularının kurduğu hastaneler olduğunu belirtmektedir.

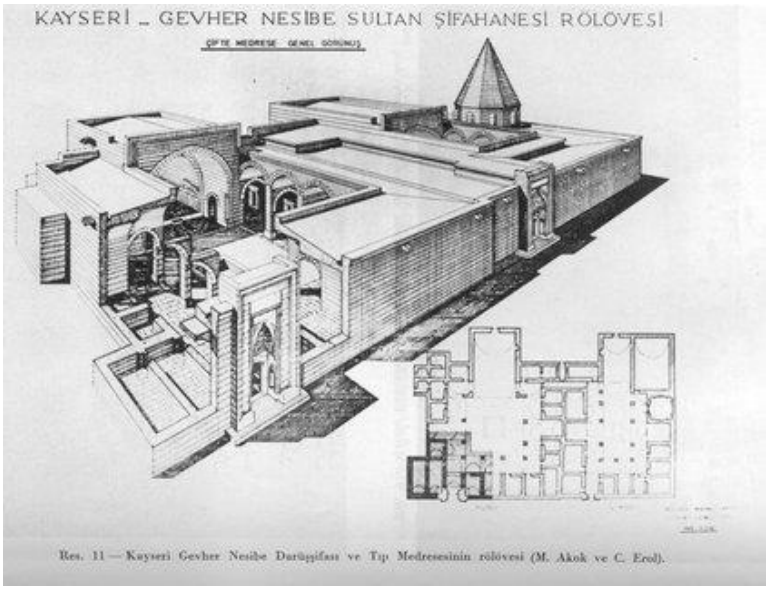
Taneli ve Şahin (2013) Selçuklu döneminde bir çok hastanenin yapıldığını belirtmektedir ve Sultan Mansur'un 1284'te Kahire'de Kalavun Hastanesi kurduğunu, Elazığ'da (Harput) Maristan 1229'da, XII. yüzyılın başında Mardinde

Necmettin İlgazi Maristanı ve Danişment oğlu Mehmet'in 1170 yılında kurduğu Niksar Darüşşifası olduğunu ve 1206 yılında Kayseri Darüşşifası, ve 1308 yılına kadar sıra ile, Sivas Darüşşifası, Alsaeddin ve Kemalettin Şadi bey Darüşşifaları, Aksaray, Çankırı, Akşehir Darüşşifaları, Kastamonu Maristanı, Tokat Pervane Bey Darüşşifası, Rahatoğullarının Sivasta yaptırdığı Darülrahha, Erzurum, Erzincan ve Amasya Darüşşifalarının Anadolu Selçuklularının sağlık kurumları olduğunu belirtmektedir.

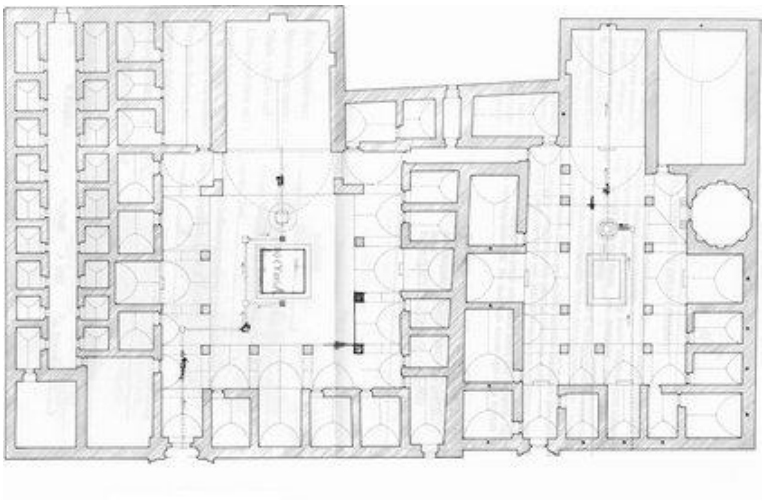
Anadoluda'ki ilk tıp merkezi 1204-1206 yılları arasında Kayseri'de inşa edilen Gevher Nesibe Darüşşifasıdır (Şekil 3.4). Günümüzde Gevher Nesibe Tıp Tarihi Müzesi olarak kullanılmaktadır. İki binadan oluşan yapı tipik Selçuklu avlulu plan şemasına sahiptir(Şekil 3.6). Yapının doğu bölümünde tıp medresesi, batı bölümünde sağlık tesisi yer almaktadır (Şekil 3.5) (Url 18).



Şekil 3.4 : Kayseri Gevher Nesibe Darüşşifası (Url 18).



Şekil 3.5 : Kayseri Gevher Nesibe Darüşşifası Perspektifi (Url 18).



Şekil 3.6: Kayseri Gevher Nesibe Darüşşifası Planı (Url 18).

3.2.3 Osmanlı dönemi

Terzioğlu (1962)'ye göre klasik Osmanlı hastanelerinin (darüşşifaları) Selçuklu şifahanelerinin etkisi altında gelişmiştir. Terzioğlu (1962) Osmanlıların Selçuklulardan Darüssifaları vakfiyelerine uygun olarak yaşattıklarını ve 1339'da Bursa'da Yıldırım Darüssifasını yaparak, sonrasında II. Murat Edirnede Cüzzamhaneyi kurmuş,1470'te İstanbulda Fatih Darüssifasını, II. Bayazıt döneminde 1485'te Edirne Darüssifasını, 1514'te Karacaahmet Cüzzamhanesini, 1539'da Haseki Bimarhanesini, 1539'da Manisa Bimarhanesini, 1555'te Süleymaniye Darüssifası ve tıp medresesini, 1583'te Toptaşı Bimarhanesini, 1616'da Sultanahmet Darüssifasını kurup, çalıştırmış olduklarını belirtmektedir.

1396'da Niğbolu savaşında esir düşen Schiltberger 11 1427'de yazdığı anılarında Bursa'da 8 hastanenin bulunduğunu ve buralarda gerek Müslüman gerekse de gayrimüslim bütün hastaların tedavi edildiğini belirtmiştir AH (1979).

Osmanlı döneminde 1470 yılında İstanbul'da Fatih medresesinin (Semaniye-i Sahn Medresesi) yanına kurulan Darüşşifası 70 hücreli ve 80 kubbeli ve döneminde Avrupa'nın en büyük hastanesi olarak bilinmektedir (Uludağ, 2010).

18. Yüzyılda Zeytinburnu Askeri tıp merkezi kurulduğu, bu grupta Gümüşsuyu, Kuleli, Davutpaşa, Maltepe, Tophane, Levent çiftliği, Topçular, Cebehane, Mabeyn, Hassa Askeri, Kumbarahane, Tersane, Tıphane, Ahırkapı, Rami, Bab-ı Serasker, Tarabya, Topbaşı, tıp Hastaneleri olduğu bilinmektedir (Url-6).

Özdilek ve Akgün (1970)'e göre; 19. Yüzyıl ıslahatları sırasında hastanelerinde de yenilenme olmuş, 1804'te tersane hastanesi (Sakızağacı hastanesi), Toptaşı Hastanesi, Maltepe Hastanesi, Tophane Hastanesi, Haydarpaşa Hastanesi, Tarabya Hastanesi, Kuleli Hastanesi, Bab-ı Seraskeri Hastanesi, Levent Çiftliği Hastanesi, Çinili Hastane, Humbarahanı Hastanesi, Ahırkapı Hastanesi, İtsine Hastanesi, Davutpaşa Hastanesi, Rami Hastanesi, Taksimde Askeri Topçu Hastanesi, Hassa askeri Hastanesi, Yıldız Hastanesi, Üçüncü Alay Hastanesi, Karadeniz Boğazı Büyük Liman Askeri Hastanesi, Edirnekapı'daki Garipler ve Bekarlar Hastanesi, 1837'de Edirnekapı'daki Gureba-ı Müslimin Erkek Hastanesi, 1843'te Şehremeni'de Bezmialem Valide Sultan Gureba Hastanesi, Beyoğlu Hastanesi, Haseki Kadınlar Hastanesi, Emirgan Hastanesi, Gümüşsuyu Hastanesi, 1879'da Beyoğlu Zükür Hastanesi, Nuhkuyusu (Zeynep Kamil) Hastanesi, 1899'da Şişli Etfâl Hastanesi, Haydarpaşa'da Tıp Seririyat Hastanesi, Demirkapı'daki Askeri Tıbbiye Hastanesi, Gülhane Askeri Hastanesi bu yüzyılda yapılmış olup, bunlardan bazıları hala yenilenerek çalışmaktadır.

3.2.4 Cumhuriyet dönemi

Cumhuriyet'in ilk kurulduğu yıllarda hastane sayısı yetersiz olmakla birlikte sayıları 1927 yılında 42'si yataklı olmak üzere toplamda 3615 idi. Tedavi edici sağlık kuruluşları; sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişiminde büyük pay sahibidir. Ülkemizde son yıllara kadar hastalık kontrolü dışında koruyucu hizmetler için sağlık tesislerinin kurulması 1980'lerde başlamıştır (Çınar, Ü., 1982). Özdilek ve Akgün (1970)'e göre; Cumhuriyetin kuruluşundan sonra Hastanelerin yapımı ve idaresi belediyeler, özel idareler ve vakıflar gibi yerel teşkilata bırakılmıştır. 1924 yılında Ankara, İstanbul, Trabzon, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da o ilin adı ile örnek olmak üzere Numune hastaneleri kurulmuş, 1954 yılında çıkarılan bir kanunla Ankara İstanbul ve İzmir'deki hastaneler dışındaki hastaneler sağlık bakanlığına devredilmiştir. Sarı ve Kurt (2009) bunların Çankırı, Kayseri, Konya, Eskişehir, Niğde, Edirne, Çorlu, Kırklareli, Tekirdağ, Adapazarı, Balıkesir, İzmir, Bursa, Bilecik, Bandırma, Çanakkale, Haydarpaşa, Adana, Mersin, Antalya, Isparta, Maraş, Erzincan, Malatya, Elazığ, Erzurum, Kastamonu, Ordu, Samsun, Zonguldak, Amasya, Trabzon, Bolu, Giresun, Tokat, Afyon, Uşak, Aydın, Manisa, Kütahya, Denizli, İzmir, Muğla,

Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Siirt memleket hastaneleridir olduklarını belirtmektedir.

3.3 Hastane Sınıfları

Hastaneler arasında büyüklük, işletme ve sağladıkları hizmetler yönünden çeşitli farklılıklar olamasına karşın hepsinin ortak yönü, insanların sağlık problemleriyle uğraşmalarıdır ve büyüklüklerine, ait oldukları kuruluşlara, bir veya birçok hastalığın teşhis ve tedavisiyle ilgilenmelerine göre türlere ayrılmaktadırlar (Altan, 2003).

Büyüklüğüne göre hastaneler;

- En küçük (50 yatağa kadar),
- Küçük (150 yatağa kadar),
- Normal (500 yatağa kadar),
- Büyük (1000 yataktan fazla) olan hastanelerdir.

Kuruluşuna göre hastaneler;

- S.S.K.,
- Üniversiteler,
- Vakıflar,
- belediyeler, ve

özel sektöre ait hastaneler olarak gruplandırılabilir. Bu kuruluşlara ait yatak sayıları ve yüzdeleri her yıl değişmektedir (Karataş, 1979).

Hastalık türüne göre hastaneler; çeşitli veya bir tür hastalığın teşhis ve tedavisiyle ilgilenmelerine göre genel hastaneler ve özel hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Altan, 2003).

Özel hastaneler; yalnızca vücudun belirli organları, sistemleri, belirli koşullar ya da belirli gruplarla uğraşırlar. Çeşitli hastalıklarla uğraşan özel hastanelerden başlıcaları şunlardır: Göğüs hastalıkları, kanser, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk hastalıkları, ortopedi, sinir hastalıkları, kulak-burun-boğaz hastalıkları, göz hastalıkları, cilt hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklar, trafik hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleridir (Karataş, 1979).

Özel hastaneler, yalnızca vücudun belirli organları, sistemleri, belirli koşullar ya da belirli gruplarla uğraştığı halde, genel hastaneler; çeşitli sağlık koşullarındaki hastalara cerrahi, dahili teşhis ve tedavi sağlamayı amaçlayan kuruluşlar olmakla beraber sağlığa ilişkin; bilimsel, teknolojik, ve kişisel gereksinimlerin

karışılanmasının sağlandığı fiziksel kuruluşlar olmaları nedeniyle, mevcut bina türlerinin en karmaşıklarındandır (Altan, 2003).

Akıncıtürk (1985) tanımlaması ile; genel hastanelerin büyüklükleri ile verdikleri hizmet ilişkisi genel olarak şu şekilde açıklanmış ve hastaların ihtiyaçlarının sabit olarak yerine getirilmesi hizmet kademelerine göre farklı olarak tanımlanmıştır:

- İhtisaslaşmış hastaneler; 120 yatağa kadar ve an az bir ana ihtisas dalı olan hastanelerdir.
- 120 yataktan büyük, ana ihtisas dalları; İç hastalıkları, cerrahi, olan hastanelerdir.
- Yan ihtisas dalları; Jinekoloji, kadın-doğum, göz, kulak-burun-boğaz, olan hastaneler. 200 yataktan büyük, ana ihtisas dalları; iç hastalıkları, cerrahi, jinekoloji, çocuk hastalıkları, radyoloji. Yan ihtisas dalları; anestezi, ilaç çalışmaları, kulak-burun-boğaz ve göz olan hastaneler.
- 650 yataktan büyük, ana ihtisas dalları; d şıkkına ek olarak üroloji, nöroloji; yan ihtisas dalları; d şıkkı gibi olan ve ek olarak laboratuvar çalışmaları, patolojiyi ihtiva eden hastaneler,
- 1000 yatağın üzerindeki araştırma ve eğitim kurumları ihtisas dalları; c şıkkı gibidir. Ek olarak psikiyatri, ortopedi, çene cerrahisi, dermatoloji dallarını ihtiva ederler.

Şencan ve dig. (2010) tanımlamasında hastaneler hizmet türüne göre;

1- Genel Hastaneler,
2- Dal Hastaneleri
3- Eğitim-Araştırma hastaneleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

13.1.1983 tarihinde yayınlanan yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinin 1/4/2005 tarihinde eklenen maddesinde T.C. Yönetmelik (1983)'e göre işlevlerine göre hastaneler;

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

b) Gün hastanesi: Birden fazla branşta, günübirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan

bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.

c) Genel hastaneler: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.

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

e) Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumları olmak üzere beş grupta tanımlanmıştır.

Tkhk (2009)'a göre hastane rollerinin kurum bazlı belirlenmesi ve gruplandırılmasına göre hastaneler: A-I Grubu Genel Hastaneler, A-I Grubu Dal Hastaneleri, A- II Grubu Genel Hastaneler, A-II Grubu Dal Hastaneleri, B- Grubu Genel Hastaneler, C- Grubu Genel Hastaneler, D- Grubu Genel Hastaneler, E-Grubu Hastaneler, E-1 Grubu Hastaneler, E-2 Grubu Hastaneler, E-3 Grubu Hastaneler olarak tanımlanmıştır.

3.4 Hastane Kullanıcıları

Hastane kullanıcıları ayakta tedavi gören poliklinik hastalarını dış hasta, yatarak tedavi gören hastaları ise iç hasta olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca Tatar (2012)'ye göre akıl ve ruh sağlığı hastanelerinde kronik psikiyatri hastalarının tedavisi için ayrılmış yataklar, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastane veya servislerinde rehabilitasyon için ayrılmış yataklar, geriatri yatakları ile ortalama kalış süresi 30 gün ve üzerinde olan hasta yatakları 'Uzun Süreli Hasta Yatakları', bunun dışında kalan hasta yatakları ise 'Kısa Süreli Hasta Yatakları' olarak sınıflandırılmaktadır.

3.5 Genel Hastaneler Tasarımında Mekânlar Ve Asgari Tasarım Standartları

Hastane tasarımında hastane kapasitesi, hastane tipi, arazi seçimi, rüzgâr yönü, günışığı, altyapı, ulaşım durumu projelendirme aşamasında dikkate alınması gereken unsurlardır:

1- Hastane Kapasitesi: Hastane kapasitesi hasta yatak sayılarına göre belirlenmektedir. Hasta yatak sayılarına göre hastane büyüklükleri 50, 100, 200, 500, 1000 veya 100 ve üzeri hastaneler olmak üzere değişmektedir.

2- Hastane Tipi: Hastane programının belirlenmesinde hastanenin genel bir hastane veya özel dal hastanesi olması hastane tasarımını etkileyen en önemli etmenlerden biridir.

3- Arazi Seçimi: Hastanelerin doğal afetlerden minimum derecede etkileneceği ve ulaşımın kolay olabileceği bir bölgede yapılmalıdır. Deprem bölgesi olan ülkemizde arazi seçiminde arazinin toprak yapısı vs. jeolojik verilerin dikkate alınması gerekmektedir.

4- Rüzgar Yönü: Hâkim rüzgar yönü hastane tasarımında göz önünde bulundurularak ısı kayıpları önlenmelidir.

5- Gün Işığı: Hastane tasarımında gün ışığı alması gereken veya gerekmeyen mekânlar belirlenerek hastane gün ışığına göre konumlandırılmalıdır.

6- Altyapı: Hastaneler olağanüstü durumlarda veya günlük kullanım durumlarında hasta akışını olumsuz etkilemeyecek şekilde kullanılan malzemelerin boyutu ve kapasite gibi unsurlar göz önünde bulundurularak maksimum verimlilikle çalışmalıdır.

7- Ulaşım: Hastaların hastaneye kolay erişebilmeleri için hastaneler kolay erişilebilir bir yerde olmalı, herhangi bir ulaşım probleminin olmaması gerek acil hasta gerekse poliklinik hastaları için en önemli etmenlerden biridir.

Hastane tasarımında temel ve destek fonksiyon olarak iki başlık altında sıralanabilir:

A. Temel Fonksiyon Alanları: İdare, Poliklinikler, Acil Servisler, Hasta bakım odaları (servisler), Ameliyathaneler ve Doğumhaneler, Yoğun bakım üniteleri, Teşhis Üniteleri, Tedavi Üniteleri, Sterilizasyon Birimleri, hastanelerin temel fonksiyon alanları olarak tanımlanabilir.

İdare: Hastanede idare bölümü hastalara yakın olanlar ve diğerleri olmak üzere ayrılmaktadır. Hasta kabul ve hasta yakını ziyaretlerine yönelik olan odaların ana girişe yakın olarak planlanması gerekmektedir. İç hizmet işletmesi ile ilgili olan bölümler (yönetim müdürü, sekreterlik, finans, insan kaynakları) için konferans ve görüşme salonları da gereklidir (Neufert, 2015).

Poliklinikler: Poliklinikler, hasta ve yakınlarının teşhis ve tedavi için doktor ya da doktorlarla görüşmelerin yapıldığı, muayene ve ayakta bakım hizmetinin veren bölümlerdir (Aydın, 2009).

Acil Servisler: Acil bakım isteyen hastaların getirildiği yerdir. Acil servis kazaya uğramış, ölüm tehlikesi içinde bulunan ve ivedi bir muayene ile ilk tedavinin (şok tedavisi, yeniden canlandırma gibi) gerektiği durumlarda hastaların tedavisine yaramaktadır. Bu kısımların ameliyat bölümüyle ve röntgen kısmı ile yakın ilişkisi vardır (Labryga, 1987). Aydın (2009)'a göre acil servisler;

- Personel ve tıbbi cihaz donanımı,
- lüzumlu ilaç, serum, sarf malzemesi,
- ambulans hizmetleri bakımından kesintisiz hizmet verebilen birimler olarak tasarlanmalıdır.

Acil servisler ayakta tedavi görecek hastalar ile kalıcı olan hastaların dolaşım ağlarının birbirinden ayrılması gereklidir. Röntgen bölümüne doğrudan bağlantı sağlanmalıdır (Neufert, 2015).

1- Hasta Bakım Odaları: Aydın (2009)'a göre; hasta bakım üniteleri hastanenin kapasitesini belirleyen bölümlerdir ve içerisinde hasta odaları, hemşire istasyonu, gündüz odası, asistan odası, hasta bakıcı odası, temiz-kirli çamaşır deposu, klinik depo ve ıslak hacimleri barındırımaktadır.

Hasta odaları olası hasarlardan korunması için duvar koruyucu monte edilmelidir. Hasta dolapları yeterli büyüklükte ve kapılar yaygın taşımalrdan dolayı 1.26 x 2.13 ebatlarında olmalıdır. Koridorlar ile hasta odaları arasında ses yalıtımı olmalıdır (Neufert, 2015).

2- Ameliyathaneler: Ameliyathaneler hastanenin en önemli bölümlerindendir. Aydın (2009)'a göre ameliyathaneler bir bürün olarak tasarlanmalı, farklı yerlerde konumlandırılmamalıdır.

Hastane fonksiyonları içerisinde ameliyathanelerin yeri tüm organizasyonu belirleyici nitelikte olup, planlamada yoğun bakım, uyanma odası ve merkezi sterilizasyon birimlerinin yakın olarak konumlandırılması gerekmektedir. Ameliyathaneler; ameliyat odası, anestezi odası, uyanma odası ve temizlik odasından oluşmaktadır (Neufert, 2015).

3- Doğumhaneler: Aydın (2009)'a göre; anne ve çocuğa hastalık bulaşma riskine karşın ameliyathane ve yoğun bakım bölümleri gibi ayrı tasarlanmalı ve doğumhanelerin yanında sezaryen ameliyatı için ameliyathane benzeri bir müdahale salonunun buunmsı gerekmektedir. Bu ihtiyacın karşılanmaması durumunda; doğumhaneler, ameliyathaneler ile doğrudan bağlantılı olmalıdır. Doğumhaneler;

lohusa ve bebek bakımı bölümlerine bağlı tasarlanmalıdır. Bir ebe ile gözetim odası ve sancı odası doğumhanelerde yer almalıdır (Neufert, 2015).

4- Yoğun Bakım Üniteleri: Aydın (2009)'a göre yoğun bakım üniteleri hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantılı olmamalıdır.

Yoğun bakım ünitelerinin ameliyathaneler ve anestezi odası ile doğrudan ve kısa yoldan bağlantılı olacak şekilde tasarlanmalıdır. Yoğun bakım bölümü genel bölümden ayrılmalı ve hijyen koridorları üzerinden bağlantı sağlanmalıdır. Yoğun bakım üniteleri; anestezi odası, steril malzeme odası, steril olmayan çalışma odası, temizlik odası, bekleme bölümü, doktor hazırlık odası, evrak odası ve gerekli durumlarda görüşme odasını barındırmalıdır (Neufert, 2015).

5- Teşhis Üniteleri: Aydın (2009)'a göre; hastalara, hastalıklarının tespiti için ve hastalık süresince hastalık seyrinin takibi için gerekli tetkiklerin yapıldığı servisleri barındıran bölümlerdir ve laboratuvar ve görüntüleme bölümleri olmak üzere iki grupta değerlendirilebilir.

6- Tedavi Üniteleri: Aydın (2009)'a göre; tedavi üniteleri içerisinde fizik tedavi, rehabilitasyon, radyoterapi, nükleer tıp ve hemodiyaliz bölümlerini barındırır.

7- Sterilizasyon Birimleri: Hasta tedavisinde kullanılan aletlerin temizliği ve hastalıkların bulaşma riskini azaltması açısından önemlidir. Kirli-temiz malzeme akışı karışmayacak şekilde ayrı bölümler halinde bir arada düşünülmelidir.

B. Destek Fonksiyon Alanları: Sirkülasyon alanları, bekleme alanları, kayıt birimleri, teknik servisler, yemekhane, danışma, güvenlik, morg, atık merkezi, çamaşırhane, hastanelerin destek fonksiyon alanları olarak tanımlanabilir.

1- Teknik Servisler: Hastane organizasyonunun aksamaması için gerekli önemli bölümlerdendir. Enerji, su ihtiyacı ve havalandırma gibi temel ihtiyaçları aksatmayacak performanstaki makinaların yerleştirilebileceği büyüklükte tasarlanmalıdır.

2- Bekleme Alanları: Hasta bekleme alanları günlük hasta akış yoğunluğunun karşılandığı birimlerdir. Hastanelerde; poliklinikler, acil servisler, hasta bakım üniteleri, ameliyathaneler, doğumhaneler, teşhis ve tedavi üniteleri hasta bekleme alanları gerektiren bölümlerdendir.

3- Sirkülasyon Alanları: Sirkülasyon alanı üzerinde tasarlanan hasta bekleme alanlarının olduğu hastanelerde hasta akışını kesmeyecek şekilde tasarlanmalıdır.

4- Kayıt Birimleri: Hasta kayıt birimleri, bekleme alanları ile doğrudan ilişkili olmalıdır.

5- Danışma: Hastayı karşılayan birimlerdir ve hastanın hastaneye girdiğinde görebileceği bir yerde konumlandırılmalıdır.

6- Güvenlik: Hastane güvenliği, hastalar ve personel için önemlidir. Hastane girişlerinde güvenlik bölümü olmalıdır.

7- Morg: Aydın (2009)'a göre; ölülerin konulduğu, yıkamalarının yapıldığı ve gerekli durumlarda otopsilerinin yapılabileceği mekânlardan oluşmalıdır.

8- Atık Merkezi: Tıbbi ve evsel atıkların toplanabileceği, atık merkezi tasarımı hastalık bulaşma riskini en aza indirgemesi bakımından önemli fonksiyon alanlarındandır.

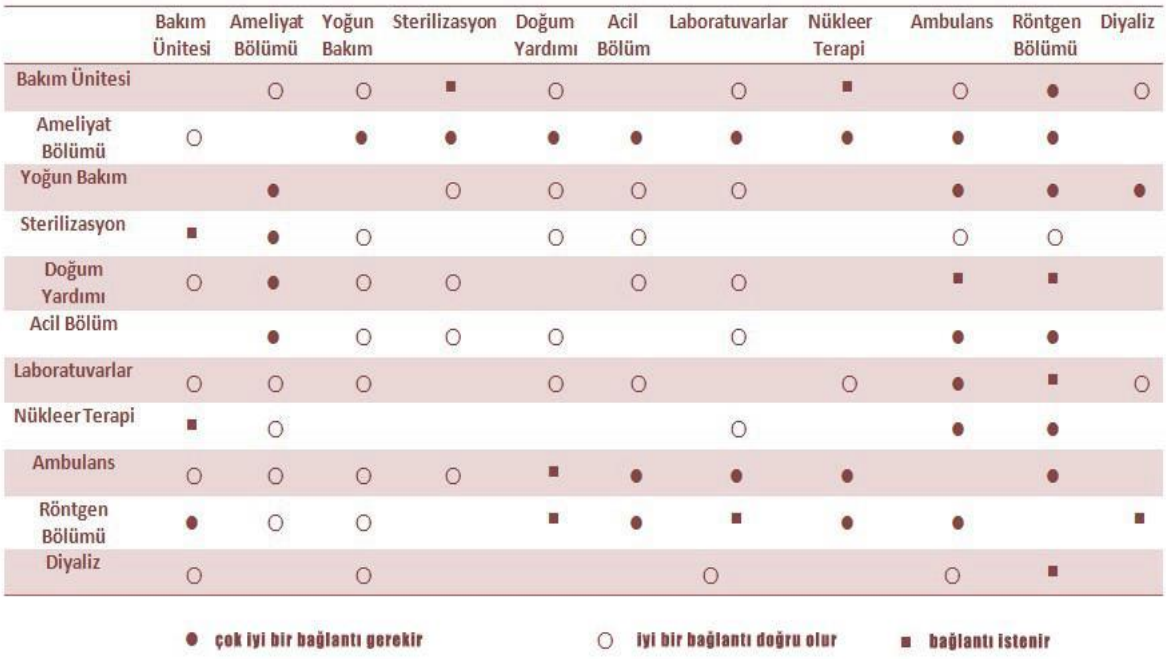
9- Çamaşırhane: Hastanede kullanılan çamaşırların yıkandığı ve onarıldığı birimdir.

10- Yemekhane ve mutfak: Hastane personeline ve iç hastalara destek verebilecek büyüklüklerde olmalıdır.

3.6 Genel Hastanelerde Mekân Organizasyonu

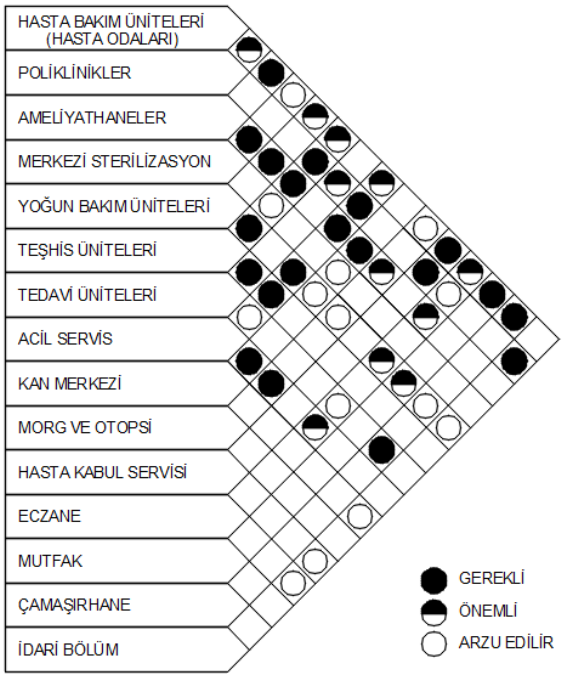
Hastane planlanması için bir çok tasarımcı tarafından çeşitli hastane organizasyon matrisleri geliştirilmiştir. Bu bölümde Aydın (2009) ve Neufert (2015) tarafından geliştirilen hastane matrisleri ile genel hastanelerdeki mekân organizasyonu açıklanmaktadır (Şekil 3.7, Şekil 3.8).

Neufert (2015)'e göre ameliyathaneler; sterilizasyon, yoğun bakım, doğum yardımı, acil bölüm, ile çok iyi bağlantılı olmalı ve bakım ünitesi, laboratuvarlar, nükleer terapi, ambulans, ve röntgen bölümleri ile iyi bir bağlantısının olması gerekir. Yoğun bakım ünitelerinin; ameliyathaneler ile çok iyi, sterilizasyon, doğum yardımı, acil, laboratuvarlar, ambulans, röntgen ve diyaliz üniteleri ile iyi bir bağlantının sağlanması gerekir. Acil servislerin; ameliyathane, ambulans ve röntgen bölümleri ile çok iyi bir şekilde bağlantılı olması gerekirken, yoğun bakım, sterilizasyon, doğum yardımı, laboratuvarlar ile de bağlantılı olması gereklidir.Bakım ünitelerinin röntgen bölümü ile çok iyi bağlantısının olması, ameliyathane, yoğun bakım, doğum yardımı, laboratuvarlar, ambulans ve diyaliz bölümleri ile bağlantısının olması da gereklidir.



Şekil 3.7 : Hastanede işlevsel bağlantılar, Neufert (2015).

Aydın (2009)'a göre hastanelerde ameliyathaneler; merkezi sterilizasyon, yoğun bakım üniteleri, teşhis ve tedavi üniteleri, acil servis bölümü, kan merkezi ile bağlantısının olması gerekli ve morg-otopsi bölümü ile eczane bağlantısının olması ise önemlidir. Poliklinikler; teşhis ve tedavi üniteleri, idare, hasta kabul servisi ile bağlantılı olması gerekli iken, tedavi üniteleri ile bağlantılı olması da önemlidir. Ayrıca polikliniklerin eczaneler ile bağlantılı olması arzu edilmektedir. Acil servislerin; yoğun bakım üniteleri, teşhis üniteleri, ameliyathaneler, poliklinikler, kan merkezi, ve morg-otopsi bölümü ile bağlantısının olması gereklidir. Hasta kabul servisleri; poliklinikler ve hasta bakım odaları ile bağlantılı olmalıdır. Merkezi sterilizasyonun ameliyathaneler ile direkt bağlantısının olması gereklidir. Kan merkezi acil servis ile ameliyathaneler ile bağlantılı olmalıdır.



Şekil 3.8 : Hastanede bölümler arası yakınlık matrisi, Aydın (2009).

3.7 Genel Hastanelerde Teşhis Ve Tedavi İçin Bekleme Gerektiren Alanlar

Akıncıtürk (1985) hastaneleri;

- Temel fonksiyon alanları,
- Yardımcı fonksiyon alanları,
- Yönetim ve personel hizmet alanları ve
- Diğer ek servis alanalrı olmak üzere dört başlık altında incelemiştir:

a) Temel fonksiyon Alanları: Hastane, birçok fonksiyonun biraraya gelmesiyle oluşur. Bu biraraya geliş farklı şekillerde gruplandırılabilir. Hastane binalarında bölümlerin fonksiyonlarına göre sınıflanışı aşağıdaki gibidir.

- Poliklinik,
- Hasta kabul servisi,
- Tanı üniteleri,
- Tedavi üniteleri,
- İlk yardım servisi,
- Kan bankası,
- Ameliyathane,
- Hasta bakım üniteleri,

- Morg ve ölü yıkama yeri.

b) Yardımcı Fonksiyon Alanları: Hastanenin temel fonksiyonunu teknik ve hizmet yönünden destekleyen bölümler topluluğudur.

- Hasta hizmet servisleri,
- Teknik servis.

c) Yönetim Ve Personel Hizmet Alanları: Hastane personeline ait mekânlardır.

- Yönetim,
- Personel servisi,
- Personel yatakhanesi.

d) Diğer Ek Servis Alanları: Hastane ana birimlerini destekleyen birimlerdir.

- Park Ve Garaj Yeri,
- Konferans Salonu,
- Kapıcı Kulübesi,
- Tavan arası,
- Sığınak.

Genel hastanelerde bekleme gerektiren temel fonksiyon alanları şu şekildedir:

1- Hasta Kabul Servisi

2- Hasta kayıt

3- Poliklinikler (pediatri, sosyal pediatri vb.)

4- Teşhis Üniteleri

A. Laboratuvarlar

B. Röntgen Üniteleri

5- Tedavi Üniteleri

A. Doğumhaneler

B. Ameliyathaneler

6- Kan Merkezleri

7- Hasta bakım üniteleri

8- Morg ve ölü yıkama yeri

Bu bölümde genel olarak hastaneler incelenmiş, bir sonraki bölümde hastanelerde bekleme alanı gerektiren temel fonksiyon alanlarından poliklinikler ele alınarak poliklinik hasta bekleme alanları tasarımına poliklinikler bazında ele alınacaktır.

4. POLİKLİNİK HASTA BEKLEME ALANLARI

Bu bölümde poliklinik tanımı yapılarak polikliniklerin ve hasta bekleme alanlarının gelişimine yer verilerek pilot alan çalışmasında belirlenen ölçütler anlatılmaktadır.

4.1 Poliklinikler

Poliklinikler günlük hasta akışının yoğun olduğu birimlerdir. Poliklinikler hastanenin hakla en çok iç içe olduğu alanlardır. Acil servis ve rutin poliklinikler olarak iki aşamada incelenebilir (Altan, 2003):

Rutin Poliklinikler: Poliklinik esas olarak dışarıdan gelecek hastaların hizmetinde olup, poliklinikler uzmanlaşılan konulara göre çeşitli bölümlere ayrılmaktadır. Hastaneye gelen hasta eğer acil servise gidecek gibi bir aciliyet taşımıyorsa polikliniklere gönderilir. Polikliniğin hasta kabul servisi, röntgen servisi, laboratuvarlar ve eczane üniteleri ile yakın ilişkili olması gereklidir. Polikliniklerin ortak olarak kullanacakları mekânlar Altan (2003)'a göre şunlardır:

- Poliklinik girişi: Ana girişten ayrı olmalıdır.
- Bekleme: Gruplar halinde her bölüm için ayrı düzenlenecektir.
- Müracaat Ve Fiş Memuru: Girişe yakın bankolu ve 3 kişinin çalışmasına imkan vermelidir.
- Fiş Arşivi: Müracaat ile ilişkili olup, hastaların sağlık fişlerinin saklandığı mekândır.
- Poliklinik Genel Tuvaletleri: Kadın ve erkek için ayrı ve her 25 kişiye 1 kabin düşecek sayıda düzenlenmelidir.
- Poliklinik teşhis ve tedavi üniteleri
- Sosyal Hizmet Uzmanı Odası: Bekleme odası ile ilişkili olmalıdır.

Altan (2003)'a göre poliklinik muayene bölümleri hastalık türlerine göre bölümlere ayrılır:

- İç hastalıkları (Dahiliye) Poliklinikleri: İç hastalıkları poliklinikleri çok geniş bir yelpazeye sahiptir. Uzmanlık alanında en geniş sınıflandırma bu bölümdedir. İç hastalıkları poliklinikleri aşağıdaki dallarda hizmet vermektedir:

1- Genel dahiliye polikliniği,
2- Kardiyoloji polikliniği,
3- Onkoloji polikliniği,
4- Gastroenteroloji Polikliniği,
5- Hematoloji polikliniği,
6- Nefroloji ve Hemodiyaliz polikliniği,
7- Endokronoloji, Diyabet ve Metabolizma polikliniği,
8- Göğüs hastalıkları polikliniği,
9- Enfeksiyon hastalıkları polikliniği,
10- Romatoloji ve rahabilitasyon polikliniği,
11- Pulmoner hastalıklar ve alerji polikliniği .

- Cerrahi poliklinikler: Altan (2003)' e göre günümüzde ilerleyen tıp ile birlikte cerrahlık ana bilim dalı da çok gelişmiştir. Bu sebeple özellikle uygulama ve araştırma hastanelerinde cerrahi poliklinikler son derece kapsamlı olarak yerlerini almış, cerrahi poliklinikler aşağıdaki dallara hizmet vermektedir:

1- Genel cerrahi,
2- Pediyatrik cerrahi,
3- Ortopedi ve travmatoloji cerrahisi,
4- Ürolojik cerrahi,
5- Plastik ve rekonstrüktif cerrahi,
6- Toraks cerrahisi,
7- Kardio-Vasküler cerrahi,
8- Nöroşirurji Cerrahisi,
9- Kulak Burun, Boğaz polikliniği,
10- Göz hastalıkları polikliniği.

- Fizik tedavi polikliniği: Fizik tedavi poliklinikleri ve tedavi üniteleri birlikte organize edilerek tasarlanır.
- Psikiyatri Polikliniği: Psikiyatri polikliniği yetişkinler ve çocuklar olmak üzere iki bölümde incelenebilir.
- Nöroloji polikliniği

- Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniği (pediatri)
- Deri ve zührevi hastalıklar polikliniği
- Kadın hastalıkları ve doğum polikliniği
- Diyet polikliniği ve aile hekimliği

4.2 Hastane Poliklinikleri Gelişimi

Klinik çalışmaları her ne kadar antik çağda başlamış olsa da Türe, H., (1985)'e göre poliklinikler ancak gerçek anlamda hastanelerin ortaya çıktığı dönem olan 19. Yy.'da oluşmuştur.

İlk olarak Prof. Junkers 'sistemli poliklinik düşüncesini ortaya atmıştır ve bu dönemde akademisyenler öğrencilerini dış hastaların muayene ve tedavilerini pratikte öğrnebilmeleri amacı ile özel hastanelere götürmektelermiş (Türe, H., 1985).

Hasta yoğunluğunun artması sonucunda, ilk üniversite hastanelerinin kurulmuş olduğu İngiltere'de Prof. H.C. Vines, iç hasta bölümlerinden bağımsız ancak hastane bünyesinde ayrı bir bölüm oluşturmuştur. Bu bölüm teşhis ve tedavi merkezi olarak il poliklinik düşüncesini oluşturmuştur. Bu yeni bölümün 'Poliklinik' olarak adlandırılması 1871 yılında Viyana Üniversitesinde gerçekleşmiştir (Türe, H., 1985).

4.3 Hastane Poliklinik Bekleme Alanları Gelişimi

Artan hasta yoğunluğu sonucunda 19. yy.'da gelişen hastane polikliniklerinde ilk bekleme alanları örneklerine de yine bu dönemde 1900 yılında Bağdat Belediye Hastanesi kat planlarında görülmektedir (Şekil 4.1). Hastanede bekleme alanı; 'Bekleme salonu' şeklinde tasarlanmıştır. 20. Yy.'ın son çeyreğine kadar 'bekleme salonları' şeklinde tasarlanan hasta bekleme alanları, sonraları bağımsız bir mekândan ziyade poliklinik içerisindeki alanlara dönüşmüştür. Bu tasarım şekliyle hasta bekleme alanları tasarımı diğer dünya ülkelerinde hala devam eden 'hasta bekleme odaları' tasarımından ayrılmaktadır.

Şekil 4.1 : Bağdat Belediye Hastanesi Kat Planı (Yılmaz, Ö.F., 2007).

4.4 Poliklinik Tasarımı ve Bekleme Alanları

Pilot alan çalışması neticesinde elde edilen bilgiler ile bu bölümde hastane tasarım ölçütlerine yer verilerek, incelenmiş ve Sağlık Bakanlığı asgari tasarım standartları, ISO ve TSE standartları ile çeşitli tasarım kitaplarındaki bilgilere yer verilerek bekleme alanalrında olması gereken standartlar açıklanmaya çalışılmıştır. Ayrıca ön alan çalışmasındaki gözlemler neticesinde hastanelerin planları doğrultusunda, bekleme alanları plan tipleri geliştirilmeye çalışılmıştır.

Poliklinikler iç ve dış hastaların kullanmış olduğu teşhis ve tedavi birimidir. Günümüzde her ne kadar hasta randevu sistemi uygulanıyor olsa da; gerek sıra kaymaları gerekse hasta yakınlarının beklmeleri açısından hasta bekleme alanları tasarımı kullanıcı memnuniyeti açısından, hastane tasarımında önemlidir.

Hastane bekleme alanları gerek fiziksel ve gerekse mekânsal açıdan kaliteli olmalıdır. Hastane bekleme alanları için hastane kullanıcı grupları ile gerçekleştirilen mülakatlar ve gözlemler sonucunda; hasta bekleme alanları mekân kalitesi ölçütleri şu şekilde sınıflandırılarak ayrı başlıklar altında incelenmiştir:

A. Mekânsal

1- Mekân Boyutları

2- Yön Bulma

3- Esneklik

4- Engelli Erişimi

5- İşletimsel

B. Fiziksel Koşullar

1- Fiziksel Çevre Koşulları

2- Güvenlik

C. Psikolojik

1- Psikolojik Etki

4.5 Poliklinik Hasta Bekleme Alanlarında Mekân Tasarımı

Poliklinik bekleme alanlarında mekân tasarımının ana unsurları olan mekân boyutları, doğrama (kapı-pencere) boyutları, sirkülasyon alanları (düşey/merdiven-

asansör, yatay/koridorlar) boyutları, ekipman (bekleme alanı koltukları) boyutları genel standartlar çerçevesinde ele alınmıştır.

4.5.1 Poliklinik hasta bekleme alanlarında mekânsal ölçütler

Bu bölümde mekânsal tasarım ölçütleri; mekân boyutları, yön bulma, esneklik, engelli erişimi ve yoğunluk başlıkları altında incelenmiştir.

4.5.1.1 Poliklinik hasta bekleme alanlarında mekân boyutları

TSE (2002)'ye göre; müracaat-kayıt ve bekleme mahali kişi başına en az 1 m² alan düşecek şekilde tasarlanması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık bakanlığı asgari tasarım standartlarına göre ise bekleme alanları her 15 hasta için 1 koltuk içerecek şekilde tasarlanmalıdır.

Littlefield (2008)'de verilen standartlara göre; kamu yapılarında kişi başına düşen ortak alanlar; 2.3-2.8 m2 aralığında, bekleme alanları;

1- Yarısı oturmaya ayrılmış diğer yarısı çantasız geçişe ayrılmış alanlarda 1.1-1.4,
2- Dörtte biri oturmaya ayrılmış geri kalanı yoğun olmayan geçişler için 0.65-0.9,
3- Tamamı oturmaya ayrılmış, geçişin olmadığı alanlarda 0.5-0.65,
4- Engellerin olduğu koridorlarda 0.2 m² kişi başına ayrılması gereken alan olarak belirtilmiştir.

Genelde koridor yoğunluğu kişi başına düşen alan ise 0.8 m²'dir.

Kapı Boyutları: Dar koridorlardaki kapı genişlikleri en az;

1- Koridor genişliği 76 cm. ise; 93.5,
2- 80 cm. ise 92,
3- 90 cm. ise 88.5,
4- 100 cm. ise 85.5,

120 cm. ise 78.5 cm düzenlenmelidir (Littlefield, 2008).

Kapıların min. Net açıklığı 75 cm. olmalıdır.

Mutlu (1973)'ya göre ise; hasta yataklarının taşınması söz konusu olduğu zaman tek kanatlı kapıların 1.20 m., çift kanatlı kapıların ise 1.80 m. olması gerekmektedir.

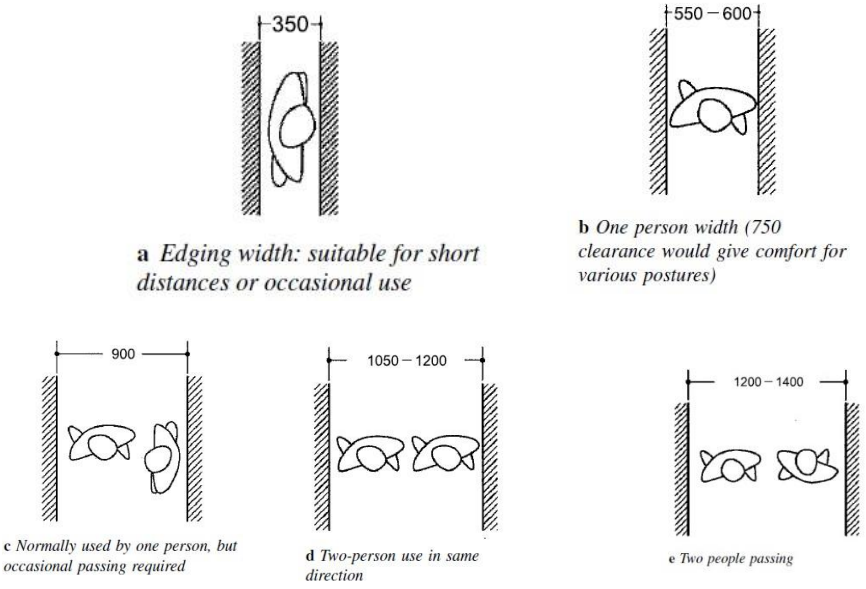
Pencere Boyutları: Mutlu (1973)'e göre hastane odalarında pencere boyutları oda alanının 1/5-1/7'si aralığında olmalıdır.

Kat Yüksekliği: Hastanelerde kat yüksekliği Amerikan standartlarına göre 3.05 m.'dir (Mutlu, 1973)

Sirkülasyon Alanı Boyutları: Hastanelerimizde ayrı bir bekleme alanı tasarımından ziyade, sirkülasyon alanları üzerinde çözümler bulunmaktadır. Littlefield (2008) standartları baz alındığında (Şekil 4.2); Bir kişinin geçebileceği alan 55-60 cm. aralığındadır. Bu değer bekleme alanında oturan bir hasta için de aynı değerdir. Bu değerlerle;

1- Tek taraflı oturma planına sahip sirkülasyon alanı üzeri bekleme alanlarında; karşılıklı geçişler ve tek yönlü oturma alanı dikkate alındığında sirkülasyon genişliği en az 165-180cm,

2- Çift taraflı oturma planına sahip sirkülasyon alanı üzeri bekleme alanlarında; karşılıklı geçişler ve çift yönlü oturma alanı dikkate alındığında sirkülasyon genişliği en az 220-240cm olarak düzenlenmelidir.



a *Edging width: suitable for short distances or occasional use*

b *One person width (750 clearance would give comfort for various postures)*

c *Normally used by one person, but occasional passing required*

d *Two-person use in same direction*

e *Two people passing*

Şekil 4.2 : Sirkülasyon alanlı geçişleri (Littlefield, 2008).

Neufert (2000)'de koridor genişliğinin min. 1.50 m., tekerlekli sandalye geçişine olanak sağlaması açısından ideal olarak 2.25 m. olmalıdır. Düşey sirkülasyon alanlarından merdivenler min. 1.50 m., max 2.50 m. olacak şekilde düzenlenmelidir. Merdiven rıht yüksekliği max. 17 cm., basamak genişliği min. 28 cm. olmalıdır. İdeal merdiven boyutları 15 x 30 cm. olarak belirtilmektedir.

Ekipman Boyutları: Hastanelerde hasta kolduğu ideal olarak 40 cm. x 45 cm. ebatlarında olmalıdır (Mutlu, 1973).

4.5.1.2 Poliklinik hasta bekleme alanlarında esneklik

Günümüzde tıpta yeniliklerin artması ve bölgedeki hasta yoğunluğunun artması göz önünde bulundurulduğunda, yeni mekânlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle hastane tasarımında birimler gerek mekânsal olarak gerekse de teknolojik gelişmelere bağlı olarak büyümeye elverişli olmalıdır. Esneklik başlığı bu bağlamda; mekânsal ve teknolojik gelişmelere bağlı büyüme olarak incelenmiştir.

Mekânsal büyüme: Hasta yoğunluğunun artması ve tıbbın ilerlemesine bağlı olarak hastalıkların keşfinin artmasının yeni poliklinik ihtiyacı oluşturabileceği düşünülerek, hastane birimleri mekânsal büyümeye elverişli olarak tasarlanmalıdır. Mekânsal büyüme ihtiyacı imar şartlarının değişmesine bağlı olarak yatay büyüme olabileceği gibi dikey büyüme şeklinde de olabilir. Bu nedenle hastane tasarımı esnek olmalıdır.

Teknolojik gelişmelere karşı büyüme: Tıbbın ve teknolojinin ilerlemesine bağlı olarak yeni ekipman ihtiyacıyla karşılaşılabileceği düşünülerek, hastane birimleri mekânsal büyümeye elverişli olarak tasarlanmalıdır. Mekânsal büyüme ihtiyacı imar şartlarının değişmesine bağlı olarak yatay büyüme olabileceği gibi dikey büyüme şeklinde de olabilir. Bu nedenle hastane tasarımı esnek olmalıdır.

4.5.1.3 Poliklinik hasta bekleme alanlarında yoğunluk

Polikliniklerde tedavi ve hasta bekleme sürelerini azaltmak için getirilmiş olan hasta randevu sistemine göre; her hasta için belirli süreler tanımlanmıştır ancak randevulu hastalar dışında tetkik sonuçlarını göstermek için gelen hastalarla beraber polikliniklerde yoğunluk artmaktadır. Hasta randevu aralıkları da poliklinikten polikliniğe değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin; Şişli Etfâl hastanesi KBB (Kulak-Burun-Boğaz) polikliniği 14 dk., Nöroloji polikliniği 18 dk., Genel cerrahi 14 dk. aralıklarla İstinye devlet hastanesi nöroloji polikliniği 10 dk., KBB (Kulak-Burun-Boğaz) polikliniği 10 dk., aralıklarla, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi nöroloji polikliniği 10 dk., KBB (Kulak-Burun-Boğaz) polikliniği 10 dk. aralıklarla Cerrahpaşa Tıp fakültesi hastanesi göz polikliniği 16 dk., (Kulak-Burun-Boğaz) polikliniği 9 dk. aralıklarla hasta almaktadır.

Doktor sayısı: Randevu sistemi ile birlikte çalışan doktor sayısının artması randevulu ve tetkik sonuçları için gelen randevusuz hasta sayısının artmasına yol açacak ve hastane kapasitesine göre tasarlanan hasta bekleme alanlarında birim alana düşen hasta sayısı artacağından, yoğunluğun artmasına sebep olacaktır. Bu nedenle çalışan doktor sayısı hastane kapasitesi ile orantılı olmalıdır.

Günlük hasta sayısı: Polikliniklerde günlük hasta sayısı çalışan doktor sayısı ile doğru orantılıdır. Çalışan doktor sayısının artması randevulu ve tetkik sonuçları için gelen randevusuz hasta sayısının artmasına yol açacak ve hasta bekleme alanlarında birim alana düşen hasta sayısı artacağından, yoğunluğun artacaktır. Bu nedenle çalışan doktor sayısının hastane kapasitesi ile orantılı olması hasta yoğunluğunu etkilemeyecktir.

4.5.1.4. Poliklinik hasta bekleme alanlarında yön bulma

Passini (1996) yön bulmayı son zamanlarda keşfedilmiş önemli bir tasarım konusu olarak görmektedir. Apelt (2008)'e göre en basit tanımıyla yön bulma; doğal veya yapay çevrede yolunu bulma kabiliyetidir. Martin ve Max (1998)'e göre; insan yön bulasının nihai hedefi bir yerden bir yere ulaşmaktır. Erem (2003); insanın çevre içinde yön bulurken çevresel bileşenlerin yardımıyla bir yön bulma tekniği kullanarak bir noktadan diğerine ilerleyerek bir süreç yaşadığını belirtmektedir.

Muhlhausen (2000)'e göre; Yön bulmanın 4 kriteri vardır:

1- Mimari ipuçları,
2- Grafik İletişimi,
3- Sesli İletişim,
4- Dokunma yolu ile iletişim.

Martin ve Max (1998) yön bulmayı insanların tüm yaşamları boyunca yaptıkları temel aktivitelerden olduğu şeklinde tanımlar. Yön bulma insanların çocukken öğrendikleri doğal bir yetenektir (Inhelder ve B. 1976) ve büyüdükçe geliştirirler (Martin ve Max, 1998). Lynch (1960)'in tanımlamasında yön bulma; sürekli kullanım ve dış çevredeki duyusal ipuçlarının organizasyonuna dayanmaktadır.

Passini (1996)'ya göre; yönlenememe ve kaybolmanın alışveriş merkezlerinde olsun sağlık merkezlerinde veya rekreasyon alanlarında olsun çok sinir bozucu deneyimleri vardır. Temel (2011); zaman kaybı, güvensiz hissetme, stres, veya konforsuzluk gibi problemlerinin sebebini mekânda yön bulmanın zorlukları olarak açıklamaktadır.

Passini (1996) yön bulmanın; binalarda fonksiyonel bir öneme sahip olduğunu belirtir ve binalarda sirkülasyonu kolaylaştırma, karmaşık bilgi ekranlarına başvurmadan ve zaman kazanmak için personele yönelmenin bile bina verimliliği ve finansal etki konularından olduğunu ve hesaplanmasının kolay olmadığını vurgulamaktadır.

Passini (1996), tasarım yaklaşımının mantığının, yön bulma davranışının mantığından geldiğini, yön bulma tasarımının basitliğin taratılması olmamakla birlikte basit binalar tasarlamak ta olmadığını fakat ilginç mimarinin tasarımında binaların yön bulma verimliliği iyi bir ifade şekli olduğunu belirtmektedir.

Passini (1996) yön bulma tasarımının yirminci yüzyılın son çeyreğinde geliştiğini ve mimarın, sirkülasyon alanı tasarımı ve mekânsal kompozisyonu ile kullanıcıların gelecekte çözmek zorunda kalacağı yönlendirme sorunlarının doğasını belirlemekte olduğundan, yön bulmanın mimari eskizlerle başladığını vurgulamaktadır.

Temel (2011)'e göre yer değiştirme sürecinde; birçok fiziksel, sosyolojik ve psikolojik değişken yönümüzü belirlemede etkili olduğunu belirtmekte ve yön bulma sürecinde kullanıcı davranışlarını etkileyen mekânsal faktörler; mekân içeriği, biçimi, organizasyonu ve sirkülasyon sistemidir.

Hastaneler karmaşık fonksiyonlu yapılar olmasından dolayı hastane tasarımı iyi bir organizasyon gerektirmektedir. Bu da hastanelerin yön bulma kurallarına göre atasarlanmasını gerektirir. Hastane tasarımında; hastaların mekân içerisinde yön bulmada problem yaşamamaları için en önemli unsur planların açık ve net olması, bölümler arası ilişkilerin göz ardı edilmeden tasarlanması, hastaların tedavi süreci için önem arz etmektedir. Hastaların poliklinik içerisinde kaybolmamaları zaman kaybını önleyeceğinden, erken teşhis ve tedavi olanağı sunacaktır.

Hastane; polikliniğinin iyi çalışması ile bölgenin sağlık merkezi olması özelliğini kazanır (Mutlu, 1973). Doktor odaları ve kayıt bankolarına kolay erişilebilmesi ve bekleme alanıyla ilişkili olması, hasta akışını kesmeyecek şekilde düzenlenmeleri yön bulmada kolaylık sağlayacaktır. Hastane mekânlarında yön bulma şu başlıklar çerçevesinde değerlendirilebilir:

- Polikliniklere erişim,
- Bekleme alanlarına erişim,
- Genel Erişim.

Genel erişim: Poliklinik sokağa yakın bir yerde ve zemin katta düzenlenmelidir kazanır (Mutlu, 1973).

Polikliniklere erişim: Polikliniklerin; hasta kayıt bankolarına ve doktor odalarına erişim süresinin kısa olması hastanın hastalık teşhis ve tedavisi için önemlidir. Bu nedenle polikliniklerin hasta kayıt birimi ve doktor odaları doğrudan bağlantılı olacak şekilde tasarlanmalıdır.

Bekleme alanlarına erişim: Bekleme alanları poliklinik ve hasta kayıt bankolarında olmalı ve poliklinik giriş holü ile bağlantılı olmalıdır.

4.5.1.5 Poliklinik hasta bekleme alanlarında engelli erişimi

Poliklinik bekleme alanlarında engelli erişiminde hastanelerdeki; kot farkları, rampa, asansör ve hissedilebilir ölçütleriyle değerlendirilebilir. Hastanelerde engelli ulaşımını kısıtlayan kot farkları olmamalıdır. Kot farkları olan hastanelerde rampa veya asansör bulunmalıdır. Ayrıca görme engelliler için hissedilebilir yüzeyler olmalıdır.

4.5.2 Poliklinik hasta bekleme alanlarında fiziksel koşullar

Bu bölümde fiziksel koşullar başlığı altında aydınlatma, gürültü, sıcaklık, nem, havalandırma konularına yer verilmektedir.

4.5.2.1 Poliklinik hasta bekleme alanlarında fiziksel çevre koşulları

Bu başlık altonda aydınlatma seviyeei, gürültü düzeyi, sıcaklık, nem ve havalandırma gibi fiziksel çevre etmenleri incelenmiştir.

Aydınlatma: TSE (2011)'e göre; sağlık yapılarındaki bekleme odalarındaki ışık değeri 200 lx. Koridorlardaki ışık değeri 100 lx. olmalıdır.

Gürültü: TSE (2002)'ye göre hastane koridorlarındaki gürültü değeri 35-45 db. Aralığında tasarım değeri 40 db. olmalıdır.

Sıcaklık: Hastanelerde; hizmet odaları, koridorlar ve gündüz odalarının sıcaklığı 20 C olmalıdır Mutlu (1973).

Nem: Hastanelerde nem oranı %30-%60 aralığında olmalıdır (Koenigshofer, 2003).

Havalandırma: Hijyenik sebeplerden dolayı hastaneler iyi havalandırılmalıdır. Hasta bekleme alanlarının klimalarla günde 5 defa hava değişiminin yapılması DIN 1946 – 4'te, belirtilmiştir (Neufert, 2000).

4.5.2.2 Poliklinik hasta bekleme alanlarında güvenlik

Hasta bekleme alanlarında güvenlik başlığında can sağlığı ve güvenliğini etkileyen kayma/düşme ölçütüyle değerlendirilmiştir. Zemin malzemesi kayma/düşme riskine yol açmayacak malzemelerden tercih edilerek, uygulanmalıdır.

4.5.3 Poliklinik hasta bekleme alanlarında psikolojik etki

Çevre psikolojisi araştırmaları fiziksel çevrenin insan sağlığı üzerinde pozitif uyarıcı olduğunu göstermektedir. Yani çevresel uyarı ne az olmalıdır, ne de çok (Wohlwill, 1968; Berlyne, 1971). Hastaların etrafındakilerin hasta maneviyatını yüksek tutması gerektiği gibi içinde bulunduğu binanın da bu ortamı sağlaması gerekmektedir. Mimar mekânı dolu ve boş kısımların kontrastı, pencere sıralarının ritmi ve renklerin armonisi ve kontrastı, ışık ve gölge gibi elemanların tasarımı ile estetik hale getirmelidir (Mutlu, 1973). Ulrich, R. S., (2001)' e göre hasta bekleme alanları; renk seçimi, ekipmanların konforlu olması ve teknolojik aletlerin kullanımı ile sıkılmamaları için uygun bir şekilde tasarlanmalıdır. Eğer uyarı derecesi sesten, yoğun ışıktan, parlak renklerden ve diğer çevresel etkenlerden dolayı yüksek olursa stres oluşturması muhtemeldir. Düşük değerler de sıkıcı ve depresyon gibi negatif hisler uyandırabilir. Pozitif uyaranların eksikliği de endişe veya stresi attıran stresli düşüncelere odaklanabilir.

Renk seçimi: Renklerin, tür, değer, doygunluklarına göre değişen sıcaklık, soğukluk, aktiflik, pasiflik, hafiflik, uyarıcılık, dinlendiricilik, sevinç, üzüntü gibi pek çok psikolojik etkileri olduğu çeşitli deneylerle ispatlanmıştır. Renklerin psikolojik etkilerine dair bir çok deney ve gözlemler yer almakla birlikte Faber Birren yapmış olduğu bir çok psikolojik deneyde çok dikkatsiz ve kayıtsız bireylerin bile farklı renkteki uyarıcılara tepki verdiklerini saptamıştır. Bunlar Şekil 4.3'de ifade edilmektedir (Özdemir, T., 2005). Özellikle çocuk polikliniklerinde farklı renk kullanımları tercih edilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Özdemir, T., (2005)'e göre renkler tavan, duvar ve döşemelerde, mekân boyutlarının algılanmasını şu şekilde etkiler:

- Yüksek tavanlar, sıcak renk ve koyu değerler ile daha alçak olarak, alçak tavanlar ise soğuk renk ve açık değerler ile daha yüksek olarak algılanırlar.
- Yan duvarlar, soğuk renk ve açık değerler ile birbirlerinden daha uzak olarak, sıcak renk ve koyu değerler ile birbirlerine daha yakın olarak algılanırlar. Karşı

duvarlar ise sıcak renk koyu değerler ile daha yakın olarak algılanırken, soğuk renk koyu değerler ile daha uzakta algılanırlar.

- Döşemeler, sıcak renk koyu değerler ile kuytu ve emniyetli olarak algılanmakta iken, soğuk renk ve açık değerler ile temizlik ve genişlik etkisi uyandırırlar.

Tavanda, duvarda, döşemede, sıcak açık ve koyu değerler ile soğuk açık ve koyu değerlerin kullanılması sonucu bireyde uyanan psikolojik etkiler şekil 4.4'te özetlenmiştir:

Renk Türü	Etkileri
Beyaz	Beyaz, bütün renkleri içinde barındırdığından birliğin ve sağlığın sembolü olmuştur. Bir açıklık ve şaffaflık idealini yansıtır.
Siyah	Beyazın zıttı olan siyah, iyi-kötü, gündüz-gece, yaşam-ölüm gibi var olan doğl ikilemlerin 'diğer' rengidir. Siyah her birimizin doğasında bulunan derin uyuşmazlığın sembolüdür. Bu renk, yas, pişmanlık, suçluluğu sembolize edebileceği gibi, derin dinlendirici sessizlik ve sonsuzluk ya da yapısal kuvveti sembolize eder.
Mor	Mor, asalet, mistizm, utanç, hüzün, aşk ve aklın birleşimi, itibarın rengidir. Mor, büyük alanlarda görüldüğü taktirde korkutucu ve huzursuzluk veren bir renk olabilir.
Mavi	Mavi hoşnutluk, iyi niyet, merhamet, açık sözlülük, işbirliği ve huzuru çağrıştırır. Heyecan giderici ve sakinleştirici etkisi vardır.
Kahverengi	Olgunluğu temsil eden, yatıştırıcı bir renktir.
Sarı	Sarı anlamayı keskinleştirir ve akıl işlevlerini arttırır. Genel kas sinirlerinin gücünün arttıran tek renktir.
Kırmızı	Tutkunun rengi olan kırmızı, dikkat arttırıcı, ilgi çekici, hareketlilik sağlayıcı, cesaret, güç, hayat dolu, ısıtıcı etkiler taşır. Abartılması halinde sertlik ve şiddet, tehlike, rahatsız edicilik ifade edebilir.
Uçuk pembe	Nezaket, yumuşaklılık, tatlılık, çekingenlik, mahcubiyet, muhafazakarlık duygusu telkin eden bir renktir.
Turuncu	Neşe verici, ısıtıcı, birlik olmaya yöneltici, çok kullanıldığı zamanlarda huzursuz edici, zenginlik, ışık ve verimliliği temsil eden bir renktir.
Yeşil	Sessizlik, verimlilik, hayat, büyüme, doğa, bilgelik ve inancı çağrıştırır.

Şekil 4.3 : Renklerin Psikolojik Etkileri (Özdemir, T., 2005).

Renk Türleri ve Değerleri	Sıcak Renk Koyu Değer	Soğuk Renk Koyu Değer	Sıcak Renk Açık Değer	Soğuk Renk Açık Değer
TAVANDA	Kasvetli, Tehdidkar	Kapatıcı, Örtücü	Manevi Baskı Verici	Yükseltici
DUVARDA	Çevreleyici, Sarıcı	Soğuk	Hareketlendirici	Yönlendirici,Serin
DÖŞEMEDE	Tutucu, Sağlam, Emniyetli	Ağır	Yükseltici, Kaldırıcı	Emniyetsiz, Koşmaya Teşvik Edici

Şekil 4.4 : Mekânlarda Sıcak ve Soğuk Renk Kullanımının Oluşturduğu Psikolojik etkiler (Özdemir, T., 2005).

Ekipman seçimi: Ekipman, günümüzde hastanelerin planlanmasında önemli unsurlardan biridir. Yapılan tasarımlarda kullanılacak ekipman çeşitlerinin ve yerleştirilecekleri yerlerin belirlenmesi aynı zamanda hizmet vereceği kişilerin veya grubun bilinmesi ekipmanın ulaşılabilirliği, kullanımı, bakımı ve temizliği gibi durumlarda büyük kolaylık sağlayacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Ekipman seçimi ve yerleşimi poliklinikler arasında farklılık gösterebilir. Örneğin; Çocuk polikliniklerinde çocukların boylarına uygun, kolaylıkla kullanbilecekleri ekipmanlar tercih edilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2010). Seçilen ekipmanın konforlu olması hastanın ruh haline olumlu katkı sunabilir.

Teknoloji: Bekleme alanlarındaki hastaların sıkılmalarını önlemek amacıyla çeşitli tekonolojik aletlerden faydalanılması can sıkıntısını azaltarak, hastaların psikolojilerine olumlu katkı sunabilir.

Bu bölümde incelenen poliklinik hasta bekleme alanları tasarımı pilot alan çalışması ile belirlenmiş olan ölçütler çerçevesinde ele alınarak, gerçekleştirilen alan çalışması için; anlatılan standartlar çerçevesinde değerlendirme olanağı sunmaktadır. Bir sonraki bölümde hastane yapım tarihleri ve büyüklüklerine göre belirlenen altı hastanede gerçekleştirlen alan çalışmasına yer verilmiştir.

5. ALAN ÇALIŞMASI

Alan çalışması iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Alan çalışması iki aşamalı olarak gerçekleştirimiştir. 'Pilot alan çalışması' ve 'Alan çalışması'. Pilot alan çalışmasında hastalarla mülakatlar gerçekleştirilmiş ve bununla birlikte kişisel gözlemler sonucunda bir takım tasarım değerlendirme ölçütleri belirlenmiştir. İncelenen hastanelerde poliklinik bekleme alanlarının planları da incelenerek yerleşim biçimlerine göre plan tipleri geliştirilmiştir.

Alan çalışmasında ise; geliştirilen plan tiplerine birer tane örnek oluşturacak şekilde, hastaneler belirlenmiş ve hasta bekleme alanlarının tasarım ve kullanım verimliliğini ve tasarım sonrası değerlendirmeleri için yararlanılacak gözleme dayalı alan çalışmasında nitel araştırma yöntemi kullanılarak, puanlama tekniği ile değerlendirilmiştir. Alan çalışmasında**;**

- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi
- İstinye Devlet Hastanesi
- Şişli Hamidiye Etfâl Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
- Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

olmak üzere altı farklı genel hastanede yapılan mekânsal analizler ve gözlemler oluşturmaktadır. Değerlendirmede dörtlü puanlama tekniği kullanılmıştır. Değerlendirmede; belirlenen tasarım ölçütlerine (Çizelge 5.2) göre mekânda yapılan gözlem ve ölçüm sonuçları şu şekilde değerlendirilmiştir:

- Standartı sağlıyor ise +1,
- Sağlıyor ve ortama olumlu katkı sunuyor ise +2,
- Standart dışı ise -1,
- Standart dışı ve ortamı olumsuz yönde etkiliyor ise -2 puanları ile puanlandırılmıştır (Çizelge 5.1).

Çizelge 5.1 : Puanlandırma Sistemi.

Puanlama			
Standart	Standart içi olumlu etki	Standart dışı olumsuz etki	Standart yok
+1	+2	-2	-1

Alan çalışması aşağıda belirtilen ana başlıklar ekseninde gerçekleştirilmiştir:

Çizelge 5.2 : Alan Çalışması Ölçütleri.

Mekânsal (A) (25-50 Puan)					Fiziksel Koşullar (C) (8-16 Puan)		Psikolojik (D) (3-6 Puan)
Mekân Boyutları	Esneklik	Erişilebilirlik	Engelli Ulaşımı	Yoğunluk	F.Ç.K.	Güv.	Psikoloji

İstanbul'daki poliklinik hasta bekleme alanları hastanelerin yapım tarihleri ve kullanım yoğunlukları ve tasarımları göz önünde bulundurularak;

- Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi,
- İstinye Devlet Hastanesi,
- Şişli Hamidiye Etfâl Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi,
- Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi olmak üzere altı hastanede incelenmiş, incelenen hastaneler tasarım şekli olarak sirkülasyon akışları göz önünde bulundurularak 3 tip şeklinde sınıflandırılarak, yapılan sınıflandırmaya göre poliklinik hasta bekleme alanları; Tip 1 a, Tip 1 b, Tip 2 a , Tip 2 b, Tip 3 a ve Tip 3 b (Şekil 5.1) olmak üzere altı farklı plan tipinde incelenmiştir.

1- Sirkülasyon sonu yerleşim planı,

a) Tek taraflı,

b) Çift taraflı.

2- Sirkülasyon üzeri yerleşim planı,

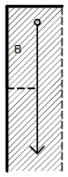
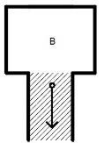
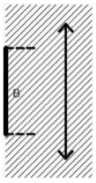
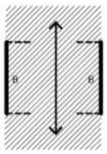
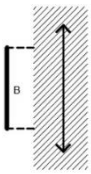
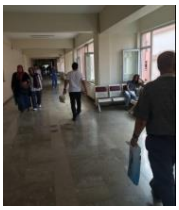
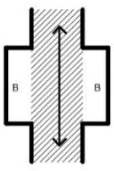
a) Tek taraflı,

b) Çift taraflı.

3- Sirkülasyon üzeri niş yerleşim planı.

a) Tek taraflı,

b) Çift taraflı.

Tip No	Tip Adı	Tip Şeması	Örnek Hastane Polikliniği Resmi	Örnek Hastane Polikliniği
1 A	**Sirkülasyon sonu tek taraflı yerleşim planı**			Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
1 B	**Sirkülasyon sonu çift taraflı yerleşim planı**			İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi
2 A	**Sirkülasyon üzeri tek taraflı yerleşim planı**			Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
2 B	**Sirkülasyon üzeri çift taraflı yerleşim planı**			Şişli Hamidiye Etfâl Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3 A	**Sirkülasyon üzeri tek taraflı niş yerleşim planı**			İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
3 B	**Sirkülasyon üzeri çift taraflı niş yerleşim planı**			İstinye Devlet Hastanesi

Şekil 5.1 : Poliklinik Hasta bekleme alanı tipleri.

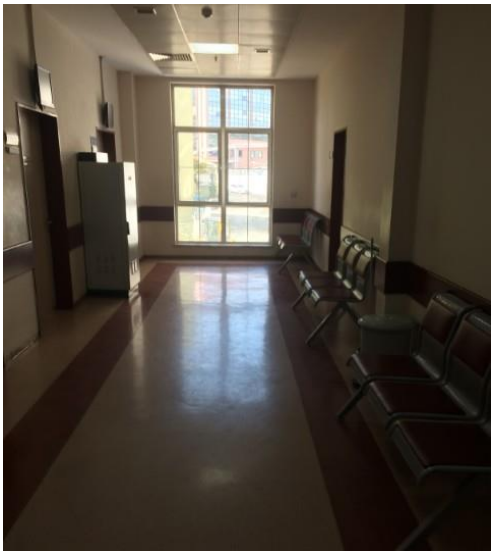
5.1 Bulgular

Alan çalışması sonucunda incelenen hastanelerde elde edilen bulgular ayrı başlıklar altında ele alınmıştır:

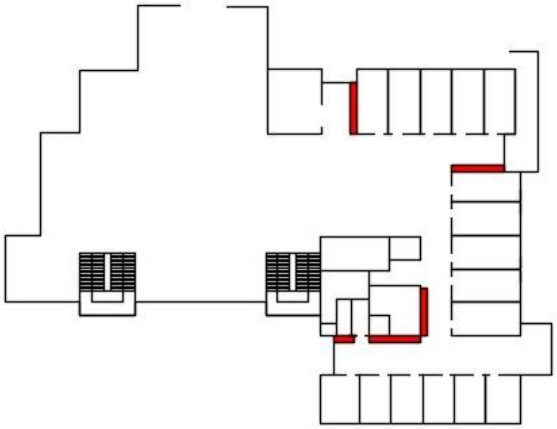
5.1.1 Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi

Osmanlı döneminde; 1827 yılında 14 Mart Çarşamba günü Tıbhane adı altında Şehzadebaşı'nda Tulumbacı konağında açılmıştır. Askeri ve Mülki Tıbbiye beraber eğitime devam etmeye başlayınca, 1903 yılında Tıbbiye-i Şahane şimdiki Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin olduğu Haydarpaşa'ya taşınmıştır. Bina 1903'den 1908'e kadar Askeri Tıbbiye olarak, 1908'den 1933'e kadar İstanbul Tıp Fakültesi olarak görev yapmıştır. Daha sonra Tıp Fakültesi Eğitim Bakanlığına, Hastane kısmı da Sağlık Bakanlığı'na devredilerek onarım işlerine başlanarak 1934 yılında 16 ay süren inşaat işleri başlatılmış ve 1936 tarihinde Haydarpaşa Numune Hastanesi 225 yataklı olarak faaliyete başlamıştır. Daha sonra zamanla yeni bölümler açılarak günümüze ulaşmıştır (Url-8). Günümüzde, hastane 709 yatak kapasitesine sahip olup, 291 uzman 11 tabip ile hizmet vermektedir ve yıllık muayene olan hasta sayısı ise 1.627.364'tür (Url-5).

Tasarım biçimine göre 'Sirkülasyon sonu yerleşim planı' tipine giren poliklinik bekleme alanı yerleşim biçimine göre 'tek taraflı yerleşim' olarak sınıflandırılmıştır (Şekil 5.1, 5.2, 5.3). Plan tiplerinden 'Tip 1A' olarak tanımlanan bekleme alanı; 'sirkülasyon sonu tek taraflı yerleşim planı' olarak adalandırılmıştır.



Şekil 5.2 : Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi bekleme alanı.



Şekil 5.3 : Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi bekleme alanı krokisi.

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilen alan çalışmasında genel cerrahi polikliniklerinde belirlenmiş olan tasarım ölçütleri çerçevesinde gözleme dayalı çalışma yapılmıştır (Çizelge 5.3). Bu çalışma sonucunda aşağıdaki veriler elde edilmiştir: Genel cerrahi polikliniğinde; %45 nem, 28 °C sıcaklık, 69 db. gürültü, 66 lx. ışık değerleri ölçülmüştür (Şekil 5.4). Bu poliklinikte doğal havaldırma imkanı yokken mekânik havalandırma sistemi ile ortam havalandırılmaktadır. Mekân rengi olarak bej rengi tercih edilmiş, hastaların bekleme alanlarında vakit geçirebilecekleri teknolojik aletlere yer verilmemiş, koltuklar demir olup üzeri deri ile kaplanmıştır. Açık ve yalın plan şemasına sahip olan hastanede polikliniğe 58 sn.'de erişilebilmektedir. Poliklinik bekleme alanlarından doktor kayıt bankolarını görmek mümkün değilken, doktor odalarını görmek mümkündür. Polikliniklere ve kayıt bankolarına doğrudan erişim imkanı vardır. Teşhis ünitelerine erişmek için düşey sirkülasyona sahiptir. Hastane teknolojik gelişmelere bağlı büyümeye elverişli iken, çok katlı olan hastanenin poliklinikleri mekânsal olarak düşey veya yatay büyüme olanağı yoktur. Zemin malzemesi PVC kaplamadır. Katlar içerisinde kot farklarının olmadığı hastanede; girişte engelli rampası vardır. Hastanede hissedilebilir yüzeyler ve engelli ulaşımını sağlayabilecek asansör bulunmaktadır. Poliklinik 3 m. kat yüksekliğine sahip olup, kapı genişliği 1.10 m., sirkülasyon genişliği 3.20 m., pencere boyutları ise 1.75 x 2.65 m.'dir. Bekleme alanlarındaki koltuk ebatları ise 45 x 45 cm.'dir. Bekleme alanları tuvaletlere yakındır. Aktif olarak iki doktorun çalıtığı polikliniktekı 1 sa. İçerisindeki ortalama hasta sayısı 12'dir.



Mekân Görünüşü- Aydınlık Seviyesi - Gürültü Seviyesi

Şekil 5.4 : Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi genel cerrahi polikliniği ölçümleri.

Çizelge 5.3 : Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanesi alan çalışması bulguları.

	Ölçütler/Hastane Adı	Koşullar/Hastane Adı			Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
					Genel Cerrahi	PUAN
Fiziksel Koşullar	Fiziksel Koşullar	Nem			45%	2
		Sıcaklık			28 C	-2
		Havalandırma		Doğal Havalandırma	DOĞAL	-1
				Yapay Havalandırma	MEKANİK	1
		Gürültü			69 DB.	-2
		Işık		Doğal Işık	VAR	1
				Yapay Işık	VAR (66 LX.)	-2
	Güvenlik	Kayma/Düşme			YOK (PVC)	1
Mekansal	Yön Bulma	Genel Erişim	Görme	Poliklinik Bekleme Alanlarından Doktor Odasını Görme	GÖRÜNÜYOR	2
				Poliklinik Bekleme Alanlarından Kayıt Bankosunu Görme	GÖRÜNÜYOR	2
			Polikliniklere Ulaşım İçin Geçen Süre		58 SN.	1
			Teşhis Ünitelerine Erişimde Dönüş Sayıları		1	1
			Polikliniklere Erişimde Dönüş Sayıları		1	1
			Sirkülasyon Tipi	Asansör	4 X 12 KİŞİLİK	1
				Merdiven	2 X 2.15 X 0.15 M.	2
		Bekleme Alanlarına Erişim			1. KATTA	1
		Polikliniklere Erişim		Hasta Kayıt Bankolarına Erişim	1. KATTA	1
				Doktor Odalarına Erişim	1. KATTA	1
	Esneklik	Teknolojik Gelişmelere Bağlı Büyüme			VAR	1
		Mekansal Büyüme		Dikey	X	-1
				Yatay	x	-1
	Mekan Boyutları	Pencere Boyutları			1.75 X 2.65	-1
		Kat Yükseliği			3 M.	1
		Kapı Boyutları			1.10 M.	1
		Sirkülasyon Alanı Boyutları			3.20 M.	2
		Ekipman Boyutları			45 X 45	-1
		Bekleme Alanı Boyutları			3.20 WC YAKIN	2
	Engelliler	Kot Farkları			YOK	1
		Rampa			VAR	1
		Asansör			VAR	1
		Hissedilebilir Yüzey			VAR	1
	Yoğunluk/Kapasite	Doktor Sayısı			2	2
		Günlük Hasta Sayısı			12	2
Psikolojik	Psikolojik Etki	Teknoloji			YOK	-1
		Renk Seçimi			BEJ	1
		Ekipman Seçimi			DERİ DEMİR	-1
		PUANLAMA	OLMASI GEREKEN			36-72
			OLAN			21

5.1.2 İstanbul üniversitesi istanbul tıp fakültesi hastanesi

Ülkemizde 18. yüzyılın sonlarına kadar yükseköğretim için hemen hemen tek müessese olan medresenin temelleri, 9. yy.' a kadar gitmektedir. Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, 1843 yılında ilk mezunlarını vermiş ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1945 yılında çıkarılan 4761 sayılı kanunla Ankara Tıp Fakültesi kurulana kadar, ülkemizin tek tıp fakültesi konumdaymış. Öğrenci ve öğretim üyesi sayısının oldukça artması gerekçeleriyle İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin 1967 yılında Üniversite Senatosu kararı ile yeni bir Fakülte kurulması kararı alınarak İstanbul Üniversitesi bünyesinde iki Tıp Fakültesi yer almaya başlamıştır. Fakültenin adı "İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi" olarak belirlenmiş, Cerrahpaşa Kampüsü içinde faaliyet gösterecek Fakülte "Cerrahpaşa Tıp Fakültesi" adını almıştır. Bu yapılanmanın ardından İstanbul Tıp Fakültesi, Çapa'daki Kampüsü içerisinde temel bilim dallarının yerleşeceği binanın inşaatını tamamlatılarak Beyazıt Merkez Bina'daki Enstitüleri 1974 yılında bugünkü yerine taşıyarak günümüzde hizmet vermektedir (Url-9).

Tasarım biçimine göre süreksiz 'Sirkülasyon sonu yerleşim planı' olduğu belirlenen poliklinik bekleme alanı yerleşim biçimine göre 'çift taraflı yerleşim' olarak sınıflandırılmıştır (Şekil 5.5). Plan tiplerinden 'Tip 1B' olarak tanımlanan bekleme alanı; 'sirkülasyon sonu çift taraflı yerleşim planı' olarak adalandırılmıştır.



Şekil 5.5 : İstanbul üniversitesi İstanbul tıp fakültesi hastanesi bekleme alanı.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilen alan çalışmasında hastane polikliniğinde göz polikliniklerinde, belirlenmiş olan tasarım ölçütleri çerçevesinde gözleme dayalı çalışma yapılmıştır (Çizelge 5.4). İstanbul Üniversitesi İstanbul tıp fakültesi hastanesi göz polikliniğinde; %40 nem, 24 C sıcaklık, 69 db. gürültü, 47 lx. ışık değerleri ölçülmüştür (Şekil 5.6). Bu poliklinikte

yapay havaldırma imkanı yokken doğal havalandırma sistemi ile ortam havalandırılmaktadır. Mekân rengi olarak bej rengi tercih edilmiş, hastaların bekleme alanlarında vakit geçirebilecekleri teknolojik aletlere yer verilmemiş, koltuklar ahşaptır. Açık ve yalın plan şemasına sahip olan hastanede polikliniğe 14 sn.'de erişilebilmektedir. Poliklinik bekleme alanlarından kayıt bankolarını ve doktor odalarını görmek mümkün değildir. Polikliniklere ve kayıt bankolarına doğrudan erişim imkanı vardır. Teşhis üniteleri poliklinikler ile aynı kattadır. Hastane teknolojik gelişmelere bağlı büyümeye elverişli iken, çok katlı olan hastanenin poliklinikleri mekânsal olarak düşey veya yatay büyüme olanağı yoktur. Zemin malzemesi PVC kaplamadır. Hastanede katlar içerisinde ve girişte kot farkları yoktur. Hastanede hissedilebilir yüzeyler ve engelli ulaşımını sağlayabilecek asansör bulunmamaktadır. Poliklinik 2.60 m. kat yüksekliğine sahip olup, kapı genişliği 0.90 m., sirkülasyon genişliği 3 m., 2 adet pencerenin olduğu poliklinikte pencere boyutları ise 1.20 x 1.50 m.'dir. Bekleme alanlarındaki koltuk ebatları ise 40 x 35 cm.'dir. Aktif olarak iki doktorun çalıştığı polikliniktekı 1 sa. İçerisindeki ortalama hasta sayısı 8'dir.



Mekân Görünüşü- Aydınlık Seviyesi - Gürültü Seviyesi

Şekil 5.6 : İstanbul üniversitesi istanbul tıp fakültesi ölçümleri.

Çizelge 5.4 : İstanbul üniversitesi istanbul tıp fakültesi alan çalışması bulguları.

	Ölçütler/Hastane Adı	Koşullar/Hastane Adı			İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi	
					Göz	PUAN
Fiziksel Koşullar	Fiziksel Koşullar	Nem			40%	2
		Sıcaklık			24 C	-2
		Havalandırma		Doğal Havalandırma	DOĞAL	2
				Yapay Havalandırma	X	-2
		Gürültü			69 DB.	-2
		Işık		Doğal Işık	VAR	1
				Yapay Işık	VAR (47 LX.)	-2
	Güvenlik	Kayma/Düşme			YOK (PVC)	1
Mekansal	Yön Bulma	Genel Erişim	Görme	Poliklinik Bekleme Alanlarından Doktor Odasını Görme	GÖRÜNMÜYOR	-2
				Poliklinik Bekleme Alanlarından Kayıt Bankosunu Görme	GÖRÜNMÜYOR	-2
			Polikliniklere Ulaşım İçin Geçen Süre		14 SN.	1
			Teşhis Ünitelerine Erişimde Dönüş Sayıları		İÇERİSİNDE	1
			Polikliniklere Erişimde Dönüş Sayıları		1	1
			Sirkülasyon Tipi	Asansör	YOK	1
				Merdiven	1 X 1.20 X 14.50 M.	2
		Bekleme Alanlarına Erişim			GİRİŞTE 10 SN.	1
		Polikliniklere Erişim		Hasta Kayıt Bankolarına Erişim	GİRİŞTE	1
				Doktor Odalarına Erişim	GİRİŞTEN 1 DÖNÜŞ	1
	Esneklik	Teknolojik Gelişmelere Bağlı Büyüme			VAR	1
		Mekansal Büyüme		Dikey	X	-1
				Yatay	x	-1
	Mekan Boyutları	Pencere Boyutları			2 X 1.20 X 1.50 M.	-1
		Kat Yükseliği			2.60 M.	-1
		Kapı Boyutları			90 CM.	-1
		Sirkülasyon Alanı Boyutları			3 M.	2
		Ekipman Boyutları			40 X 35	-1
		Bekleme Alanı Boyutları			0.50-2-0.50	2
	Engelliler	Kot Farkları			YOK	1
		Rampa			YOK	1
		Asansör			YOK	1
		Hissedilebilir Yüzey			YOK	-1
	Yoğunluk/Kapasite	Doktor Sayısı			2	-1
		Günlük Hasta Sayısı			8	-1
Psikolojik	Psikolojik Etki	Teknoloji			YOK	-1
		Renk Seçimi			BEJ	1
		Ekipman Seçimi			AHŞAP	-1
		PUANLAMA		OLMASI GEREKEN		36-72
				OLAN		1

5.1.3 İstinye devlet hastanesi

İstinye Devlet Hastanesi; 1948 yılında Verem Savaş Dispanseri ve on yataklı bir sağlık merkezi olarak tek bir blok ile hizmete başladıktan sonra 1967'de ikinci bir blok ilave edilmiş, 1968'de 100 yataklı bir hastane olarak tescil edilmiştir. 1970 yılında Verem Savaş Dispanseri hizmetleri vermemeye başlayarak 1979'da yapılan yeni bir blok ve 1998'de dördüncü blok eklenerek genel hastane konseptinde hizmete devam etmiştir. 2005'te eski SSK Dispanseri hastanemize devredilmiş, günümüz itibariyle 128 hasta yatağıyla hizmet vermektedir (Url-10). Günümüzde, hastane 128 yatak kapasitesine sahip olup, 70 uzman 13 tabip ile hizmet vermektedir ve yıllık muayene olan hasta sayısı ise 618.454'tür (Url-5).

Tasarım biçimine göre süreksiz 'Sirkülasyon üzeri niş yerleşim planı' olduğu belirlenen poliklinik bekleme alanı yerleşim biçimine göre 'çift taraflı yerleşim' olarak sınıflandırılmıştır (Şekil 5.7, 5.8). Plan tiplerinden 'Tip 3B' olarak tanımlanan bekleme alanı; 'sirkülasyon üzeri çift taraflı niş yerleşim planı' olarak adlandırılmıştır.



Şekil 5.7 : İstinye devlet hastanesi bekleme alanı.



Şekil 5.8 : İstinye devlet hastanesi bekleme alanı krokisi.

İstinye Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilen alan çalışmasında KBB ve göz polikliniklerinde, belirlenmiş olan tasarım ölçütleri çerçevesinde gözleme dayalı çalışma yapılmıştır (Çizelge 5.5). Bu çalışma sonucunda aşağıdaki veriler elde edilmiştir: KBB ve göz polikliniklerinde; %60 nem, 32 °C sıcaklık, 68 db. gürültü, 60 lx. ışık değerleri ölçülmüştür (Şekil 5.9). Bu poliklinikte doğal veya yapay havalandırma imkanı yoktur. Mekân rengi olarak bej rengi tercih edilmiş, hastaların bekleme alanlarında vakit geçirebilecekleri teknolojik aletlere yer verilmemiş, koltuklar demirdir. Açık ve yalın plan şemasına sahip olan hastanede polikliniğe 38 sn.'de erişilebilmektedir. Poliklinik bekleme alanlarından kayıt bankolarını görmek mümkünken, doktor odalarını görmek mümkün değildir. Polikliniklere ve kayıt bankolarına doğrudan erişim imkanı vardır. Teşhis üniteleri poliklinik katındadır. Hastane teknolojik gelişmelere bağlı büyümeye elverişli değilken, çok katlı olan hastane polikliniklerinin mekânsal olarak düşey veya yatay büyüme olanağı da yoktur. Zemin malzemesi seramik kaplamadır. Katlar içerisinde kot farklarının olmadığı hastaneye; düz ayak girilebilmektedir. Hastanede hissedilebilir yüzeyler ve engelli ulaşımını sağlayabilecek asansör bulunmaktadır. Poliklinik 3.20 m. kat yüksekliğine sahip olup, kapı genişliği 0.75 m., sirkülasyon genişliği 2.95 m., pencere boyutları ise 1.75 x 2.65 m.'dir. Bekleme alanlarındaki koltuk ebatları ise 45 x 45 cm.'dir. Bekleme alanları tuvaletlere yakındır. Aktif olarak iki doktorun çalıştığı polikliniktekı 1 sa. içerisindeki ortalama hasta sayısı 24'tür.



Mekân Görünüşü- Aydınlık Seviyesi - Gürültü Seviyesi

Şekil 5.9 : İstinye devlet hastanesi kbb ve göz polikliniki ölçümleri.

Çizelge 5.5 : İstinye devlet hastanesi alan çalışması bulguları.

	Ölçütler/Hastane Adı	Koşullar/Hastane Adı			İstinye Devlet Hastanesi	
					KBB, Göz	PUAN
Fiziksel Koşullar	Fiziksel Koşullar	Nem			60%	2
		Sıcaklık			32 C	-2
		Havalandırma		Doğal Havalandırma	X	-1
				Yapay Havalandırma	YAPAY (VANTİLATÖR)	-2
		Gürültü			62 DB.	-2
		Işık		Doğal Işık	YOK	-1
				Yapay Işık	VAR (60 LX.)	-2
	Güvenlik	Kayma/Düşme			VAR (SERAMİK)	-1
Mekansal	Yön Bulma	Genel Erişim	Görme	Poliklinik Bekleme Alanlarından Doktor Odasını Görme	GÖRÜNMÜYOR	-2
				Poliklinik Bekleme Alanlarından Kayıt Bankosunu Görme	GÖRÜNÜYOR	2
			Polikliniklere Ulaşım İçin Geçen Süre		38 SN.	1
			Teşhis Ünitelerine Erişimde Dönüş Sayıları		1 DÖNÜŞ	1
			Polikliniklere Erişimde Dönüş Sayıları		1	1
			Sirkülasyon Tipi	Asansör	16 KİŞİLİK	1
				Merdiven	YOK	2
		Bekleme Alanlarına Erişim			GİRİŞTEN 1 DÖNÜŞ VAR	1
		Polikliniklere Erişim		Hasta Kayıt Bankolarına Erişim	GİRİŞTE	1
				Doktor Odalarına Erişim	GİRİŞTEN 1 DÖNÜŞ VAR	1
	Esneklik	Teknolojik Gelişmelere Bağlı Büyüme			YOK	-1
		Mekansal Büyüme		Dikey	X	-1
				Yatay	x	-1
	Mekan Boyutları	Pencere Boyutları			1.75 X 2.65	-1
		Kat Yükseliği			3.20 M.	1
		Kapı Boyutları			75 CM.	-1
		Sirkülasyon Alanı Boyutları			2.95 M. (65-165-65)	2
		Ekipman Boyutları			45 X 45 CM.	-1
		Bekleme Alanı Boyutları			65-165-65 CM.	2
	Engelliler	Kot Farkları			YOK	1
		Rampa			DÜZ AYAK	1
		Asansör			VAR	1
		Hissedilebilir Yüzey			VAR	1
	Yoğunluk/Kapasite	Doktor Sayısı			2	-1
		Günlük Hasta Sayısı			24	-1
Psikolojik	Psikolojik Etki	Teknoloji			YOK	-1
		Renk Seçimi			BEJ	1
		Ekipman Seçimi			DEMİR KOLTUK	-1
		PUANLAMA		OLMASI GEREKEN		36-72
				OLAN		0

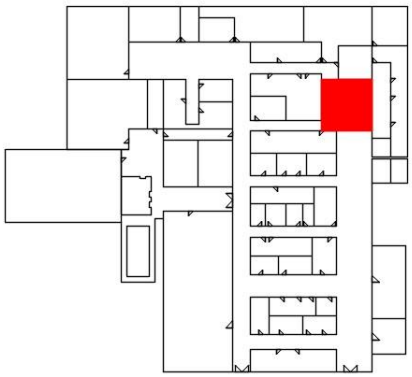
5.1.4 Şişli hamidiye etfâl eğitim ve araştırma hastanesi

Ülkemizin ilk çocuk hastanesi olan Şişli Hamidiye Etfâl Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haseki Nisa Hastanesi'nden sonra pavyon tarzında yapılan ikinci hastanesi ve Ülkemizin uzman yetiştiren ilk kamu hastanesidir. 1904 yılında Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane mezunu beş genç hekimle başlayan eğitim öğretim faaliyetleri Cumhuriyet döneminde artarak devam etmiş ve hastane pek çok uzman yetiştirmiştir. 1930 yılından itibaren yeni bina yapımları devam ederken bir yandan da bünyesinde kurulan okullar ülkemizin büyük ihtiyaç duyduğu hemşire, yardımcı hemşire, ebe, laborant kurslarda ise çeşitli branşlarda teknisyenler yetiştirmiştir (Url-11). Günümüzde, hastane 670 yatak kapasitesine sahip olup, 300 uzman 9 tabip ile hizmet vermektedir ve yıllık muayene olan hasta sayısı ise 1.814.717'tür (Url-5).

Tasarım biçimine göre süreksiz 'Sirkülasyon üzeri yerleşim planı' olduğu belirlenen poliklinik bekleme alanı yerleşim biçimine göre 'çift taraflı yerleşim' olarak sınıflandırılmıştır (Şekil 5.10, 5.11). Plan tiplerinden 'Tip 2B' olarak tanımlanan bekleme alanı; 'sirkülasyon üzeri çift taraflı yerleşim planı' olarak adlandırılmıştır.



Şekil 5.10 : Şişli hamidiye Etfâl eğitim ve araştırma hastanesi bekleme alanı.



Şekil 5.11 : Şişli hamidiye Etfâl eğitim ve araştırma hastanesi beklem alanı krokisi.

Şişli Hamidiye Etfâl Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilen alan çalışmasında hastane polikliniğinde KBB polikliniklerinde, belirlenmiş olan tasarım ölçütleri çerçevesinde gözleme dayalı çalışma yapılmıştır (Çizelge 5.6). Bu çalışma sonucunda aşağıdaki veriler elde edilmiştir: KBB polikliniklerinde; %45 nem, 28 °C sıcaklık, 78 db. gürültü, 54 lx. ışık değerleri ölçülmüştür (Şekil 5.12). Bu polikliniklerde doğal havalandırma imkanı yokken, yapay havalandırma olarak mekânik havalandırma sistemi vardır. Mekân rengi olarak krem tonlarında tercih edilmiş, hastaların bekleme alanlarında vakit geçirebilecekleri teknolojik aletlere yer verilmemiş, koltuklar deri koltuktur. Açık ve yalın plan şemasına sahip olan hastanede polikliniğe 32 sn.'de erişilebilmektedir. Poliklinik bekleme alanlarından kayıt bankolarını görmek mümkünken, doktor odalarını görmek mümkün değildir. Polikliniklere ve kayıt bankolarına doğrudan erişim imkanı vardır. Teşhis üniteleri bodrum kattadır. Zemin malzemesi PVC kaplamadır. Poliklinik 3.30 m. kat yüksekliğine sahip olup, kapı genişliği 0.90 m., sirkülasyon genişliği 5.50 m.'dir. Bekleme alanlarındaki koltuk ebatları ise 55 x 45 cm.'dir. Bekleme alanları tuvaletlere yakındır. Aktif olarak beş doktorun çalıştığı polikliniktekı 1 sa. içerisindeki ortalama hasta sayısı 45'tir.



Mekân Görünüşü- Aydınlık Seviyesi - Gürültü Seviyesi

Şekil 5.12 : Şişli hamidiye Etfâl eğitim ve araştırma hastanesi kbb polikliniği ölçümleri.

Çizelge 5.6 : Şişli hamidiye Etfâl eğitim ve araştırma hastanesi alan çalışması bulguları.

	Ölçütler/Hastane Adı	Koşullar/Hastane Adı			Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
					KBB	PUAN
Fiziksel Koşullar	Fiziksel Koşullar	Nem			45%	2
		Sıcaklık			28 C	-2
		Havalandırma		Doğal Havalandırma	X	-1
				Yapay Havalandırma	MEKANİK	1
		Gürültü			78 DB.	-2
		Işık		Doğal Işık	YOKK	-1
				Yapay Işık	VAR 54 LX	-2
	Güvenlik	Kayma/Düşme			VAR (CİLALI MERMER)	2
Mekansal	Yön Bulma	Genel Erişim	Görme	Poliklinik Bekleme Alanlarından Doktor Odasını Görme	GÖRÜNMÜYOR	-2
				Poliklinik Bekleme Alanlarından Kayıt Bankosunu Görme	GÖRÜNÜYOR	2
			Polikliniklere Ulaşım İçin Geçen Süre		32 SN.	1
			Teşhis Ünitelerine Erişimde Dönüş Sayıları		1 MERDİVEN	1
			Polikliniklere Erişimde Dönüş Sayıları		1	1
			Sirkülasyon Tipi	Asansör	10 KİŞİLİK	1
				Merdiven	1 (150 X 15 CM)	1
		Bekleme Alanlarına Erişim			GİRİŞTEN DİREK	1
		Polikliniklere Erişim		Hasta Kayıt Bankolarına Erişim	GİRİŞTEN DİREK	1
				Doktor Odalarına Erişim	GİRİŞTEN 1 DÖNÜŞ VAR	1
	Esneklik	Teknolojik Gelişmelere Bağlı Büyüme			YOK	-1
		Mekansal Büyüme		Dikey	VAR	1
				Yatay	x	-1
	Mekan Boyutları	Pencere Boyutları			YOK	-1
		Kat Yükseliği			3.30 M.	1
		Kapı Boyutları			NET 90 CM.	-1
		Sirkülasyon Alanı Boyutları			5.50 M.	2
		Ekipman Boyutları			55 X 45	-1
		Bekleme Alanı Boyutları			2 SIRA HALİNDE 40 CM GEÇİŞ	2
	Engelliler	Kot Farkları			YOK	1
		Rampa			DÜZ AYAK	1
		Asansör			VAR	1
		Hissedilebilir Yüzey			YOK	-1
	Yoğunluk/Kapasite	Doktor Sayısı			5	-1
		Günlük Hasta Sayısı			45	-1
Psikolojik	Psikolojik Etki	Teknoloji			YOK	-1
		Renk Seçimi			KREM	1
		Ekipman Seçimi			DERİ KOLTUK	1
				PUANLAMA	OLMASI GEREKEN	36-72
					OLAN	7

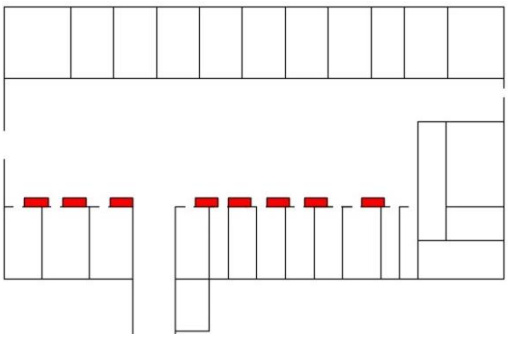
5.1.5 İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 1827 yılında Vezneciler'de Tulumbacıbaşı Konağında Tıphane adıyla kurulmuş, Tıphane ve Cerrahhane 1836 yılında Topkapı Sarayı yakınındaki Kırmızı Kışla olarak da adlandırılan Otlukçu Kışlasına taşınmıştır. Fakat bu bina tıp eğitimi için küçük ve yetersiz olduğundan Galatasaray'daki Enderun Ağalarına ait binaya taşınılmasına karar verilmiş ve bina onarıldıktan sonra 1838 tarihinde Tıphane ve Cerrahhane, Galatasaray tıbbiyesi olarak isimlendirilen binaya taşınmıştır ve bir süre sonra eğitimleri birleştirilmiştir. Kuruluşu itibari ile bir askeri okul olan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, 1867 yılında bu Askeri Tıbbiye binası içinde Sivil (Mülki) Tıbbiye kurulmuş ve önce Ahırkapı'da daha sonra Kadırga'da çeşitli binalarda öğretime başlanmıştır. Mülki Tıbbiye de daha sonra Haydarpaşa'ya taşınmış ve 1909 yılında Askeri ve Sivil Tıbbiyeler Haydarpaşa'da birleştirilerek İstanbul Darülfununu Tıp Fakültesi adı verilmiştir. 1933 yılında İstanbul Darülfununu dağıtılarak yerine İstanbul Üniversitesi kurulmuştur. Bu kuruluşu gerçekleştiren karar gereğince İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Haydarpaşa'dan ayrılmış ve Avrupa yakasına taşınmıştır (Url-12).

Tasarım biçimine göre süreksiz 'Sirkülasyon üzeri niş yerleşim planı' olduğu belirlenen poliklinik bekleme alanı yerleşim biçimine göre 'tek taraflı yerleşim' olarak sınıflandırılmıştır (Şekil 5.13, 5.14). Plan tiplerinden 'Tip 3A' olarak tanımlanan bekleme alanı; 'sirkülasyon üzeri tek taraflı niş yerleşim planı' olarak adlandırılmıştır.



Şekil 5.13 : İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi bekleme alanı.



Şekil 5.14 : İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi bekleme alanı krokisi.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilen alan çalışmasında cerrahi polikliniklerinde, belirlenmiş olan tasarım ölçütleri çerçevesinde gözleme dayalı çalışma yapılmıştır (Çizelge 5.7). Bu çalışma sonucunda şu veriler elde edilmiştir: beyin cerrahi ve genel cerrahi polikliniğinde; %35 nem, 23 °C sıcaklık, 70 db. gürültü, 66 lx. ışık değerleri ölçülmüştür (Şekil 5.15). Bu poliklinikte doğal havalandırma imkanı varken, yapay havalandırma imkanı sağlanmamıştır. Mekân rengi olarak krem tonları tercih edilmiş, hastaların bekleme alanlarında vakit geçirebilecekleri teknolojik aletlere yer verilmemiş, koltuklar bezdendir. Açık ve yalın plan şemasına sahip olan hastanede polikliniğe 28 sn.'de erişilebilmektedir. Poliklinik bekleme alanlarından kayıt bankolarını görmek mümkünken, doktor odalarını görmek mümkün değildir. Polikliniklere ve kayıt bankolarına doğrudan erişim imkanı vardır. Teşhis üniteleri poliklinik katındadır. Hastane teknolojik gelişmelere bağlı büyümeye elverişli iken, hastane poliklinikleri mekânsal olarak düşey büyüme olanağına sahiptir. Zemin malzemesi PVC kaplamadır. Katlar içerisinde kot farklarının olmadığı hastaneye; düz ayak girilebilmektedir. Poliklinik 3.20 m. kat yüksekliğine sahip olup, kapı genişliği 0.90 m., sirkülasyon genişliği 5.80 m.'dir. Bekleme alanlarındaki koltuk ebatları ise 45 x 45 cm.'dir. Aktif olarak altı doktorun çalıtığı polikliniktekı 1 sa. içerisindeki ortalama hasta sayısı 40'tır.



Mekân Görünüşü- Aydınlık Seviyesi - Gürültü Seviyesi

Şekil 5.15 : İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi ölçümleri.

Çizelge 5.7 : İstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi alan çalışması bulguları.

	Ölçütler/Hastane Adı	Koşullar/Hastane Adı			İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi	
					Cerrahi Poliklinikleri	Puan
Fiziksel Koşullar	Fiziksel Koşullar	Nem			35%	2
		Sıcaklık			23 C	1
		Havalandırma		Doğal Havalandırma	DOĞAL	2
				Yapay Havalandırma	X	-2
		Gürültü			70 DB.	-2
		Işık		Doğal Işık	VAR	1
				Yapay Işık	VAR (66 LX.)	-2
	Güvenlik	Kayma/Düşme			YOK (PVC)	1
Mekansal	Yön Bulma	Genel Erişim	Görme	Poliklinik Bekleme Alanlarından Doktor Odasını Görme	GÖRÜNMÜYOR	-2
				Poliklinik Bekleme Alanlarından Kayıt Bankosunu Görme	GÖRÜNÜYOR	2
			Polikliniklere Ulaşım İçin Geçen Süre		28 SN.	1
			Teşhis Ünitelerine Erişimde Dönüş Sayıları		1	1
			Polikliniklere Erişimde Dönüş Sayıları		1	1
			Sirkülasyon Tipi	Asansör	YOK	1
				Merdiven	YOK	1
		Bekleme Alanlarına Erişim			GİRİŞTE	1
		Polikliniklere Erişim		Hasta Kayıt Bankolarına Erişim	GİRİŞTE	1
				Doktor Odalarına Erişim	GİRİŞTE 1 DÖNÜŞ	1
	Esneklik	Teknolojik Gelişmelere Bağlı Büyüme			VAR	1
		Mekansal Büyüme		Dikey	VAR	-1
				Yatay	x	-1
	Mekan Boyutları	Pencere Boyutları			1.50 X 180	-1
		Kat Yüksekliği			3.20 M.	1
		Kapı Boyutları			0.90 CM.	-1
		Sirkülasyon Alanı Boyutları			5.80 M.	2
		Ekipman Boyutları			45 X 45 CM.	-1
		Bekleme Alanı Boyutları			5.80 M.	2
	Engelliler	Kot Farkları			YOK	1
		Rampa			YOK	1
		Asansör			YOK	1
		Hissedilebilir Yüzey			YOK	-1
	Yoğunluk/Kapasite	Doktor Sayısı			6	2
		Günlük Hasta Sayısı			40	2
Psikolojik	Psikolojik Etki	Teknoloji			YOK	-1
		Renk Seçimi			KREM	1
		Ekipman Seçimi			BEZ KOLTUK	-1
		PUANLAMA		OLMASI GEREKEN		36-72
				OLAN		15

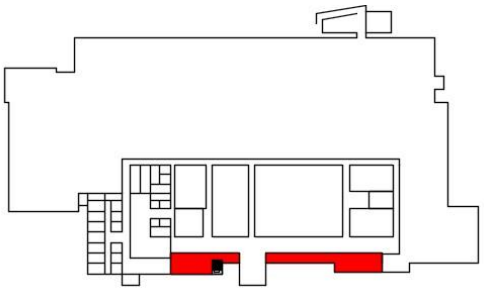
5.1.6 Bezm-i alem vakıf üniversitesi tıp fakültesi hastanesi

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi; 1843 yılında Sultan Abdülmecit'in annesi Bezm-i Alem Valide Sultan tarafından kurulmuş ve 1845 yılında ilgili vakıfname ile ''Bezm-i Alem Gureba-i Müslimin Hastanesi'' ismiyle Müslüman fakirlere tahsis edilerek vakfedilmiştir. 1820'li yıllarda şiddetli bir çiçek hastalığı salgınının baş göstermesi, yeni sağlık kurumlarının kurulması zaruretini doğurmuştur. Bu durumu gören Bezm-i Alem Valide Sultan oğlu Padişaha başvurarak yeni bir hastanenin kuruluşu için girişimlere başlamıştır. Rivayetlere göre, Valide Sultan bir gece gördüğü rüyası üzerine hastanenin iki yüz yataklı erkek hastanesi olması kararı verilmiştir. O zamana kadar 'Bimarhane' olarak adlandırılan hastanelerde ilk defa 'Hastane' ismi bu hastanede kullanılmıştır. Gureba adıyla ilk hastane Edirnekapı Mihrimah Sultan Camisinin avlusunda yapılmış kötü koşullarından dolayı sekiz yıl açık kalabilmiştir. Bu tecrübeyi yaşamış olan Valide Sultan yeni kuracağı hastanenin çok daha modern olmasını istemiştir. Kurulan hastanenin ilk resmi ismi,"Yenibağçede kain Bezm-i Alem Gureba-i Müslimin Hastanesi" olmuştur. Bu isim halk tarafından kullanılışına göre değiştirilmiş ve genellikle "Gureba Hastanesi" ismi kullanılır olmuştur. 2010 tarihinde hastane Bezm-i alem Valide Sultan Vakfına devredilerek üniversite hastanesi olarak hizmet vermektedir (Url-13).

Tasarım biçimine göre süreksiz 'Sirkülasyon üzeri yerleşim planı' olduğu belirlenen poliklinik bekleme alanı yerleşim biçimine göre 'tek taraflı yerleşim' olarak sınıflandırılmıştır (Şekil 5.16, 5.17). Plan tiplerinden 'Tip 2A' olarak tanımlanan bekleme alanı; 'sirkülasyon üzeri tek taraflı yerleşim planı' olarak adlandırılmıştır.



Şekil 5.16 : Bezmialem vakıf üniversitesi tıp fakültesi hastanesi bekleme alanı.



Şekil 5.17 : Bezmialem vakıf üniversitesi tıp fakültesi hastanesi bekleme alanı krokisi.

Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirilen alan çalışmasında genel bekleme alanında belirlenmiş olan tasarım ölçütleri çerçevesinde gözleme dayalı çalışma yapılmıştır (Çizelge 5.8). Bu çalışma sonucunda şu veriler elde edilmiştir: genel bekleme alanında; %50 nem, 32 C sıcaklık, 77 db. gürültü, 62 lx. ışık değerleri ölçülmüştür (Şekil 5.18). Bu poliklinikte doğal havalandırma imkanı varken, yapay havalandırma imkanı sağlanmamıştır. Mekân rengi olarak lila rengi tercih edilmiş, hastaların bekleme alanlarında vakit geçirebilecekleri teknolojik aletlere yer verilmemiş, koltuklar deridir. Açık ve yalın plan şemasına sahip olan hastanede polikliniğe 12 sn.'de erişilebilmektedir. Poliklinik bekleme alanlarından kayıt bankolarını görmek mümkünken, doktor odalarını görmek mümkün değildir. Polikliniklere ve kayıt bankolarına doğrudan erişim imkanı vardır. Teşhis üniteleri poliklinik ve bodrum kattadır. Hastane teknolojik gelişmelere ve hastane poliklinikleri mekânsal olarak düşey büyüme olanağına sahiptir. Zemin malzemesi seramik kaplamadır. Katlar içerisinde kot farklarının olmadığı hastaneye; giriş rampası ile girilebilmektedir. Poliklinik 3 m. kat yüksekliğine sahip olup, kapı genişliği 1 m., sirkülasyon genişliği 10 m.'dir. Bekleme alanlarındaki koltuk ebatları ise 50 x 45 cm.'dir.



Mekân Görünüşü- Aydınlık Seviyesi - Gürültü Seviyesi

Şekil 5.18 : Bezmialem vakıf üniversitesi tıp fakültesi hastanesi genel bekleme alanı ölçümleri.

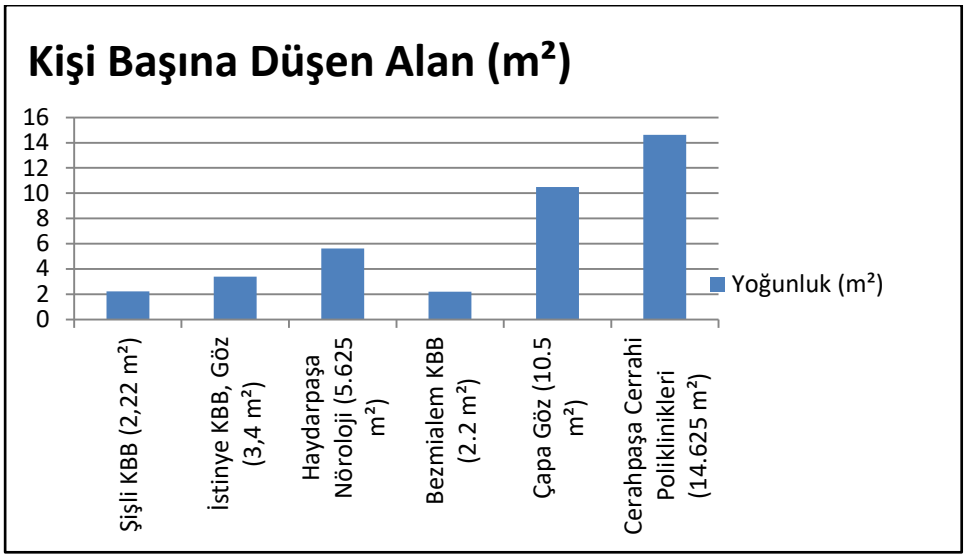
Çizelge 5.8 : Bezmialem vakıf üniversitesi tıp fakültesi hastanesi alan çalışması bulguları.

	Ölçütler/Hastane Adı	Koşullar/Hastane Adı			Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Hastanesi	
					Genel Bekleme	PUAN
Fiziksel Koşullar	Fiziksel Koşullar	Nem			50%	2
		Sıcaklık			32 C	-2
		Havalandırma		Doğal Havalandırma	DOĞAL	1
				Yapay Havalandırma	X	1
		Gürültü			77 DB.	-2
		Işık		Doğal Işık	VAR	1
				Yapay Işık	VAR (62 LX.)	-2
	Güvenlik	Kayma/Düşme			VAR (SERAMİK)	-1
Mekansal	Yön Bulma	Genel Erişim	Görme	Poliklinik Bekleme Alanlarından Doktor Odasını Görme	GÖRÜNMÜYOR	-2
				Poliklinik Bekleme Alanlarından Kayıt Bankosunu Görme	GÖRÜNÜYOR	2
			Polikliniklere Ulaşım İçin Geçen Süre		12 SN.	1
			Teşhis Ünitelerine Erişimde Dönüş Sayıları		BODRUM ZEMİN	1
			Polikliniklere Erişimde Dönüş Sayıları		2	1
			Sirkülasyon Tipi	Asansör	YOK	1
				Merdiven	1 X 1.50 X 0.15	2
		Bekleme Alanlarına Erişim			GİRİŞTE	1
		Polikliniklere Erişim		Hasta Kayıt Bankolarına Erişim	GİRİŞTE	1
				Doktor Odalarına Erişim	2 DÖNÜŞ	1
	Esneklik	Teknolojik Gelişmelere Bağlı Büyüme			VAR	1
		Mekansal Büyüme		Dikey	VAR	1
				Yatay	x	-1
	Mekan Boyutları	Pencere Boyutları			2.85 X 2.30 M.	-1
		Kat Yüksekliği			3 M.	-1
		Kapı Boyutları			1 M.	-1
		Sirkülasyon Alanı Boyutları			10 M.	2
		Ekipman Boyutları			45 X 50 CM.	-1
		Bekleme Alanı Boyutları			2.10 M.	2
	Engelliler	Kot Farkları			YOK	1
		Rampa			VAR	1
		Asansör			YOK	1
		Hissedilebilir Yüzey			YOK	-1
	Yoğunluk/Kapasite	Doktor Sayısı			YOK	-1
		Günlük Hasta Sayısı			YOK	-1
Psikolojik	Psikolojik Etki	Teknoloji			YOK	-1
		Renk Seçimi			LİLA	1
		Ekipman Seçimi			DERİ KOLTUK	1
		PUANLAMA		OLMASI GEREKEN		36-72
				OLAN		9

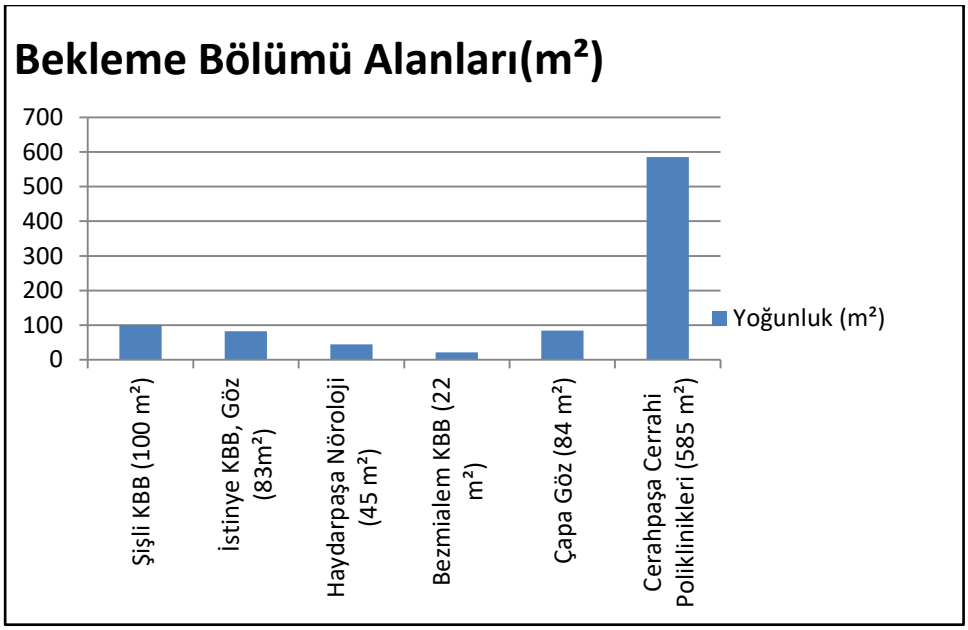
5.2 Değerlendirme

İncelenen hastanelerdeki bekleme alanlarının ayrı bir mekan olarak değil, poliklinik önlerinde sirkülasyon alanı üzerinde ihtiyaçtan doğan yerleşim planlarına sahip oldukları gözlenmiştir. Bekleme alanlarındaki hastaların sıralarını takip edebilmeleri için randevu ekranını görebilmeleri gerekmektedir. Hem sıra takibi açısından hem de doğan ihtiyaçtan dolayı sirkülasyon üzeri yerleşimlere yer verilmektedir. Altı farklı tip şeklinde gözlemlenen hasta bekleme alanlarında yaya akışını kesmeyecek şekilde düzenlenen sirkülasyon sonu yerleşimlerin (Tip 1A, 1B) yaya akışını kesmediğinden ve olası sıkışıklıkları önlediğinden dolayı en iyi çözüm yöntemi olduğu gözlenmiştir. Polikliniklerin kat içerisindeki dağılımından dolayı bu çözüm her poliklinik için mümkün olmamaktadır. Sirkülasyon üzeri yerleşimlerde niş imkanı olan hastanelerdeki niş yerleşimli plan çözümü bekleme alanı problemini –iyi bir çözüm olmasa da- çözmektedir. Niş yerleşimlerinde (Tip 3A, 3B) de yaya akışı kesilmemekte, bekleme alanları hastalar için engel oluşturmamaktadır. Alan çalışması değerlendirme sonuçlarında da görülmektedir ki; bekleme alanları ayrı mekanlar olarak tasarlanmasa da, sirkülasyon alanı üzeri çözümlerde en iyi çözümün yaya akışını kesmediğinden dolayı sirkülasyon sonu yerleşimlerin (Tip 1 A, B) olduğu, bir diğer yaya akışını kesmeyen çözüm olan niş tipi yerleşimlerin (Tip 3 A, B) sirkülasyon üzeri yerleşimlere nispeten daha iyi bir çözüm yöntemi olduğu görülmektedir.

İncelenen hastanelerimizdeki bekleme alanlarında; kişi başına düşen bekleme alanlarına (Şekil 5.19) bakıldığında; sirkülasyon üzeri yerleşim planlarının en az kişi başı alan değerlerine sahip olduğu görülmektedir (Şişli Etfâl ve Bezmialem hastaneleri poliklinikleri -Tip 2 A, B-). Ayrıca sirkülasyon alanı üzeri yerleşim plan tiplerinde gürültü değerlerinin en yüksek ve aydınlık değerlerinin ise en düşük seviyelerde oldukları tespit edilmiştir.

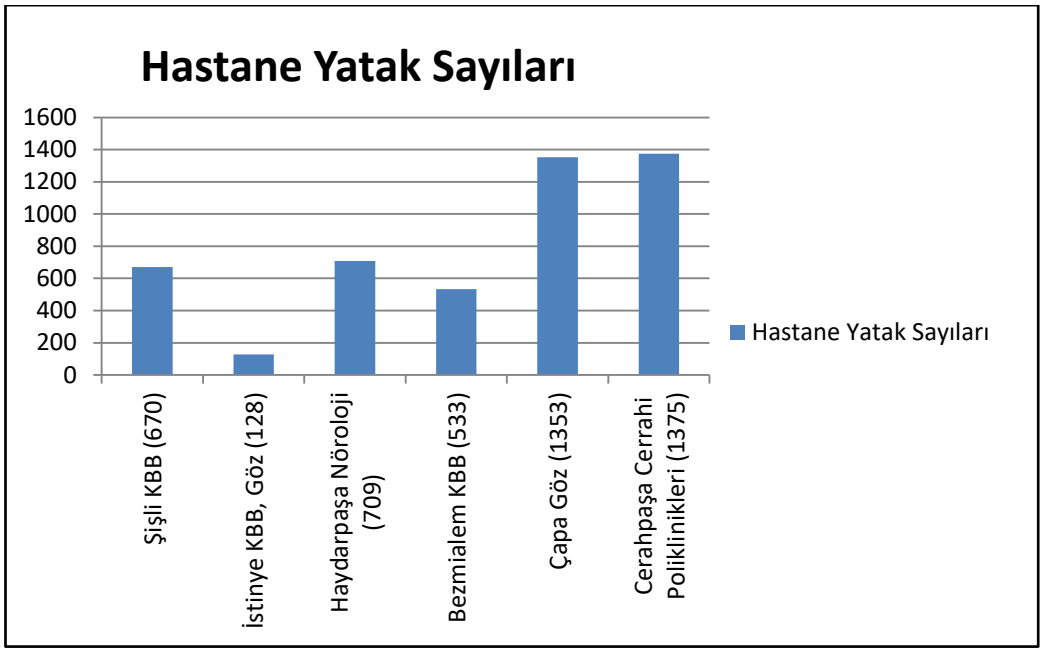


Şekil 5.19 : Bekleme Alanlarında Kişi Başına Düşen Alanlar.



Şekil 5.20 : Bekleme Bölümü Alanları.

Hastane bekleme bölümü alanları (Şekil 5.20) ile hastane yatak sayıları (Şekil 5.21) karşılaştırıldığında; dengesiz bir dağılımın olduğu görülmektedir. Bu değerler de bize hastanelerimizde projelendirme aşamasında bekleme alanları tasarımına yer verilmediğini ve uygulamada doğan bekleme alanı ihtiyaçlarının farklı tip düzenlemelerle karşılanmaya çalışıldığını ancak bunun sonucunda da yetersiz mekânların oluştuğunu göstermektedir.

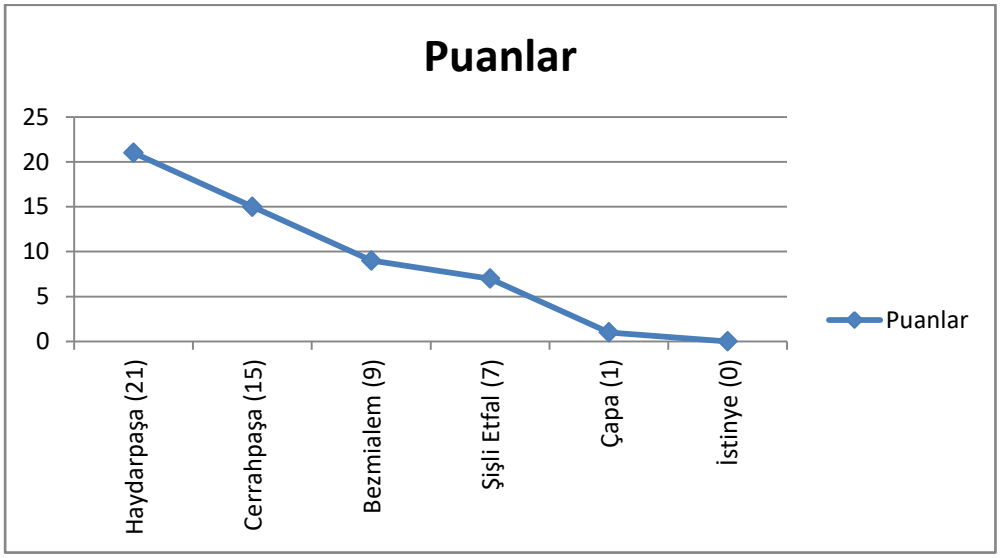


Şekil 5.21 : Hastane Yatak Sayıları.

Hastane kapasitesi-kişi başına düşen bekleme alanı-fiziksel çevre verileri bekleme alanı plan tipleri ile karşılaştırıldığında; sirkülasyon üzeri yerleşim plan tiplerinin en verimsiz mekânlar oluşturduğu görülmektedir. Yaya akışını kesmeyen yerleşim planlarından niş tipi yerleşimlerin nispeten daha iyi mekânlar olduğu, sirkülasyon sonu yerleşim plan tiplerinde ise en iyi verimin alındığı görülse de hasta bekleme alanlarımız mekânsal açıdan yetersizdir.

36 ölçütle değerlendirilen hastane poliklinik bekleme alanları puanlama sistemine göre tüm standartları optimum düzeyde sağlıyor ise max. 36 puan, standartlar var ve daha iyi bir mekân oluşmasını sağlıyor ise max. 72 puan alabilmektedir. Puanlama sonucunda (Şekil 5.22); hiçbir hastane polikliniğinde ideal mekânların oluşmadığı görülmüştür. Haydarpaşa Numune hastanesi 21 puanla ideale en yakın mekân olarak değerlendirilmiştir. Haydarpaşa numune hastanesi polikliniklerinde elde edilen sonucun daha iyi düzeyde olması; hastanenin eski bir yapı olmasına karşın araştırmanın gerçekleştirildiği poliklinik binasının yeni bir bina olması ve binanın poliklinik olarak hizmet verecek şekilde tasarlanmış olması etkilidir. İstinye Devlet hastanesi KBB ve göz polikliniklerinde elde edilen 0 puan değeri ile yetersiz mekân olarak değerlendirilmiştir. Yapılışı itibari ile verem savaş dispanseri olan hastane; 1948 yılında inşa edildikten sonra sürekli eklemelerle yenilenmesi ve poliklinik birimlerinin hastane tasarım standartlarını karşılamıyor olması ile bölgedeki yoğunluğa hastane kapasitesi karşılık vermemektedir. 15 puanla İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi cerrrahi polikliniklerı ideale en yakın kabul

edilebilir mekân olarak değerlendirilmiştir. Çok eski ve bakımsız olan cerrahi polikliniklerin ideale yakın olmasının temel sebebi kuruluşu itibari ile poliklinik binası olması, standartlar üstü, geniş ve yeterli mekânlara sahip olmasıdır.

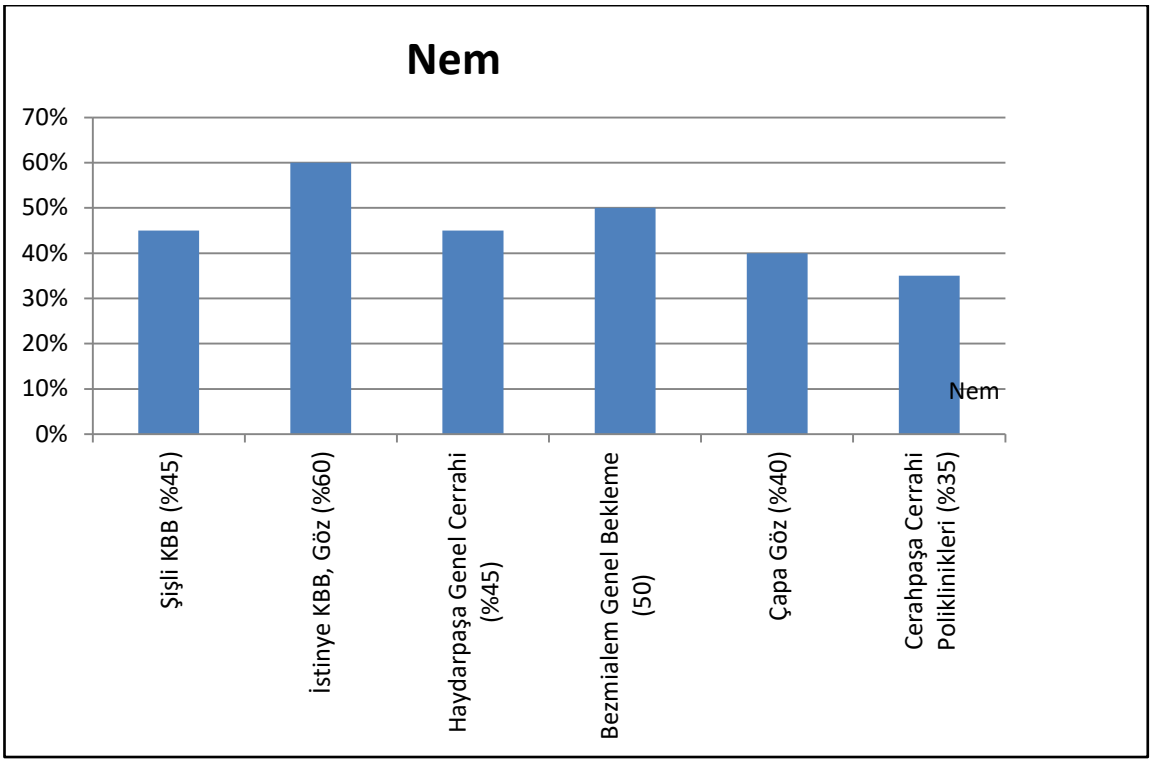


Şekil 5.22 : Puanlama Sonuçları.

Alan çalışması sonucunda; çalışmanın gerçekleştirildiği hastaneler çok iyi düzeyde hastane poliklinikleri olmasa da Haydarpaşa Numune hastanesi polikliniklerinin gerek yeni olması gerekse de kullanım amacına uygun olarak tasarlanan poliklinik binasında ideale en yakın mekânlar oluştuğu gözlemlenmiştir. İstinye Devlet hastanesi günümüzün ihtiyaçlarına yanıt vermemesinden dolayı bu hastanemizde elde edilen veriler ideal hastane mekânları tasarımı için yetersizdir. İdeale en yakın kabul edilebilir mekân olarak değerlendirilen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi cerrrahi poliklinikleri bir hastane polikliniğinde olması gereken standartların bir çoğunu karşılıyor olması ile ideale en yakın kabul edilebilir hastane olarak değerlendirilmiştir.

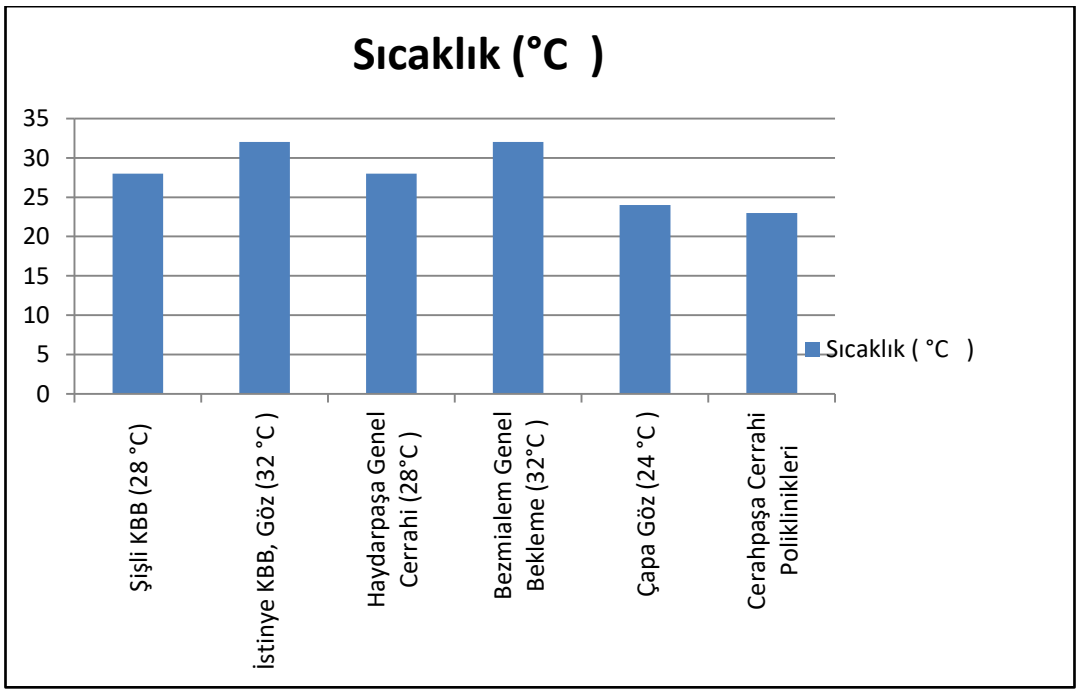
5.2.1 Fiziksel koşullar

Havalandırma yönünden en olumsuz hastanenin; doğal ve yapay havalandırmanın olmamasından dolayı İstinye devlet hastanesi olduğu gözlemlenmiştir. Hastanelerdeki nem oranları ideal nem aralığı olan %30-%60 aralığındadır (Şekil 5.23).



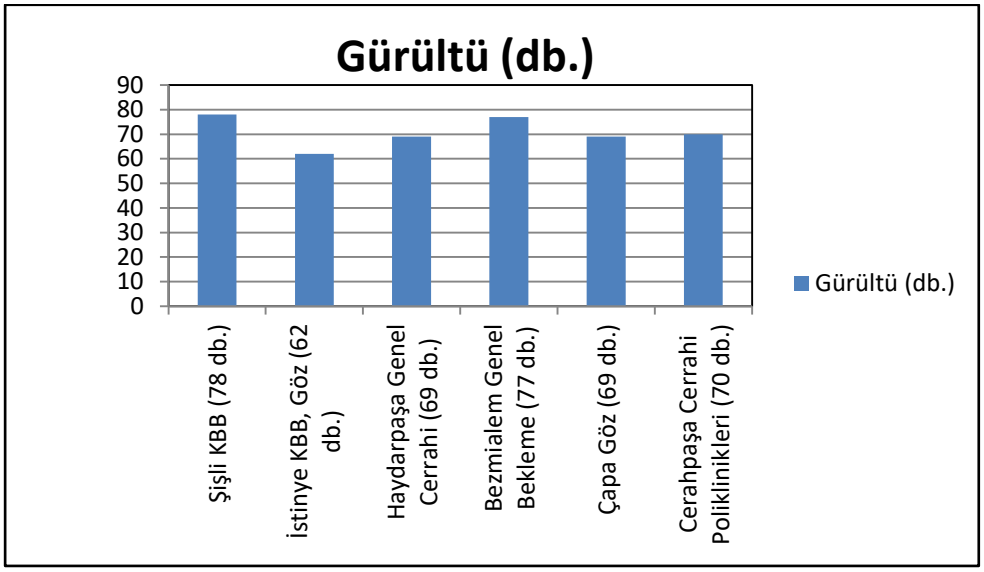
Şekil 5.23 : Hastanelerdeki Nem Değerleri.

20 °C olması gereken ideal sıcaklık İstanbul Üniversitesi İstanbul tıp fakültesi hastanesi ile Cerrahpaşa tıp fakültesi hastanelerinde ideal sıcaklığa yakın derecelerde olması (24-23 °C) hastanelerde kabul edilebilir düzeyde bir sıcaklıktır. Diğer hastanlerdeki yüksek sıcaklık oranı bakteri oluşumuna sebep verebileceğinden olumsuz olarak değerlendirilmiştir (Şekil 5.24).



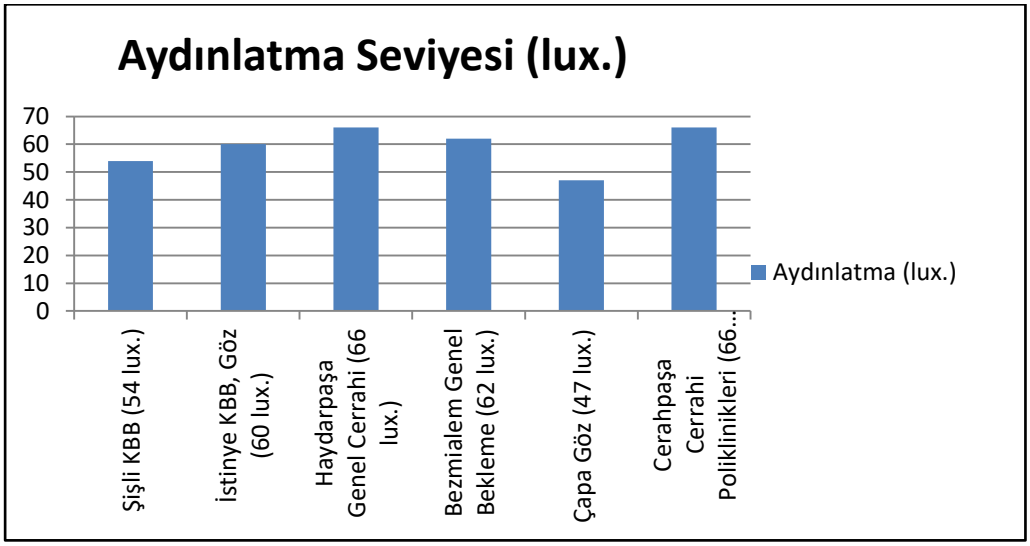
Şekil 5.24 : Hastanelerdeki Sıcaklık Değerleri.

Hastanelerimizdeki gürültü değeri; ideal gürültü düzeyi olan 35-45 db.'in çok üzerinde olduğu için mekân için olumsuz etken olarak değerlendirilmiştir (Şekil 5.25).



Şekil 5.25 : Hastanelerdeki Gürültü Değerleri.

Sirkülasyon üzeri bekleme alanlarında ideal ışık değeri 100 lx. olması gereken, bu ışık değerinin çok altında değerler taşıyan hastaneler mekândaki olumsuz etkenlerden biri olarak değerlendirilmiştir (Şekil 5.26).

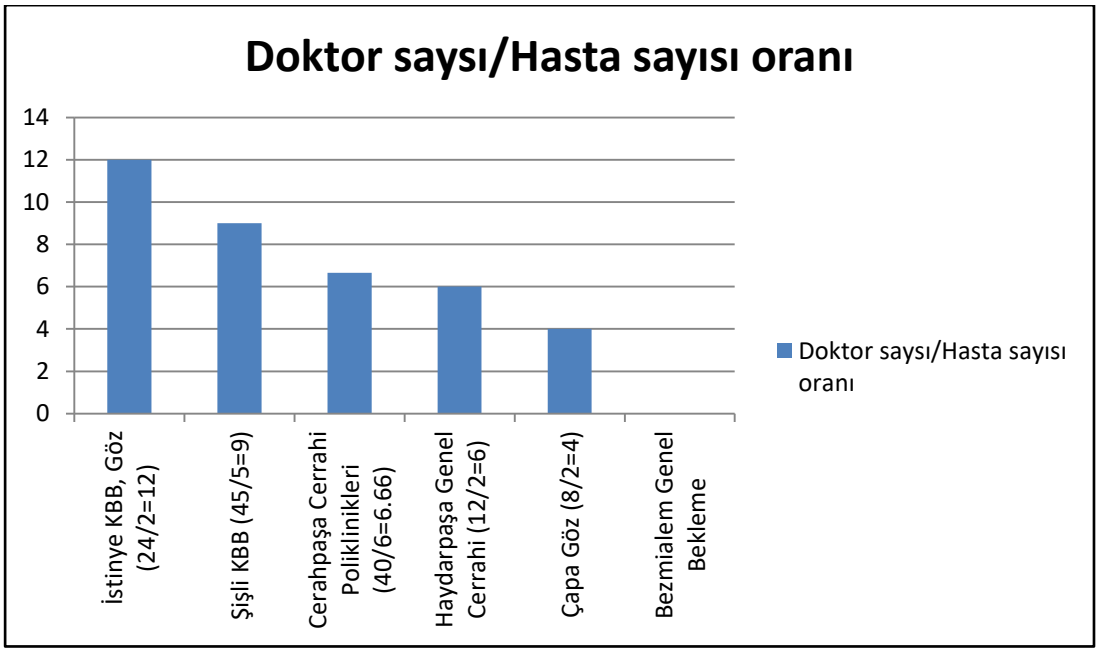


Şekil 5.26 : Hastanelerdeki Aydınlatma Değerleri.

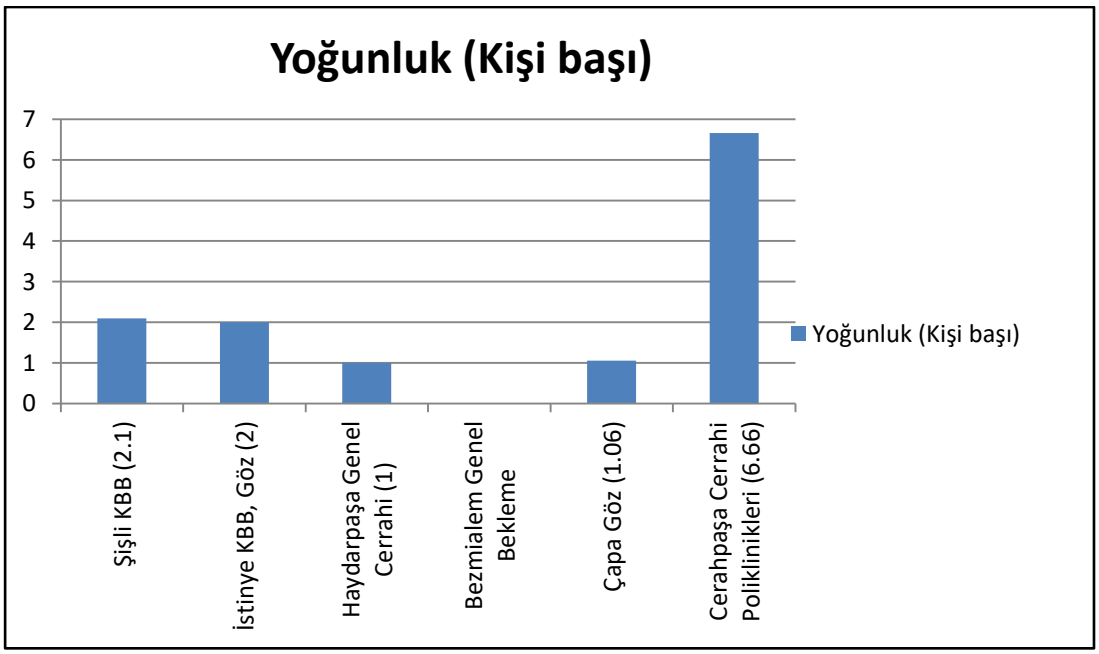
İstinye devlet ve Bezmialem hastaneleri dışında seçilen zemin malzemesi olumlu bulunmuştur. Temizlenmesi kolay ve kayma-düşme riski taşımamaktadır.

5.2.2 Mekânsal

Hastanelerimizde polikliniklere ulaşım sürelerinin 1 dakikanın altında olması kolay erişilebilir olmasından dolayı olumlu etki olark değerlendirilmiştir. Şişli Etfâl ve İstinye devlet hastaneleri dışındaki hastaneler teknolojik büyümeye elverişli iken, yatay büyümeye elverişli olmayan hastanelerimizde; Şişli Etfâl ve Bezmialem hastanelerinde dikey büyüme olanağı vardır. Mekân boyutları açısından en ideal mekânın Haydarpaşa numune hastanesi olduğu gözlemlenirken, dar ve yetersiz hacimleriyle İstinye Devlet hastanesi yetersiz bulunmuştur. Engelli erişimi yönünden hastanelerimizde herhangi bir sıkıntı oluşturabilecek durum gözlenmezken, hastane içerisinde gerekli yönlendirmelerin olmamasından dolayı olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Şekil 5.27'ye göre; örneğin Şişli etfal eğitim ve araştırma hastanesinde 1 sa. içerisindeki ortalama hasta sayısı 45 iken, beş doktor bulunmaktadır. Doktor başına dokuz hasta düşmektedir. Ancak 14 dakika aralıklarla hasta alan poliklinikte 1 sa. içerisinde 4.28 hasta muayene edilebilmektedir. Bu durumda şekil 5.28' e göre doktor başına düşen hasta sayısı 2.1 hasta olarak olması gerekenden daha yüksektir. Hastanelerde 1 saat içerisinde doktorların muayene etmesi gereken hasta sayısı-bekleyen hasta sayısı oranına göre belirlenmiş olan yoğunluk grafiğinde İstanbul üniversitesi İstanbul tıp fakültesi hastanesi göz polikliniği ve Haydarpaşa genel cerrahi poliklinikleri haricinde hasta yoğunluğunun yüksek olduğu tespit edilmiştir. Cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi kişi başına yoğunlukla en yüksek değere sahip çıktığı gözlemlenmiştir (Şekil 5.28). Doktor sayısının artması yoğunluk değerini düşürse de hasta sayısının yüksek olması bekleme alanınında kişi başına düşen alanın düşük değerlerde olması hastanelerin yoğunluğunu arttırdığından, olumsuz olarak değerlendirilmiştir.

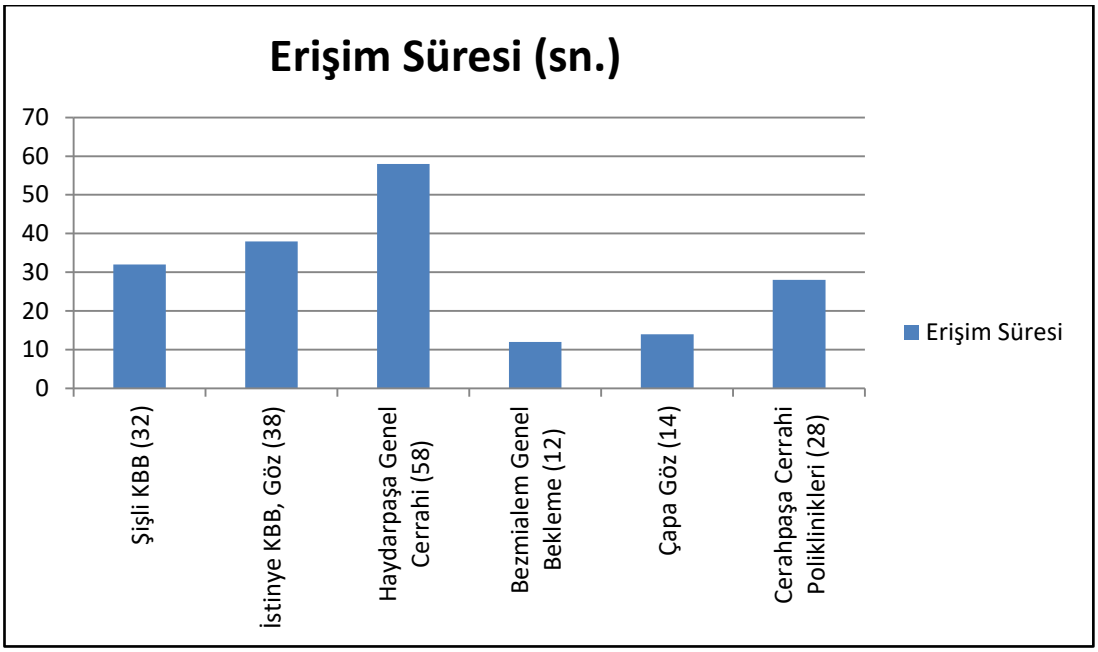


Şekil 5.27 : Hastanelerdeki Doktor-Hasta Sayısı.



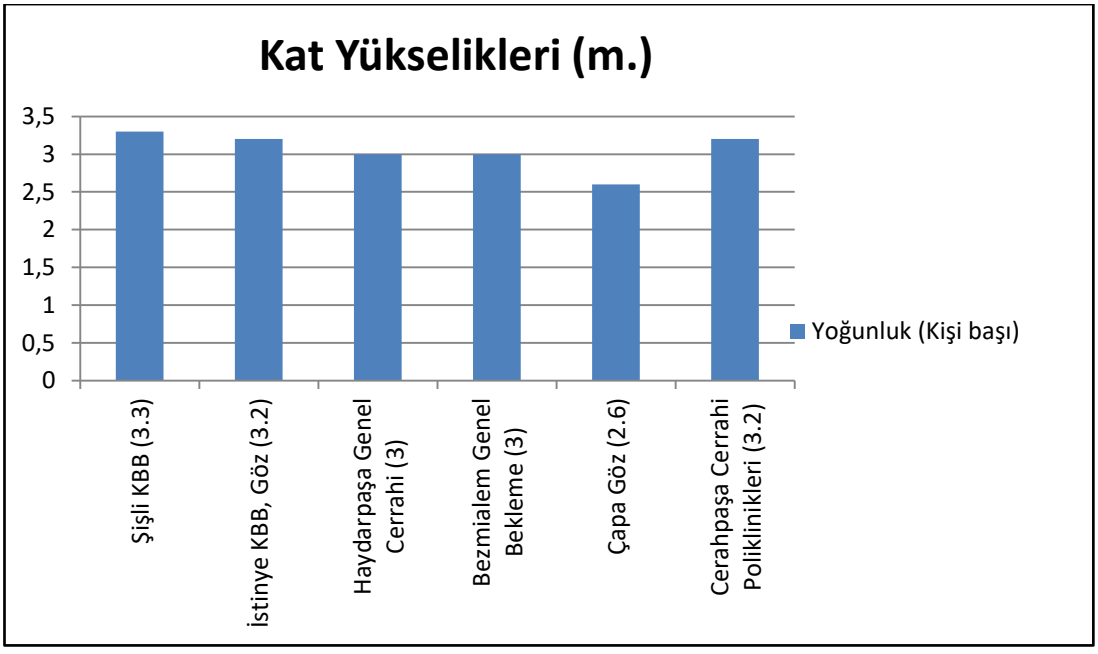
Şekil 5.28 : Hastanelerdeki Yoğunluk Oranı.

İncelenen hastanelerde polikliniklerin zemin katta planlandığı ve erişim sürelerinin (Şekil 5.29) bir dk.'nın altında olduğu gözlemlenmiş ve hastaların poliklniklere kolaya erişebilmeleri olumlu olarak değerlendirilmiştir.



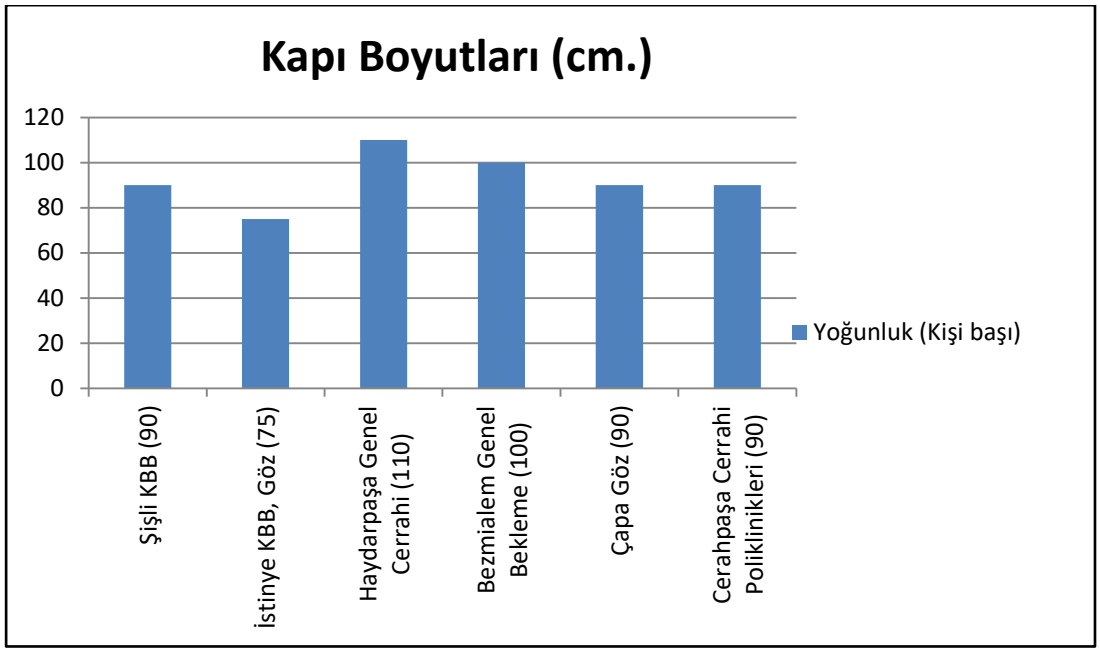
Şekil 5.29 : Hastane Polikliniklerine Erişim İçin Geçen Süre.

Şekil 5.30'a göre; Şişli etfal eğitim ve araştırma hastanesi, İstinye devlet hastanesi ve Cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi hastanelerde olması gereken 3.05 m. kat yükseklik değerinin üzerinde iken, Haydarpaşa numune, Bezmialem vakıf üniversitesi hastanesi ve İstanbul üniversitesi İstanbul tıp fakültesi (çapa) hastanelerinde bu değerin altında olduğu için yetersiz bulunmuştur.



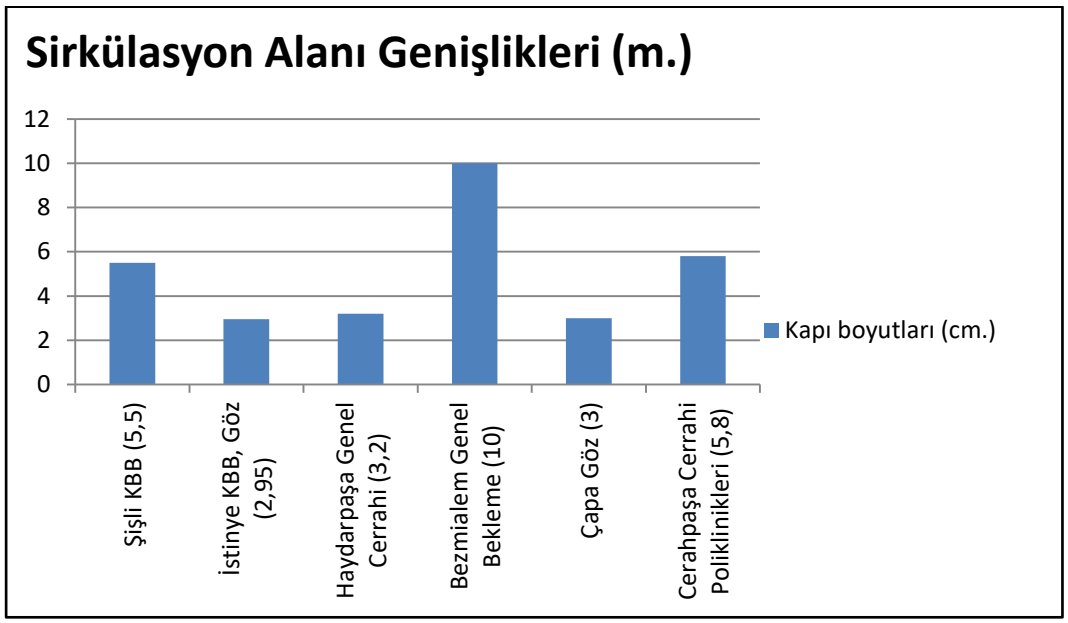
Şekil 5.30 : Hastanelerdeki Kat Yükseklikleri.

Şekil 5.31'e göre; hastanelerimizde tek kanatlı kapılarda olması gereken 1.20 m. genişlik değeri tüm hastanelerimizde daha düşük seviyede ve yetersizdir.



Şekil 5.31 : Hastanelerdeki Kapı Boyutları.

Şekil 5.32'ye göre; hastanelerimizde olması gereken 1.50 m.'lik min. Sirkülasyon alanı genişliği tüm hastanelerimizde daha yüksek değerlerdedir ve bu durum hasta yoğunlukları göz önünde bulundurulduğunda olumlu etki olarak değerlendirilmiştir.



Şekil 5.32 : Hastanelerdeki Sirkülasyon Alanı Genişlikleri.

5.2.3 Psikolojik

Psikolojik etki başlığı altında hastanelerimizde renk, teknoloji ve ekipman seçimleri incelenmiştir. Hastanelerimizde tercih edilen açık renk seçimi ferah ortamlar oluşturduğundan olumlu olarak bulunmuştur. Hastaların vakit geçirebilmeleri için

düşünülmesinin katkı sağlayacağı teknolojik aletlere (tv vs.) yer verilmesinin mekâna olumlu katkı sunacakken, hiçbir hastanede teknolojik aletlere yer verilmemiştir. Şişli Etfâl ve Bezmialem hastaneleri dışındaki hastanelerimizde konforlu otura kların tercih edilmemesi vakitlerinin büyük bölümünü bekleme alanında geçiren hastalarımıza konforlu ortam sağlamayacağından, ekipman seeçimi konusunda olumsuz olarak değerlendirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Alan çalışması gerçekleştirilen hastanelerdeki gözlemler de göstermektedir ki, her ne kadar günümüz sağlık sisteminde, hastaların randevulu hasta takip sistemi ile bekleme sürelerinin minimuma indirgenmesi amaçlansa da bölgenin ihtiyaçlarına karşı yetersiz kalan hastaneler, kapasitelerinden dolayı hastaların sıralarını beklerken dinlenebilecekleri bekleme alanlarına ihtiyaç duymaktadır. Ancak hastane tasarımlarında bekleme alanları tasarımının göz ardı edilmesi hastanelerimizde bekleme alanları ihtiyacını karşılamak üzere gidilen farklı tip düzenlemeler ve bu düzenlemelerin mekânın boyutlarına göre farklı biçimler aldığı belirlenmiştir.

Altı farklı bekleme alanı plan tipinin olduğu altı hastanenin incelendiği alan çalışmasında; hastanelerimizdeki hasta bekleme alanları diğer dünya örnekleri ile karşılaştırıldıklarında, ayrı bir mekân olarak değil, ihtiyacı karşılamak üzere gelişigüzel düzenlemelerden oluştuğu görülmüş ve bu şekilde gerçekleşen düzenlemelerin sağlık bakanlığı sağlık yapıları asgari tasarım standartlarına göre 15 hasta için istenen bir bekleme alanı ihtiyacını karşılamadığı gözlemlenmiştir. Randevulu hasta sistemi ile hasta yoğunluk kontrolü sağlanarak beklemelerin azaltılması amaçlansa da randevu bekleyen hasta ile tetkik sonuçlarını öğrenmek isteyen hastalardan doğan bekleme alanları ihtiyacı sonucunda bekleme alanı ayrılmamış hastanelerimizde oluşan bekleme alanı ihtiyacını karşılamak üzere oluşan farklı tip çözümlerden olan sirkülasyon alanı sonu yerleşim planı (Tip 1 A, B), sirkülasyon üzeri niş tipi yerleşim planı (Tip 3 A, B) ve sirkülasyon üzeri yerleşimlerden (Tip 2 A, B); alan çalışması değerlendirme sonuçlarına (Ek A, B, C, D) bakıldığında en iyi çözümün sirkülasyon alanında yaya akışını kesmeyen düzenleme olan sirkülasyon sonu yerleşim planları olduğu görülmüş, diğer plan tiplerinde ise niş tipi yerleşimlerin yaya akışını sirkülasyon alanı üzeri çözüme göre daha az kestiği için daha iyi bir çözüm yöntemi olduğu gözlemlenmiştir.

Gürültü seviyelerinin yüksek olduğu gözlemlenen hastanelerimizde temel problem polikliniklerdeki hasta sayısının yüksekliğidir. Yoğunluğun artması ile artan gölge

oranı ile hastanelerdeki aydınlık seviyesi de azalmaktadır. Hastanelerimizde yeterli mekânların oluşturulabilmesi için; poliklinikler genişletilerek doktor odaları dağıtılmalıdır ancak mekânsal büyüme imkanı olmayan İstinye devlet ve Haydarpaşa numune eğitim ve araştırma hastanelerimizde mümkün değildir. Mevcut durumda bekleme alanlarında ses izolasyonuna sahip kaplama malzemesi kullanımı ile gürültü seviyeleri düşürülebilir. Aydınlatma sisteminin yenilenerek arttırılması yeterli mekânların oluşması için gereklidir.

Hastanelerimizde bekleme alanı olarak tasarlanmayan alanların ihtiyaçlar doğrultusunda farklı çözümlerle karşılanmaya çalışıldığı ancak hastanelerimizdeki bekleme alanlarının buna karşın yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Hasta bekleme alanlarının yetersiz olmasının temel sebebi ise hastane tasarımında bekleme alanları tasarımına yer verilmemesidir. Hasta bekleme alanları tasarımına önem verilerek ayrı bir mekân şeklinde tasarlanması ideal mekânların oluşabilmesi için gereklidir. Akreditasyon sürecinden geçen hastanelerimiz, yönetim ve sağlık konularıyla akredite edilmektedir. Hastanelerimiz tasarımlarıyla (iç-dış mekân) da akredite edilerek iyileştirilmelidirler.

Bu tez çalışması sonucunda; her plan tipi için bir hastanenin seçilmesi; farklı plan tiplerini karşılaştırma olanağı sunmaktadır ancak, aynı bekleme alanı plan tipine sahip hastanelerde plan tiplerini kendi içerisinde değerlendirmedeki kısıtlılık çalışmanın zayıf noktası olarak görülmektedir. Bu çalışma ile mevcut çalışmalara ek olarak hastanelerde yapılacak tasarım değerlendirmeleri için tasarım ölçütleri oluşturularak, gelecek çalışmalar için örnek yöntem sunulmuştur.

KAYNAKLAR

AH, B., (1979), *Kuruluşunun 440. yılında Manisa Darüşşifası* (1539-1979), Dirim

Akdağ, R., Buzgan, T., Aydın, S., Demirel, H., Gündüz, F., (2008) *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri*, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı

Akdur, R., (2008) Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye'de Sağlık, *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi,* Ankara.

Akıncıtürk, N. T., (1985) *Genel hastanelerde yenileme ve büyümeye bağlı değişmelerin bina programına etkileri,* (Doktora tezi). İstanbul Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Altan, A., (2003) *Hastane yapıları*, (Yüksek lisans tezi). Balıkesir üniversitesi, Balıkesir.

Altıntaş, A., (2016) Osmanlı'nın Muhteşem Hastaneleri: Darüşşifalar, *Sağlık ve İnsan Dergisi,*22-26.

Apelt, R., (2008) *Wayfinding in the built environment,* 2008, Brisbane.

AS, Ü. (1975) Musul Erbil'de Gökbörü Kuruluşlar, Dirim yayınları.

Avrupa Birliği sağlık sistemi organizasyonu tanımı (t.y.) Erişim: 24 Kasım 2016, http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/health_systems_organisation/index_en.htm

Aydın, D., (2009) *Hastane Mimarisi İlkeler ve Ölçütler,* İstanbul, Mimarlar Odası Konya Şubesi yayınları.

Aydın, D., (2009) *Hastane Mimarisi İlkeler ve Ölçütler,* İstanbul, Mimarlar Odası Konya Şubesi yayınları.

Berlyne, D. E., (1971) *Aesthetis and Psychobiology,* New York: Appleton-Century-Crofts.

Decibel Meter, (Version 1.0) [İos software]. Mısook Woo.

Dirican, M.R., (1970), Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi, *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni* .

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Dünya Sağlık Raporu, (2010) 24 Kasım 2016, *http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en/*

Erem, Ö., (2003) *Tatil Köylerinin Okunabilirliğinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Yaklaşım*, (Doktora tezi). İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Erol, H. & Özdemir, A., (2014) Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi,* 9-34.

Hasol, D. (1993). *Ansiklopedik Mimarlık Sözlüğü* İstanbul, Yapı Endüstri Merkezi Yayınları.

Hastane Hizmetleri Daire Başkanlığı Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Rollerinin Yeniden Belirlenmesi ve Gruplandırılmasına İlişkin Kriterleri, (2009), 24 Kasım 2016 *http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/4e0243e376d74c90884caead2e9e77ee.pdf*

Inhelder, J. P., & B., (1976) *The Child's Conception of Space,* New York, Norton yayınları.

İnalcık, H., (2005) Yılan Hikayesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 6-9

Karataş, B., (1979) *Mimari programlamaya veri sağlamak üzere hastanelerin gereksinim ve yerlerinin belirlenmesi için bir yöntem,* (Doktora tezi). İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Koenigshofer, D., (2003) *Hvac Design Manual*, Atlanta, W. Stephen Comstock

Labryga, F., (1987) *Modern Sağlık Yapıları,* Ankara, Yaprak kitabevi.

Littlefield, D., (2008) *Metric Handbook-Plannind and Design Data,* 2008, Burlington, Elsevier Ltd.

Lüx Meter, (Version 1.0.1) [İos software]. Chuan Xu.

Lynch, K., (1960) *The image of the city*, 1960, Cambridge, MIT Express.

Martin R., & Max J.E., (1998) Comparing the complexity of wayfinding tasks in built environments, *Environment and Planning B Planning and Design dergisi*,

Muhlhausen, J., Wayfinding is not signage: signage plays an important part of wayfinding, (2000). *20 temmuz 2008 http://www.signweb.com/index.php/channel/6/id/1433/*

Mutlu, A. (1973) *Sağlık binaları ve hastaneler*, İstanbul, Dgsa yayınları, 1973 .

Neufert, E., (2000) *Neufert Architect's Data,* Oxford, Blackwell Publishing Company.

Neufert, E., (2015), *Neufert Yapı Tasarımı,* İstanbul, Beta yayınları.

Özdemir, T., (2005) Tasarımda Renk Seçimini Etkileyen Kriterler, *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,*391-402.

Özdilek Ş. & Akgün N., (1970) *Hastane idaresi ve organizasyonu,* Ankara, Ankara Yarıaçık Cezaevi Matbaası.

Öztürk, Z., & Karakaş, E.T., (2015) Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda, ve İngiltere Örnekleri, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 39-59.

Passini, R., (1996) Wayfinding design:logic,aplication and some thougt on universality, *Design Studies,* 319-331.

Yin, R., (1984*) Case Study Research,* 2nd Edition, Sage Publicatios, London.

Sağlık Bakanlığı AB Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Avrupa Birliği Ülkelerindeki Hastane hizmeti Araştırması, (t.y.) *http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-38430/h/arastirma---ab-de-hastane-hizmetleri---ab-uzman-yrd-imd-.doc*

Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu, (2010) *http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/s.b.2010_klavuz_lowres_23092010.pdf.*

Sağlık Kurumları Yönetimi-1, Tatar, ed. Mehtap, Sağlık Kurumları Yönetimi-1, (2012), 24 Kasım 2016 Eskişehir, Anadolu Üniversitesi *http://www.nevoku.com/saglik-kurumnlari-yonetimi-i--e-kitap--saglik-kurumlari-yonetimi-i/viewdeck/afc7c8fd-0ba3-429d-a0e1-6a87e6365cdb* .

Sarı N., Kurt Ü.E., (2009) Millet İçin Memleket ve Örnek olarak Numune Hastaneleri, *Atatürk Dönemi Sağlık Tarihi Kongresi (1929-1936) Sempozyum Özet Kitabı*, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi

Sargutan, A.E., 84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri İstanbul, (2010) 24.11.2016, *http://www.sargutan.com/page17.html*

Şencan İ., Koç O., Bayraktar O.G., (2009) Hastane Rolleri, Ankara, Sağlık Bakanlığı, 24.11.2016, *http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71022/h/020-hastane-yatak-ve-rolleri-tescil-kriterleri.doc.*

Taneli, B. & Şahin H., (2013*) Cumhuriyet'ten Önce ve Sonra Ülkemizde Hastaneler, Çocuk Hastaneleri ve Tıp Eğitimi,* İzmir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Temel, M.M., (2011) *Mekânda Yön Bulma Deneyiminin İki Alışveriş Merkezi Üzerinden Karşılaştırmalı İncelemesi,* (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Thermometer, (Version 2.6) [İos software]. Presselite.

Türe, H., (1985) *Hastahane Poliklinikleri Üzerine Genel Bir İnceleme,* (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Terzioğlu, A., (1962) Modern Hastane İnşaatı, *Arkitekt dergisi,* 93-95.

Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu, (2010) 24 Kasım 2016, *http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/s.b.2010_klavuz_lowres_23092010.pdf*

Uludağ, O.Ş., (2010) *Osmanlılar Devrinde Türk Hekimliği* Ankara, Türk Tarih Kurumu Yayınları.

Ulrich, R. S., (2001) *Effects of İnterior Design on Welness: Theory and Recent Scientific Research,* Research Gate.

U.S. House of R., (1992) *Green Book: Background Material and Data on Programs,* Washington, D.C.:GPO, 228-289.

Wolfe, B.L., Instıtute For Research On Poverty, (2016) 23 Ekim 2016, *http://www.irp.wisc.edu/publications/focus/pdfs/foc142e.pdf*

Wohlwill, J. F., (1968) The physical environment: *A Problem For a Psychology As Simulation,* Journal of Social Issues, 22:29-38.

Yerebakan, M. (2000) *Özel Hastaneler Araştırması,* İstanbul, İstanbul Ticaret Odası.

Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T., (2011) *Avrupa Biriği Sağlık Politikaları ve Türkiye*, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları.

Yılmaz Ö.F., (2007) *Son Devir Osmanlı Hastahaneleri,* İstanbul, Çamlıca Basım Yayın.

1961 Anayasası 49. Madde-Sağlık Hakkı (1961) T. C. Resmi Gazete, 10859, 20.7.1961.

1982 Anayasası 56. Sağlık, Çevre ve Konut (1982) T. C. Resmi Gazete, 17863, 9.11.1982.

KHK/663 Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011) T. C. Resmi Gazete, 28103, 2.11.2011.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961) T. C. Resmi Gazete, 10705, 12.01.1961.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin (1983) T. C. Resmi Gazete, 17297, 13.01.1983.

TS 12813 (2002) ***Kamu binalarında mekân ihtiyacı – Sağlık Binaları Genel Kurallar,*** **Tse.**

TS EN 12464-1 (2011) ***Işık ve ışıklandırma-İş mahallerinin aydınlatılması,*** **Tse.**

DIN 1946 – 4, (2008) *Hastane Havalandırması,* http://www.mmo.org.tr/resimler/dosya_ekler/2486707ae30796c_ek.pdf.

Url-1 < *http://www.who.int/topics/health_systems/en/*>, erişim tarihi 24.11.2016.

Url-2 < *http://www.emro.who.int/Unified-Medical-Dictionary.html* >, erişim tarihi 24.11.2016.

Url-3 < *http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-336/kanunlar.html* >, erişim tarihi 24.11.2016.

Url-4 < *http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/fast-facts.shtml* >, erişim tarihi 23.10.2016.

Url-5 < *http://www.resmiistatistik.gov.tr* > erişim tarihi 24.11.2016.

Url-6 < *http://www.milligorus-forum.com.tr/tarihi-arastirmalar/56906-5-osmanlida-saglik-teskilati-mgf-hanimlar-egitim-arastirma-kom.html%20* >, erişim tarihi 24.04.2011.

Url-7 < http://www.forumalew.org/egitim-haberleri/191052-osmanlinin-tip-bilimine-verdigi-onem.html >, erişim tarihi 27.04.2011.

Url-8 <*http://haydarpasanumune.gov.tr/HastaneIcerik.aspx?p=6c798471-23e3-4574-afc5-cae8c3fe6635* >, erişim tarihi 12.11.2016.

Url-9 < *http://istanbultip.istanbul.edu.tr/tarihce-sayfa-5/* >, erişim tarihi 12.11.2016.

Url-10 < *http://www.idh.gov.tr/hsn_tarihce.php* >, erişim tarihi 12.11.2016.

Url-11< *http://www.sisliEtfâl.gov.tr/Hamidiye_Etfâl.pdf,* >, erişim tarihi 12.11.2016.

Url-12< *http://cerrahpasa.istanbul.edu.tr/tarihce/* >, erişim tarihi 12.11.2016.

Url-13< *http://bezmialemhastanesi.com/tr/Sayfalar/kurumsal/tarihce.aspx*>,

erişim tarihi 12.11.2016.

Url-14<http://www.coroflot.com/wickershee/id-portfolio?city=New+York&specialty=5&seeking_work=2&seeking_work_freelance=true& >, erişim tarihi 24.11.2016.

Url-15<https://www.pagethink.com/media/uploads/project-gallery-images/lg_tch_west_campus_mob_waiting.jpg>, erişim tarihi 24.11.2016.

Url-16 <https://muhc.ca/sites/default/files/Adult%20ED_C%20S1_waiting%20room_5.JPG> erişim tarihi 24.11.2016.

Url-17 < *http://www.healthcaredesignmagazine.com/sites/healthcaredesignmagazine.com/files/imagecache/570x360/14002_006.jpg* >, erişim tarihi 24.11.2016.

Url-18 < *http://www.kadimdostlar.com/topic/51753-gevher-nesibe-thifahanesi-1204-1206-kayseri-anadoluda-cadhlar-boyu-sadhlyk-merkezleri/*>, erişim tarihi 28.12.2016.

Url-18 < http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?t=0&v=26&l=en>, erişim tarihi 01.01.2017.

EKLER

EK A: Alan çalışması verileri tablosu

EK B: Alan çalışması standartlar tablosu

EK C: Alan çalışması-standart kıyaslama tablosu

EK D: Alan çalışması verileri puanlama tablosu

EK A: Alan çalışması verileri tablosu

Ölçütler/Hastane Adı	Koşullar/Hastane Adı			Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hatanesi (1. SÜTUN BEYİN C., GENEL C.,) (2. SÜTUN	İstinye Devlet Hastanesi	Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Hastanesi	İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
				KBB	KBB, Göz	Genel Cerrahi	Geenel Bekleme	Göz	Cerrahi Polikinikleri
Fiziksel Koşullar	Nem			45%	60%	45%	50%	40%	35%
	Sıcaklık			28 C	32 C	28 C	32 C	24 C	23 C
	Havalandırma		Doğal Havalandırma	X	X	DOĞAL	DOĞAL	DOĞAL	DOĞAL
			Yapay Havalandırma	MEKANİK	YAPAY (VANTİLATÖR)	MEKANİK	X	X	X
	Gürültü			78 DB.	62 DB.	69 DB.	77 DB.	69 DB.	70 DB.
	Işık		Doğal Işık	YOKK	YOK	VAR	VAR	VAR	VAR
			Yapay Işık	VAR 54 LX	VAR (60 LX.)	VAR (66 LX.)	VAR (62 LX.)	VAR (47 LX.)	VAR (66 LX.)
Psikolojik Etki	Teknoloji			YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK
	Renk Seçimi			KREM	BEJ	BEJ	LİLA	BEJ	KREM
	Ekipman Seçimi			DERİ KOLTUK	DEMİR KOLTUK	DERİ DEMİR	DERİ KOLTUK	AHŞAP	BEZ KOLTUK
Yön Bulma	Genel Erişim	Görme	Poliklinik Bekleme Alanlarından Doktor Odasını Görme	GÖRÜNMÜYOR	GÖRÜNMÜYOR	GÖRÜNÜYOR	GÖRÜNMÜYOR	GÖRÜNMÜYOR	GÖRÜNMÜYOR
			Poliklinik Bekleme Alanlarından Kayıt Bankosunu Görme	GÖRÜNÜYOR	GÖRÜNÜYOR	GÖRÜNÜYOR	GÖRÜNÜYOR	GÖRÜNMÜYOR	GÖRÜNÜYOR
		Polikliniklere Ulaşım İçin Geçen Süre		32 SN.	38 SN.	58 SN.	12 SN.	14 SN.	28 SN.
		Teşhis Ünitelerine Erişimde Dönüş Sayıları		1 MERDİVEN	1 DÖNÜŞ	1	BODRUM ZEMİN	İÇERİSİNDE	1
		Polikliniklere Erişimde Dönüş Sayıları		1	1	1	2	1	1
		Sirkülasyon Tipi	Asansör	10 KİŞİLİK	16 KİŞİLİK	4 X 12 KİŞİLİK	YOK	YOK	YOK
			Merdiven	1 (150 X 15 CM)	YOK	2 X 2.15 X 0.15 M.	1 X 1.50 X 0.15	1 X 1.20 X 14.50 M.	YOK
	Bekleme Alanlarına Erişim			GİRİŞTEN DİREK	GİRİŞTEN 1 DÖNÜŞ VAR	1. KATTA	GİRİŞTE	GİRİŞTE 10 SN.	GİRİŞTE
	Polikliniklere Erişim		Hasta Kayıt Bankolarına Erişim	GİRİŞTEN DİREK	GİRİŞTE	1. KATTA	GİRİŞTE	GİRİŞTE	GİRİŞTE
			Doktor Odalarına Erişim	GİRİŞTEN 1 DÖNÜŞ VAR	GİRİŞTEN 1 DÖNÜŞ VAR	1. KATTA	2 DÖNÜŞ	GİRİŞTEN 1 DÖNÜŞ	GİRİŞTE 1 DÖNÜŞ
Esneklik	Teknolojik Gelişmelere Bağlı Büyüme			YOK	YOK	VAR	VAR	VAR	VAR
	Mekansal Büyüme		Dikey	VAR	X	X	VAR	X	VAR
			Yatay	x	x	x	x	x	x
Yoğunluk/Kapasite	Doktor Sayısı			5	2	2	YOK	2	6
	Günlük Hasta Sayısı			45	24	12	YOK	8	40
Mekan Boyutları	Pencere Boyutları			YOK	1.75 X 2.65	1.75 X 2.65	2.85 X 2.30 M.	2 X 1.20 X 1.50 M.	1.50 X 180
	Kat Yüksekliği			3.30 M.	3.20 M.	3 M.	3 M.	2.60 M.	3.20 M.
	Kapı Boyutları			NET 90 CM.	75 CM.	1.10 M.	1 M.	90 CM.	0.90 CM.
	Sirkülasyon Alanı Boyutları			5.50 M.	2.95 M. (65-165-65)	3.20 M.	10 M.	3 M.	5.80 M.
	Ekipman Boyutları			55 X 45	45 X 45 CM.	45 X 45	50 CM. (1.10 M. GEÇİŞ, 3 SI	40 X 35	45 X 45 CM.
	Bekleme Alanı Boyutları			SIRA HALİNDE 40 CM GEÇ	65-165-65 CM.	3.20 WC YAKIN	2.10 M.	0.50-2-0.50	5.80 M.
Güvenlik	Kayma/Düşme			VAR (CİLALI MERMER)	VAR (SERAMİK)	YOK (PVC)	VAR (SERAMİK)	YOK (PVC)	YOK (PVC)
Engelliler	Kot Farkları			YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK
	Rampa			DÜZ AYAK	DÜZ AYAK	VAR	VAR	YOK	YOK
	Asansör			VAR	VAR	VAR	YOK	YOK	YOK
	Hissedilebilir Yüzey			YOK	VAR	VAR	YOK	YOK	YOK

EK B: Alan çalışması standartlar tablosu

Ölçütler/Hastane Adı	Koşullar/Hastane Adı			Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hatanesi (1. SÜTUN BEYİN C., GENEL C.,) (2. SÜTUN	İstinye Devlet Hastanesi	Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Hastanesi	İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
				KBB	KBB, Göz	Genel Cerrahi	Geenel Bekleme	Göz	Cerrahi Polikliniği
Fiziksel Koşullar	Nem			%30-%60	%30-%60	%30-%60	%30-%60	%30-%60	%30-%60
	Sıcaklık			20 C	20 C	20 C	20 C	20 C	20 C
	Havalandırma		Doğal Havalandırma	Tercih Edilir	Tercih Edilir	Tercih Edilir	Tercih Edilir	Tercih Edilir	Tercih Edilir
			Yapay Havalandırma	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı
	Gürültü			35-45 db.	35-45 db.	35-45 db.	35-45 db.	35-45 db.	35-45 db.
	Işık		Doğal Işık	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı
			Yapay Işık	200 lx.	100 lx.	100 lx.	200 lx.	100 lx.	100 lx.
Psikolojik Etki	Teknoloji			Tercih Edilir	Tercih Edilir	Tercih Edilir	Tercih Edilir	Tercih Edilir	Tercih Edilir
	Renk Seçimi			Açık Renkler	Açık Renkler	Açık Renkler	Açık Renkler	Açık Renkler	Açık Renkler
	Ekipman Seçimi			Konforlu	Konforlu	Konforlu	Konforlu	Konforlu	Konforlu
Yön Bulma	Genel Erişim	Görme	Poliklinik Bekleme Alanlarından Doktor Odasını Görme	Görülebilir	Görülebilir	Görülebilir	Görülebilir	Görülebilir	Görülebilir
			Poliklinik Bekleme Alanlarından Kayıt Bankosunu Görme	Görülebilir	Görülebilir	Görülebilir	Görülebilir	Görülebilir	Görülebilir
		Polikliniklere Ulaşım İçin Geçen Süre		0-5 dk.	0-5 dk.	0-5 dk.	0-5 dk.	0-5 dk.	0-5 dk.
		Teşhis Ünitelerine Erişimde Dönüş Sayıları		1 kat	1 kat	1 kat	1 kat	1 kat	1 kat
		Polikliniklere Erişimde Dönüş Sayıları		Direk-1,2 dönüş	Direk-1,2 dönüş	Direk-1,2 dönüş	Direk-1,2 dönüş	Direk-1,2 dönüş	Direk-1,2 dönüş
		Sirkülasyon Tipi	Asansör	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı
			Merdiven	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı
	Bekleme Alanlarına Erişim			Direkt	Direkt	Direkt	Direkt	Direkt	Direkt
	Polikliniklere Erişim		Hasta Kayıt Bankolarına Erişim	Direkt	Direkt	Direkt	Direkt	Direkt	Direkt
			Doktor Odalarına Erişim	Direkt	Direkt	Direkt	Direkt	Direkt	Direkt
Esneklik	Teknolojik Gelişmelere Bağlı Büyüme			Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı
	Mekansal Büyüme		Dikey	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı
			Yatay	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı
Yoğunluk/Kapasite	Doktor Sayısı			1	1	1	1	1	1
	Günlük Hasta Sayısı			4.29 hasta	6 hasta	6 hasta	0 hasta	3.75 hasta	6.66 hasta
Mekan Boyutları	Pencere Boyutları			Alanının 1/5-1/7	Alanının 1/5-1/7	Alanının 1/5-1/7	Alanının 1/5-1/7	Alanının 1/5-1/7	Alanının 1/5-1/7
	Kat Yükseliği			3.05 m.	3.05 m.	3.05 m.	3.05 m.	3.05 m.	3.05 m.
	Kapı Boyutları			k kanatlı:1.20, Çift Kanatlı 1.80	k kanatlı:1.20, Çift Kanatlı 1.80	k kanatlı:1.20, Çift Kanatlı 1.80	k kanatlı:1.20, Çift Kanatlı 1.80	k kanatlı:1.20, Çift Kanatlı 1.80	k kanatlı:1.20, Çift Kanatlı 1.80
	Sirkülasyon Alanı Boyutları			min. 1.50 m. genişlik	min. 1.50 m. genişlik	min. 1.50 m. genişlik	min. 1.50 m. genişlik	min. 1.50 m. genişlik	min. 1.50 m. genişlik
	Ekipman Boyutları			40 x 45 cm.	40 x 45 cm.	40 x 45 cm.	40 x 45 cm.	40 x 45 cm.	40 x 45 cm.
	Bekleme Alanı Boyutları			Tek sıra 50 x 60 cm.	Tek sıra 50 x 60 cm.	Tek sıra 50 x 60 cm.	Tek sıra 50 x 60 cm.	Tek sıra 50 x 60 cm.	Tek sıra 50 x 60 cm.
Güvenlik	Kayma/Düşme			Olmamalı	Olmamalı	Olmamalı	Olmamalı	Olmamalı	Olmamalı
Engelliler	Kot Farkları			Olmamalı	Olmamalı	Olmamalı	Olmamalı	Olmamalı	Olmamalı
	Rampa			Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı
	Asansör			Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı
	Hissedilebilir Yüzey			Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı	Olmalı

EK C: Alan çalışması-standart kıyaslama tablosu

Ölçütler/Hastane Adı	Koşullar/Hastane Adı			Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hatanesi (1. SÜTUN BEYİN C., GENEL C.,) (2. SÜTUN	İstinye Devlet Hastanesi	Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Hastanesi	İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
				KBB	KBB, Göz	Genel Cerrahi	Geenel Bekleme	Göz	Cerrahi Polikliniği
Fiziksel Koşullar	Nem			Var	Var	Var	Var	Var	Var
	Sıcaklık			Yok	Yok	Yok	Yok	KE	KE
	Havalandırma		Doğal Havalandırma	Yok	Yok	Yok	Var	Var	Var
			Yapay Havalandırma	Var	Var	Var	Yok	Yok	Yok
	Gürültü			Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
	Işık		Doğal Işık	Yok	Yok	Var	Var	Var	Var
			Yapay Işık	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Psikolojik Etki	Teknoloji			Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
	Renk Seçimi			Var	Var	Var	Var	Var	Var
	Ekipman Seçimi			Var	Yok	Yok	Var	Yok	Yok
Yön Bulma	Genel Erişim	Görme	Poliklinik Bekleme Alanlarından Doktor Odasını Görme	Yok	Yok	Var	Yok	Yok	Yok
			Poliklinik Bekleme Alanlarından Kayıt Bankosunu Görme	Var	Var	Var	Var	Yok	Var
		Polikliniklere Ulaşım İçin Geçen Süre		Var	Var	Var	Var	Var	Var
		Teşhis Ünitelerine Erişimde Dönüş Sayıları		Var	Var	Var	Var	Var	Var
		Polikliniklere Erişimde Dönüş Sayıları		Var	Var	Var	Var	Var	Var
		Sirkülasyon Tipi	Asansör	Var	Var	Var	Var	Var	Yok
			Merdiven	Var	Var	Var	Var	Var	Yok
	Bekleme Alanlarına Erişim			Var	Var	Yok	Var	Var	Var
	Polikliniklere Erişim		Hasta Kayıt Bankolarına Erişim	Var	Var	Yok	Var	Var	Var
			Doktor Odalarına Erişim	Var	Var	Yok	Var	Var	Var
Esneklik	Teknolojik Gelişmelere Bağlı Büyüme			Yok	Yok	Var	Var	Var	Var
	Mekansal Büyüme		Dikey	Var	Yok	Yok	Var	Yok	Yok
			Yatay	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
Yoğunluk/Kapasite	Doktor Sayısı			Yok	Yok	Var	0	Yok	Var
	Günlük Hasta Sayısı			Yok	Yok	Var	0	Yok	Var
Mekan Boyutları	Pencere Boyutları			Yok	Az	Az	Az	Az	Az
	Kat Yüksekliği			Var	Var	KE	Yok	Yok	Var
	Kapı Boyutları			Yok	Yok	KE	Yok	Yok	Yok
	Sirkülasyon Alanı Boyutları			Var	Var	Var	Var	Var	Var
	Ekipman Boyutları			Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok
	Bekleme Alanı Boyutları			Var	Var	Var	Var	Var	Var
Güvenlik	Kayma/Düşme			Yok	Yok	Var	Yok	Var	Var
Engelliler	Kot Farkları			YOK	YOK	YOK	YOK	YOK	YOK
	Rampa			Var	Var	Var	VAR	YOK	YOK
	Asansör			Var	Var	Var	Var	Var	Yok
	Hissedilebilir Yüzey			YOK	VAR	VAR	YOK	YOK	YOK

EK D: Alan çalışması verileri puanlama tablosu

Ölçütler/ Hastane Adı	Koşullar/Hastane Adı			Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hatanesi (1.	İstinye Devlet Hastanesi	Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma	Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Hastanesi	İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
				KBB	KBB, Göz	Genel Cerrahi	Geenel Bekleme	Göz	Cerrahi Polikliniği
Fiziksel Koşullar	Nem			2	2	2	2	2	2
	Sıcaklık			-2	-2	-2	-2	-2	1
	Havalandırma		Doğal Havalandırma	-1	-1	-1	1	2	2
			Yapay Havalandırma	1	-2	1	1	-2	-2
	Gürültü			-2	-2	-2	-2	-2	-2
	Işık		Doğal Işık	-1	-1	1	1	1	1
			Yapay Işık	-2	-2	-2	-2	-2	-2
Psikolojik Etki	Teknoloji			-1	-1	-1	-1	-1	-1
	Renk Seçimi			1	1	1	1	1	1
	Ekipman Seçimi			1	-1	-1	1	-1	-1
Yön Bulma	Genel Erişim	Görme	Poliklinik Bekleme Alanlarından Doktor Odasını Görme	-2	-2	2	-2	-2	-2
			Poliklinik Bekleme Alanlarından Kayıt Bankosunu Görme	2	2	2	2	-2	2
		Polikliniklere Ulaşım İçin Geçen Süre		1	1	1	1	1	1
		Teşhis Ünitelerine Erişimde Dönüş Sayıları		1	1	1	1	1	1
		Polikliniklere Erişimde Dönüş Sayıları		1	1	1	1	1	1
		Sirkülasyon Tipi	Asansör	1	1	1	1	1	1
			Merdiven	1	2	2	2	2	1
	Bekleme Alanlarına Erişim			1	1	1	1	1	1
	Polikliniklere Erişim		Hasta Kayıt Bankolarına Erişim	1	1	1	1	1	1
			Doktor Odalarına Erişim	1	1	1	1	1	1
Esneklik	Teknolojik Gelişmelere Bağlı Büyüme			-1	-1	1	1	1	1
	Mekansal Büyüme		Dikey	1	-1	-1	1	-1	-1
			Yatay	-1	-1	-1	-1	-1	-1
Yoğunluk/Kapasite	Doktor Sayısı			-1	-1	2	-1	-1	2
	Günlük Hasta Sayısı			-1	-1	2	-1	-1	2
Mekan Boyutları	Pencere Boyutları			-1	-1	-1	-1	-1	-1
	Kat Yükseliği			1	1	1	-1	-1	1
	Kapı Boyutları			-1	-1	1	-1	-1	-1
	Sirkülasyon Alanı Boyutları			2	2	2	2	2	2
	Ekipman Boyutları			-1	-1	-1	-1	-1	-1
	Bekleme Alanı Boyutları			2	2	2	2	2	2
Güvenlik	Kayma/Düşme			2	-1	1	-1	1	1
Engelliler	Kot Farkları			1	1	1	1	1	1
	Rampa			1	1	1	1	1	1
	Asansör			1	1	1	1	1	1
	Hissedilebilir Yüzey			-1	1	1	-1	-1	-1
PUANLAMA	OLMASI GEREKEN			36-72	36-72	36-72	36-72	36-72	36-72
	OLAN			7	0	21	9	1	15

ÖZGEÇMİŞ



Adı-Soyadı **:** Muhammed Fatih ÇETİNTAŞ

Doğum Tarihi ve Yeri **:** 20.08.1988 – Alacakaya/Elazığ

E-posta **:** m.fatih.cetintas@gmail.com

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** **:** (2006-2011), K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi, Mimarlık, Mimarlık.
- **Lise** **:** (2002-2005), Elazığ Balakgazi Lisesi
- **Ortaöğretim** **:** (1994-2002), Elazığ Vali M. Lütfullah Bilgin İ.Ö.O.