



Hacettepe Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü
İç Mimarlık ve evre Tasarımı Anabilim Dalı

**PLASTİK, REKONSTRÜKTİF ve ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM
DALI KLİNİĞİ MUAYENE ODALARINDAKİ HASTA - DOKTOR
İLETİŞİMİNE MEKANIN ETKİSİ**

Kurt Orkun Aktaş

Sanatta Yeterlik Tezi

Ankara, 2017

PLASTİK, REKONSTRÜKTİF ve ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM DALI
KLİNİĞİ MUAYENE ODALARINDAKİ HASTA - DOKTOR İLETİŞİMİNE
MEKANIN ETKİSİ

Kurt Orkun Aktaş

Hacettepe Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü
İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Anabilim Dalı

Sanatta Yeterlik Tezi

Ankara, 2017

KABUL VE ONAY

Kurt Orkun Aktaş tarafından hazırlanan "Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Kliniği Muayene Odalarındaki Hasta - Doktor İletişimine Mekanın Etkisi" başlıklı bu çalışma, 20 Haziran 2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sanatta Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.



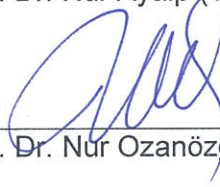
Prof. Dr. Pelin Yıldız (Başkan)



Doç. Dr. Bilge Sayıl Onaran (Danışman)



Doç. Dr. Nur Ayalp (TOBB Üniversitesi)



Doç. Dr. Nür Ozanözgü

Doç. Dr. Rabia Köse Doğan (Selçuk Üniversitesi)



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Türev Berki
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

20.Haziran.2017



Kurt Orkun Aktaş

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.
(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)
- Tezimin/Raporumun 20/06/2019 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.
(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)
- Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.
- Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

20/06/2017

Kurt Orkun AKTAŞ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tamamlanmasında büyük emeği olan değerli danışmanım

Doç. Dr. Bilge Sayıl ONARAN'a;

Muazzam öngörüsü ve tecrübeleriyle bu zorlu yolda yolumu aydınlatan ve destek olan sevgili eşim Doç. Dr. Gözen Güner AKTAŞ'a; mutlulukları bulaşıcı olan sevgili kızlarım Berin Işık AKTAŞ ve Doğa Güneş AKTAŞ'a; kardeşim Can B. AKTAŞ'a, Burçe Ö. ÜNVER'e, Gizem G. KAPTAN'a ve Ceyda A. RÜŞTÜOĞLU'na şükranlarımı sunarım.

Bu çalışmamı varlıklarıyla bana güç katan, rehberlik eden ve olabileceğimin en iyisi olmam için beni daima yüreklendiren annem Jale AKTAŞ ve babam Prof. Dr. A. Ziya AKTAŞ'a ithaf ediyorum.

ÖZET

Kurt Orkun Aktaş. *Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Kliniği Muayene Odalarındaki Hasta - Doktor İletişimine Mekanın Etkisi*, Sanatta Yeterlik, Ankara, 2017.

Günümüz hastanelerini ele alırken sadece hasta tedavisi gibi tek bir konu başlığı altında değerlendirmek birçok bakımdan yetersiz kalmaktadır. Çağdaş dünyada hastane mekanlarını bir sistem yaklaşımıyla tanımlamak gerekmektedir. Bu yaklaşıma göre; hastaneler değişiklikler gösteren bir çevre içinde, çevreden alınan girdiler işlenerek, işlenmiş girdilerin tekrar aynı çevreye iade edildiği ve geri bildirim özelliğine sahip bütüncül bir sistem olarak ele alınmaktadır. Bu sistematik yaklaşımda, sistemin söz konusu girdileri şu şekilde sıralanabilir: hastalar, insan gücü, malzemeler ile maddi ve finansal kaynaklar. Hastane yönetimi alanında yürütülen akademik çalışmalar; çağdaş yaşamın bir gerçeği haline gelen rekabet unsurunun, hastanelerce sunulan hizmetin kalitesine olumlu yönde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. İnsanlar-arası ilişkilerin hassasiyetle incelenmesinin uygun olacağı günümüz hastanelerinde, hastalar ve doktorların birbirleriyle kurdukları sosyal ilişkide mekânsal unsurların da etkin olacağı düşünülmektedir. Sağlık hizmeti sürecinin sonunda, hastanın süreç ile ilgili deneyimlediği tatmin duygusu ve güven algısı kavramlarının oluşmasında ve bunların sonucunda hekim ile hasta arasında kurulan ilişkide mekanın da katkısının olması yadsınamaz. Mekan ve mekanı oluşturan unsurların, hasta doktor iletişimine etkisi bu tezin temel sorunu olarak ortaya çıkmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde; bu çalışmayı hazırlayan unsurlar ele alınmakta çalışmanın temel amacı, kapsamı, yöntemi ve temel problem açıklanmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde; hastanelerin cumhuriyet sonrası dönemde tarihsel gelişimi, genel özellikleri ve sınıflandırılmaları ele alınmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde; hastaneler ve insan etkileşimi; psikofizik, insan davranış kuramları, insan gereksinimleri, kültür, hasta hakları kavramları, hastanelerde hasta mekanları ile birlikte tartışılmıştır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde; hastanelerde mekan etkileşimi üzerinde durulmuştur. Mekanın öğeleri, mekanın algılanışı, algıyı etkileyen yasalar, mekanın dili, mekanda anlam, mekanda kalite algısı ve mekan öğeleri ile ilişkisi tartışılmıştır. Hastane mekanlarının tasarımı, aydınlatma, akustik, iklimlendirme, mobilya ve donatı elemanları, malzeme, renk ve doku kavramları ile birlikte ele alınmıştır.

Çalışmanın beşinci bölümünde; hastanelerde insan-mekan etkileşimi konu edilmiştir. İletişim modeli, temel iletişim süreçleri, duyum ve algılama, algılamayı etkileyen unsurlar, mekansal algı, biliş ve değerlendirme, mekansal davranış, kullanıcı-tasarımcı iletişim sürekliliği, hastanelerde hasta tatmini, sağlık çalışanlarında iş tatmini ve hastanelerde tatmin hissi gibi kavramlar, mekan kavramı ile ilişkili olarak tartışılmıştır.

Çalışmanın özgün altıncı bölümünde; Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı kliniği muayene odalarındaki hasta-doktor iletişimine mekânın etkisi üzerine yapılan alan çalışması ile ilgili bilgiler verilmektedir. Alan çalışmasının tanımı, metodu ve örnek hacminin belirlenmesi süreçleri aktarılmış, alan çalışması değerlendirilmiş, anket sorularının veri analizleri yapılmış, araştırma verileri lojistik regresyon istatistik yöntemi kullanılarak değerlendirilmiş ve hipotezler sınanmıştır.

Çalışmanın sonuç bölümünde ise; alan çalışmasından elde edilen veriler doğrultusunda çalışmanın hipotezlerinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Saha çalışması ile elde edilen verilerin yorumlanması sonucunda muayene mekânlarının fiziki koşullarının doktorla hasta arasında kurulması gereken iletişimde etkili olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Muayene mekanının fiziki koşullarının değerlendirilmesi sonucunda; doktor ile kurulan iletişime en fazla etkiyi, rahat mobilyaların kullanılmasının yaptığı anlaşılmaktadır. Çocuk hastaların ebeveynlerinin mekânsal tercihlerinin diğer hastalara oranla daha fazla olması

da araştırmanın önemli sonuçlarından biridir. Hasta-doktor arasında güven ilişkisinin kurulmasında mekanın etkili bir unsur olduğu değerlendirilmiştir.

Anahtar Sözcükler

Hastane Yapıları, Hastane Muayene Odaları, İnsan, Mekan, İletişim, Güven Duygusu, Mahremiyet, Hizmet Kalitesi

ABSTRACT

Kurt Orkun Aktaş. *The Effect of Place in the Patient - Doctor Communication in Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery Clinic Examination Rooms*, Proficiency in Art, Ankara, 2017.

When assessing hospitals, drawing conclusions solely based on a single metric such as patient treatment is inadequate in many aspects. In the contemporary world, it is necessary to define hospital spaces from a system approach. According to this approach, hospitals function as a system with a feedback feature, in which the received input are processed in an environment that shifts and varies, and the processed input are returned to the same environment at the end of the process cycle. In this systematic approach the system inputs may be listed as: patients, human resources, materials and financial resources. Competition is said to positively affect the quality of service offered by competing hospitals. Based on this information, it is clear that spatial factors have an impact on the communication between patients and doctors in today's healthcare environments. It is inevitable that patient satisfaction with and their perceived confidence at the end of the health care process, together with the relation that is formed between the patient and physician are affected by the space where these interactions take place. The sense of place, and the effect of elements that define place on the communication between patient and physician form the main focus points of this thesis.

In the first part of the study; The main purpose, scope, method and fundamental problem of the study are explained.

In the second part of the study; historical development, general characteristics and classification of hospitals in the post-republic period in Turkey are discussed.

In the third part of the study; hospitals and human interaction; psychophysics, human behavioral theories, human needs, culture, patient rights concepts in hospital environments are discussed in relation to patient space.

In the fourth part of the study; interactions with space in hospital settings have been assessed. The relationship between the items in a room, the perception of the room, the laws affecting perception, language of the room, meaning of space, sense of quality of the room and relation with space are discussed. The design of hospital spaces have been analyzed by considering the relation between lighting, acoustics, air conditioning, furniture and accessory elements, materials, color and texture concepts.

In the fifth chapter of the study; human-space interaction in hospitals have been assessed. Communications model, fundamental communication processes, sensation and perception, elements affecting perception, spatial perception, cognition and evaluation, spatial behavior, continuity of user-designer communication, patient satisfaction in hospitals, job satisfaction in healthcare workers and satisfaction in hospitals in relation to space are discussed.

In the sixth part of the study; information on the conducted field work on the effect of space on patient - doctor communication in the examination rooms of Hacettepe University Hospitals' Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery department is provided. Definition and scope of the field work, and the method and process of determining the sample size have been discussed. Results of the field study have been evaluated, analysis of survey data have been analyzed and evaluated by statistical methods, and hypotheses have been tested in this chapter.

In the conclusion section of the study; results obtained through data from the field study and the results of the evaluation of the hypotheses of the study are further emphasized and summarized. According to the interpretation of the data obtained by the fieldwork; the physical conditions of the examination rooms were found to be effective to the communication established between the physician and the patient. According to the

evaluation of the physical conditions of inspection areas; among other variables affecting physician-patient communication; it is understood that the use of comfortable furniture is the most efficient one. The fact that parents of child patients having more spatial preferences than other patients is another important result of the research. It has been evaluated that place is an effective element in establishing the trust relationship between the patient and the physician in examination rooms.

Key Words

Hospital Interiors, Examination Rooms, Human, Place, Communication, Confidence, Privacy, Healthcare Quality

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY	i
BİLDİRİM	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvii
RESİMLER DİZİNİ	xviii
ÇİZİMLER DİZİNİ	xx
TABLolar DİZİNİ	xxi
GRAFİKLER DİZİNİ	xxvi
BÖLÜM 1 GİRİŞ	1
1.1. Amaç.....	2
1.2. Kapsam.....	4
1.3. Yöntem.....	5
BÖLÜM 2 HASTANELERİN TANIMI, TÜRKİYE’DE CUMHURİYET SONRASI TARİHSEL GELİŞİMİ, GENEL ÖZELLİKLERİ, SINIFLANDIRMASI VE İŞLEVİ	8
2.1. Hastane Tanımı	8
2.2. Hastanelerin Türkiye’de Cumhuriyet Sonrası Tarihsel Gelişimi	9
2.2.1. Erken Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri	9
2.2.2. XX. yy Ortalarındaki Sağlık Hizmetleri.....	11
2.2.3. Günümüzde Sağlık Hizmetleri.....	13

2.3. Hastanelerin Genel Özellikleri.....	18
2.3.1. Karmaşık Yapıda Açık-Dinamik Sistem.....	18
2.3.2. Matris Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyon	19
2.3.3. Her Gün, Günde 24 Saat Hizmet Veren Yapı....	21
2.4. Hastanelerin Sınıflandırılması	21
2.4.1. Tedavi Türlerine Göre	22
2.4.2. Finansal Kaynak Türlerine Göre.....	23
2.4.3. Yatak Kapasitesine Göre.....	23
2.4.4. Hasta Kalış Süresine Göre	25
2.4.5. Eğitim Verilmesi veya Verilmemesine Göre	25
2.4.6. Tedavi Edilen Hastalığın Türüne Göre	25
2.5. Hastane Mekanlarının Genel Özellikleri.....	26
2.6. II. Bölüm Değerlendirmesi.....	27
BÖLÜM 3 HASTANELER VE İNSAN ETKİLEŞİMİ	30
3.1. Psikofizik.....	31
3.2. İnsanın Davranış Kuramları	34
3.2.1. Nörobiyolojik Yaklaşım	34
3.2.2. Davranışsal Yaklaşım.....	34
3.2.3. Bilişsel Yaklaşım	35
3.2.4. Psikanaliz Yaklaşımı	36
3.2.5. Fenomenolojik Yaklaşım	37
3.3. İnsan Gereksinimleri	38
3.4. Kültür	40
3.4.1. Kültüre Özgü Olma Kavramı	42
3.4.2. Kültürün İnsan-Çevre Etkileşimindeki Yeri	43

3.5. Hasta İnsan.....	44
3.6. Hasta Hakları ve Sorumlulukları	46
3.7. Hastanelerde Hasta Mekanları	51
3.8. III. Bölüm Değerlendirmesi.....	54
BÖLÜM 4 HASTANELER VE MEKAN ETKİLEŞİMİ	56
4.1. Mekanın Öğeleri	57
4.2. Mekanın Algılanışı	58
4.3. Algıya Etki Eden Yasalar	60
4.4. Mekanın Dili (Semiyoloji)	62
4.5. Mekanda Anlam.....	66
4.5.1. Mekansal Anlamın Düzeyleri ve Tipleri	68
4.5.1.1. Sunumsal (Presentational)Anlam	69
4.5.1.2. Göstergesel (Referensial) Anlam	70
4.5.1.3. Duygusal (Affective) Anlam.....	70
4.5.1.4. Değerlendirici (Evaluative) Anlam.....	71
4.5.1.5. Hüküm Verici (Prescriptive) Anlam	71
4.5.2. Mekanın Anlam İfade Eden Öğeleri	72
4.6. Mekanda Kalite Algısı ve Kalite Kavramının Mekan Öğeleri ile İlişkisi.....	76
4.6.1. Mekan Tasarım Süreci	79
4.6.2. Mekan Yapım Süreci	79
4.6.3. Mekan Kullanım Süreci	80
4.7. Hastane Mekanlarının Tasarımı	81
4.7.1. Hastanelerde Aydınlatma	83
4.7.2. Hastanelerde Akustik	84
4.7.3. Hastanelerde İklimlendirme.....	86
4.7.4. Hastanelerde Mobilya ve Donatı Elemanları	87
4.7.5. Hastanelerde Malzeme Kullanımı	89

4.7.5.1. Tavanlar.....	89
4.7.5.2. Duvarlar	90
4.7.5.3. Zeminler.....	92
4.7.6. Hastanelerde Renk ve Doku Kullanımı.....	94
4.8. IV. Bölüm Değerlendirmesi	95
BÖLÜM 5 HASTANELERDE İNSAN-MEKAN İLETİŞİMİ.....	98
5.1. İletişim Modeli.....	100
5.1.1. Kaynak ve Hedef Birimler	100
5.1.2. İletişim Kanalları	101
5.1.2.1. Görsel Kanal	101
5.1.2.2. İşitsel Kanal	102
5.1.2.3. Dokunsal Kanal.....	102
5.1.2.4. Kokusal Kanal.....	103
5.1.2.5. Tatsal Kanal.....	103
5.1.3. İletişim Ortamı	104
5.2. Temel İletişim Süreçleri	104
5.3. Duyum ve Algılama	106
5.4. Algılamayı Etkileyen Özellikler.....	107
5.4.1. Seçici Dikkat.....	108
5.4.2. Örgütlenme	109
5.5. Mekansal Algı	109
5.6. Biliş ve Değerlendirme.....	112
5.7. Davranış – Mekansal Davranış.....	114
5.7.1. Mahremiyet	115
5.7.2. Kişisel Alan.....	117
5.7.3. Kişiselleştirme	118
5.7.4. Egemenlik Alanı	121
5.7.5. Mekansal İstila	123
5.7.6. Kulis Davranışı	123
5.7.7. Liderlik.....	125

5.7.8. Yönelme Davranışı.....	125
5.7.9. Organizasyonel Ortam	126
5.7.10. Tükenmişlik Sendromu.....	126
5.7.11. Hastalarda Güven Hissi.....	128
5.8. Kullanıcı-Tasarımcı İletişim Sürekliliği ve Mekan Kalitesi	129
5.9. Hastanelerde Hasta Tatmini	130
5.10. Hastanelerde Tatmin Hissi ve Mekan	133
5.11. V. Bölüm Değerlendirmesi	134

BÖLÜM 6 PLASTİK, REKONSTRÜKTİF ve ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM DALI KLİNİĞİ MUAYENE ODALARINDAKİ HASTA -

DOKTOR İLETİŞİMİNE MEKÂNIN ETKİSİ.....	137
6.1. Alan Çalışmasının Tanımı	137
6.1.1. Alan Çalışmasının Gerçekleştirildiği Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği.....	138
6.1.2. Alan Çalışması Metodu	149
6.1.3. Örnek Hacminin belirlenmesi.....	151
6.2. Alan Çalışmasının Değerlendirilmesi	152
6.2.1. Anket Sorularının Veri Analizleri.....	152
6.2.2. Muayene Mekanının Fiziksel Özellikleri ile İlgili Soruların Analizleri.....	156
6.2.2.1. Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Analizi	161
6.2.2.2. Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Analizi	167
6.2.2.3. Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Analizi.....	172
6.2.2.4. Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Değerlendirilmesi	178

6.2.3. Araştırma Verilerinin İstatistik Yöntemler Kullanılarak Değerlendirilmesi ve Hipotezlerin Sınanması ..	184
6.2.3.1. Muayene Mekanında Fiziksel Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etkisinin Değerlendirmesi	184
6.2.3.2. Muayene Mekanında Fiziksel Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etkisi (H1) Hipotezinin Sınanması	191
6.2.3.3. Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasının Değerlendirilmesi	193
6.2.3.4. Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunması (H2) Hipotezinin Sınanması .	199
6.2.3.5. Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyinin Değerlendirilmesi...	201
6.2.3.6. Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyi (H3) Hipotezinin Sınanması	208
6.2.3.7. Muayene Mekanının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi	209
6.2.3.8. Muayene Mekanının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi (H4) Hipotezinin Sınanması	216
BÖLÜM 7 SONUÇ	219
KAYNAKÇA	234
Ek 1 Girişimsel Olmayan Etik Kurul Onay Kararı	248
Ek 2 Anket Formu	249

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Pavyon Tip Kat Planı	12
Şekil 2.2.	Blok Tip Hastane Yapıları	12
Şekil 3.1.	Mutlak Eşik Grafiği	32
Şekil 3.2.	Sinyal Tespit Teorisi (STT) Matrisi	33
Şekil 3.3.	Maslow'un İhtiyaç Hiyerarşisi	39
Şekil 3.4.	Tek Yataklı Hasta Odası Planı	53
Şekil 4.1.	Figür ve Zemin	60
Şekil 4.2.	Yakınlık Yasası	60
Şekil 4.3.	Benzerlik Yasası	61
Şekil 4.4.	İyi Süreklilik Yasası	61
Şekil 4.5.	Kapanış Yasası	61
Şekil 4.6.	Ortak Kader Yasası	62
Şekil 4.7.	Mekan-Kullanıcı-Tasarımcı İletişim Döngüsü Modeli	65
Şekil 4.8.	Yapı üretim süreci döngüsü	78
Şekil 5.1.	İletişim Süreci Özeti	105
Şekil 5.2.	Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini	131

RESİMLER DİZİNİ

Resim 3.1.	Hasta Koğuşu, Guy's Hastanesi, İngiltere.....	52
Resim 4.1.	Bekleme alanı, Tümör Hastalıkları Ulusal Merkezi (NCT), Almanya	87
Resim 4.2.	Dolaşım alanı, Koridor, Stone Springs Health Center, ABD.....	88
Resim 4.3.	Dolaşım alanı, Koridor, Kings County Hospital Center, ABD. ..	90
Resim 4.4.	Koridor Duvarları, Liv Hospital, Ulus, Türkiye.	91
Resim 4.5.	Ameliyathane Duvarları, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Türkiye.	92
Resim 4.6.	Epoksi zemin, Carolina Medical Center, ABD.....	93
Resim 4.7.	Mermer zemin kullanımı, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Türkiye.	93
Resim 4.8.	Hasta odası, Columbia Asia Medical Center, Hindistan.....	94
Resim 4.9.	Koridor görüntüsü, Chesterfield Royal Hospital, İngiltere.....	95
Resim 5.1.	Bristol Hematoloji ve Onkoloji Merkezi kişiselleştirme panosu	120
Resim 6.1.	Özel Muayene Odaları Danışma Bankosu ve Bekleme Salonu	141
Resim 6.2.	Özel Muayene Odaları Bekleme Salonu	142
Resim 6.3.	Özel Muayene Odaları Girişi.....	142
Resim 6.4.	Özel Muayene Odası No. 1 İçmekanı	143
Resim 6.5.	Özel Muayene Odası No. 1 İçmekanı	143
Resim 6.6.	Özel Muayene Odası No. 1 İçmekanı	144
Resim 6.7.	Özel Muayene Odası No. 1 İçmekanı	144
Resim 6.8.	Özel Muayene Odası No. 2 İçmekanı	145
Resim 6.9.	Özel Muayene Odası No. 2 İçmekanı	145
Resim 6.10.	Özel Muayene Odası No. 2 İçmekanı	145
Resim 6.11.	Kan Alma Odası İçmekanı	146
Resim 6.12.	Kan Alma Odası İçmekanı	146
Resim 6.13.	Kan Alma Odası İçmekanı	146
Resim 6.14.	Poliklinik Danışma Bankosu ve Bekleme Mekanı	147
Resim 6.15.	Poliklinik Muayene Odası Giriş Kapısı	148

Resim 6.16. Poliklinik Muayene Odası İçmekanı	148
Resim 6.17. Poliklinik Muayene Odası İçmekanı	148

ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 6.1.	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Planı	139
Çizim 6.2.	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Hareket Şeması	140
Çizim 6.3.	Özel Muayene Odaları ve Bekleme Salonu Planı	141
Çizim 6.4.	Poliklinik Muayene Odası ve Danışma Bankosu Planı.....	147

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	2002-2015 Yatak Doluluk Oranları Tablosu	15
Tablo 2.2.	Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı	17
Tablo 2.3.	2016 Yılı Türkiye’de Hastane ve Yatak Sayısı Toplam ve Ortalama Tablosu	24
Tablo 5.1.	Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler	132
Tablo 6.1.	Toplam Hasta Sayısı ve Anket Uygulanan Katılımcı Sayısı Tablosu	150
Tablo 6.2.	Farklı Duyarlılık Düzeyleri ve Prevelanslar için Belirlenmiş Örnek Genişlikleri Tablosu	152
Tablo 6.3.	Katılımcıların Yaş Grubu ve Cinsiyet Bazında Dağılımı Tablosu	153
Tablo 6.4.	Katılımcıların Eğitim Durumu ve Cinsiyet Bazında Dağılımı Tablosu	154
Tablo 6.5.	Sağlık Kuruluşuna Daha Önce Gelme Durumuna Göre Hastaneyi Seçme Nedenleri Tablosu.....	155
Tablo 6.6.	Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Genel Değerlendirmesi Tablosu	156
Tablo 6.7.	Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi Tablosu	157
Tablo 6.8.	Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı Tablosu	158
Tablo 6.9.	Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu	159
Tablo 6.10.	Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu.....	160
Tablo 6.11.	Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Genel Değerlendirmesi Tablosu	162
Tablo 6.12.	Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu.....	162

Tablo 6.13.	Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı Tablosu	164
Tablo 6.14.	Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu.....	165
Tablo 6.15.	Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu.....	166
Tablo 6.16.	Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Genel Değerlendirmesi Tablosu	167
Tablo 6.17.	Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu.....	168
Tablo 6.18.	Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı Tablosu	169
Tablo 6.19.	Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu	170
Tablo 6.20.	Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu.....	171
Tablo 6.21.	Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Genel Değerlendirmesi Tablosu	173
Tablo 6.22.	Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu.....	173
Tablo 6.23.	Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı Tablosu	175
Tablo 6.24.	Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu.....	176
Tablo 6.25.	Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu.....	177
Tablo 6.26.	Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Genel Değerlendirmesi Tablosu.....	178
Tablo 6.27.	Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı Tablosu	179

Tablo 6.28.	Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı Tablosu	180
Tablo 6.29.	Cinsiyete Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı Tablosu	182
Tablo 6.30.	Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı Tablosu	183
Tablo 6.31.	Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyi Genel Değerlendirmesi Tablosu.....	185
Tablo 6.32.	Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı Tablosu.	186
Tablo 6.33.	Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı Tablosu	187
Tablo 6.34.	Cinsiyete Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı Tablosu.....	189
Tablo 6.35.	Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı Tablosu	190
Tablo 6.36.	Muayene Mekanının Fiziki Koşullarına Yönelik Kademeli Seçim Özeti Tablosu.....	192
Tablo 6.37.	Muayene Mekanının Fiziki Koşullarına Yönelik Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu.....	192
Tablo 6.38.	Muayene Mekanının Fiziki Koşullarına Yönelik Olasılık Oranı Tahminleri Tablosu	192
Tablo 6.39.	Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Genel Değerlendirme Tablosu	194
Tablo 6.40.	Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım Tablosu.....	194
Tablo 6.41.	Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım Tablosu	196

Tablo 6.42.	Cinsiyete Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılımı Tablosu.....	197
Tablo 6.43.	Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılımı Tablosu.....	198
Tablo 6.44.	Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Kademeli Seçim Özeti Tablosu	200
Tablo 6.45.	Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu	200
Tablo 6.46.	Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Olasılık Oranı Tahminleri Tablosu	201
Tablo 6.47.	Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Genel Değerlendirme Tablosu	202
Tablo 6.48.	Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım Tablosu	203
Tablo 6.49.	Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım Tablosu	204
Tablo 6.50.	Cinsiyete Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılımı Tablosu	205
Tablo 6.51.	Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılımı Tablosu	207
Tablo 6.52.	Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Kademeli Seçim Özeti Tablosu	208
Tablo 6.53.	Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu.....	208
Tablo 6.54.	Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Olasılık Oranı Tahminleri Tablosu.....	208
Tablo 6.55.	Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Genel Değerlendirme Tablosu ...	210
Tablo 6.56.	Eğitim Durumuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım Tablosu	211

Tablo 6.57.	Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım Tablosu	212
Tablo 6.58.	Cinsiyete Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılımı Tablosu	214
Tablo 6.59.	Yaş Grubuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılımı Tablosu	215
Tablo 6.60.	Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Kademeli Seçim Özeti Tablosu..	217
Tablo 6.61.	Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu	217
Tablo 6.62.	Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Olasılık Oranı Tahminleri Tablosu	217
Tablo 7.1.	Araştırma Sonuçları Değerlendirme Tablosu	230

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 6.1.	Katılımcıların Yaş Grubu ve Cinsiyet Bazında Dağılımı (%) Grafiği	153
Grafik 6.2.	Katılımcıların Eğitim Durumu ve Cinsiyet Bazında Dağılımı (%) Grafiği	154
Grafik 6.3.	Sağlık Kuruluşuna Daha Önce Gelme Durumuna Göre Hastaneyi Seçme Nedeni (%) Grafiği	155
Grafik 6.4.	Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	157
Grafik 6.5.	Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	159
Grafik 6.6.	Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Cinsiyete Göre Dağılımı (%) Grafiği.....	160
Grafik 6.7.	Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Yaş Grubuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	161
Grafik 6.8.	Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	163
Grafik 6.9.	Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	164
Grafik 6.10.	Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı (%) Grafiği	165
Grafik 6.11.	Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	167
Grafik 6.12.	Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	169
Grafik 6.13.	Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	170
Grafik 6.14.	Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı (%) Grafiği.....	171

Grafik 6.15. Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	172
Grafik 6.16. Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	174
Grafik 6.17. Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	175
Grafik 6.18. Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı (%) Grafiği	176
Grafik 6.19. Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı (%) Grafiği	178
Grafik 6.20. Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı (%) Grafiği...	180
Grafik 6.21. Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı (%) Grafiği.....	181
Grafik 6.22. Cinsiyete Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı (%) Grafiği.....	182
Grafik 6.23. Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı (%) Grafiği...	184
Grafik 6.24. Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı (%) Grafiği	186
Grafik 6.25. Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı (%) Grafiği.....	188
Grafik 6.26. Cinsiyete Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı (%) Grafiği	189
Grafik 6.27. Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı (%) Grafiği.....	190
Grafik 6.28. Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım (%) Grafiği	195

Grafik 6.29. Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım (%) Grafiği.....	197
Grafik 6.30. Cinsiyete Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım (%) Grafiği	198
Grafik 6.31. Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım (%) Grafiği	199
Grafik 6.32. Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği	203
Grafik 6.33. Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği.....	205
Grafik 6.34. Cinsiyete Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği.....	206
Grafik 6.35. Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği	207
Grafik 6.36. Eğitim Durumuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği	211
Grafik 6.37. Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği.....	213
Grafik 6.38. Cinsiyete Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği	214
Grafik 6.39. Yaş Grubuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği	216

1. GİRİŞ

“Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Kliniği Muayene Odalarındaki Hasta - Doktor İletişimine Mekânın Etkisi” başlıklı çalışma kapsamında; günümüz hastane mekânlarındaki hasta doktor iletişimine insanı çevreleyen ve insan ilişkilerini biçimlendiren mekânın etkileri incelenecektir. Araştırmacılar çağdaş hastane mekânlarını tanımlarken, sadece hastaların tedavi olacağı mekânlardan bahsetmemektedir. Çağdaş yaklaşımlar, tedavi kavramı ile birlikte; hastaneleri bir sistem yaklaşımıyla tanımlamanın daha doğru olacağını vurgulamaktadırlar (McKee, M., Healy J., 2002). Bu yaklaşıma göre, hastaneler değişiklikler gösteren bir çevre içinde, çevreden alınan girdiler işlenerek, işlenmiş girdilerin tekrar aynı çevreye iade edildiği ve bir geri bildirim özelliğine sahip birer sistem olarak ele alınmaktadır. Bu sistematik yaklaşımda sistemin söz konusu girdileri: hastalar, insan gücü, malzemeler ile maddi ve finansal kaynaklar olarak sıralanmaktadır.

Çağdaş yaşamın gerçeği olan rekabetin, hastanelerin sunduğu hizmet kalitesine olumlu etkileri olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte mekânsal nitelikler de hastane yapıları için oldukça önemli ve fark yaratan bir ölçüt olarak algılanmaya başlanmıştır. Bu bağlamda, hastaneler, idari, teknik, eğitim, donanım ile fiziki unsurların bir arada ele alındığı ve hasta ile buluşturulduğu karmaşık yapılardır. Tüm bu hizmet kalemlerinin nitelikli birlikteliği sağlık hizmeti sürecini oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sürecinin sonunda hastaneden ayrılan hastanın, hastane ile ilgili oluşturduğu nihai algıda tüm bu hizmet parametrelerinin etkin olduğu tartışılmazdır.

Hastane yapılarını kullanmaya başlayan insanlarla hastane mekanları arasında ilginç sonuçlar üretecek bir iletişim süreci başlamaktadır. Bu iletişim modeli çerçevesinde hastane mekanları iletişimdeki kaynak birim, hastane mekanlarını kullanan insanlarsa hedef birim durumundadır. Hastane mekanlarını kullanan insanlar mekanlar tarafından verilen mesajları algırlar ve bir tepki oluştururlar. İnsanların iletişimde buldukları mekana karşı verdikleri tepkiler, fiziksel dünyaya davranışlar olarak yansımaktadır. Davranışları sayesinde insanlar mekanla kurdukları iletişimde geri-ileti oluşturmaktadırlar. İnsan ve mekan iletişiminde ortaya çıkan bu geri-ileteler insanın

mekanla etkileşimini tanımlayan tasarımcılar açısından önemli bilgiler içermektedir. Tasarımcıların, kullanıcıların davranışları biçiminde ortaya koydukları geri-iletileri incelemeleri sayesinde insan-mekan iletişimini daha gerçekçi ve etkili biçimde tanımlayabilecekleri düşünülmektedir.

Doktor–hasta arasındaki iletişim sürecini inceleyen bu çalışmanın hedefi, mekan kullanıcısı olan hastanın muayene ortamındaki davranış kalıplarını açığa çıkarmaktır. Bu iletişim sürecinde kullanıcı, mekanla ilk karşılaştığı anda iletişim başlayacak, duyumla beraber algılama, biliş süzgecinden geçirme ve değerlendirme gibi zihinsel işlemler sonucu bir tepki verecektir. Söz konusu tepkinin, bir sonraki aşamada davranışa dönüşmesi beklenmektedir. Bu noktada, iletişimdeki bir tarafı hasta insanların oluşturduğu da bir gerçektir. Doktor ve hasta insan arasında kurulan ilişkinin durumu incelendiğinde, bu ilişki asimetrik bir ilişki olarak tanımlanmaktadır. İlişkideki asimetrik durum kullanım senaryosunun çok büyük bir parçası olduğundan, sağlık mekanlarının tasarımında hasta insan ve doktor iletişiminin de mekanla birlikte değerlendirilmesi, günümüzde önemle üzerinde durulması gereken bir konu haline gelmiştir.

Bu bağlamda hastane yapılarının mekânsal niteliklerinin de hasta üzerinde oldukça etkin bir rolü olduğu yadsınamaz. Bu çalışma, çağdaş hastane muayene mekanlarında, hasta-doktor etkileşiminde iç mekan biçimlenişinin etkisini sorgulamayı hedeflemektedir.

1.1. AMAÇ

Bu çalışma, günümüz hastane yapılarının karmaşık biçimlenişinden hareketle, çağdaş hastane mekanlarının mekânsal niteliklerinin, hastalar üzerine etkisini araştırmayı amaçlamıştır. Bu kapsamda, çağdaş hastanelerdeki iç mekanların gelişimi incelenmiş, giderek daha insan-merkezli hale gelen yapı tasarım anlayışının hastane yapılarındaki mekânsal çözüm önerileri incelenmiştir. İnsanla ilgili yapılacak davranışsal analizlerde, ancak psikofizik biliminin verileri kullanılarak insanla ilgili tanımlamaların yapılabileceği değerlendirilmektedir.

İnsanla ilgili herhangi bir tespitte bulunmadan önce insanın çevresini nasıl tanıdığı ve anlamlandırıldığı üzerinde durulmaktadır. İnsanın çevresini algılama süreçleri, bir algı sürecini gerektirmektedir. Tecrübe edilen algılar sonucu insanda adına biliş denen bir farkındalık oluşmaktadır. İnsanların yaşadıkları mekânsal her türlü tecrübeye insanların içinde buldukları kültürün önemi büyüktür. Tasarımcı ve mekanı tecrübe eden insan arasındaki ilişkinin incelenmesinde, mekanı tecrübe eden insanın ait olduğu kültürün getirdiği bakış açısının dikkate alınması bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Hastane yapıları ve insan arasındaki ilişkinin incelenmesi aşamasında incelemeye tabi tutulacak insan grubunun hasta olması ile ilgili ilave değerlendirmelere ihtiyaç duyulmaktadır. İnsanla ilgili bu noktadan sonra; hasta insan, hasta hakları ve hasta sorumlulukları gibi tanımlamalar yapılmaktadır.

Yapılarla ilgili değerlendirmelerin daha objektif kriterlere bağlı olarak yapılmasına yönelik olarak, mekanı oluşturan fiziksel düzlemler, aydınlatma, akustik, iklimlendirme, mobilya ve donatı elemanları, renkler, dokular ve malzeme kullanımı ana başlıkları altında değerlendirmeler yapılmaktadır. Hastane yapıları özelinde yukarıda anılan sınıflamaların daha tanımlı halde bulunduğu değerlendirilmektedir. Benzer şekilde insanla ilgili de objektif tanımların yapılması gerekmektedir. Bir mekanı tecrübe eden insanın hangi bilişsel süreçleri yaşadığı, mekanla ilgili algılamalarını nasıl süreçler sonucunda oluşturduğu, bir mekan içindeyken -sağlık durumu da göz önüne alınarak- varacağı olumlu veya olumsuz sonuçların tümü insanda bir deneyim hissi oluşturmaktadır. İnsanların sosyal bir çevrede, duygusal anlamdaki ihtiyaçlarının mekanlar tarafından karşılanması durumunun tespiti, bu çalışmanın da odak noktasını oluşturmaktadır.

Literatür taraması aşamasında hastane yapıları ve bu yapıları tecrübe eden insanların ilişkisinin koridorlar ve giriş holleri gibi genel mekanlarda ve daha küçük ölçekteki hasta odaları çerçevesinde kapsamlı olarak incelendiği anlaşılmaktadır. Bu çalışmada, hasta muayene mekanlarının mekânsal düzenlemelerinin, fiziki çevre koşullarının, aydınlatma, akustik, iklimlendirme, renk, malzeme, doku, mobilya ve donatı unsurlarının doktor ile hasta arasında kurulan iletişimde etkili unsurlar olup olmadığı araştırılmaya değer görülmüştür. Hasta ve doktor iletişimde çok belirleyici bir duygu olarak karşımıza çıkan güven duygusunun ve bu duygunun altında incelenen mahremiyet duygusunun muayene mekanı tarafından desteklenmesi bu çalışma tarafından sorgulanmaktadır.

1.2. KAPSAM

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı muayene odalarının, muayeneye gelen hastaların doktorlarıyla olan iletişimlerine etkilerini ortaya koymayı; bununla birlikte, hastaların kendilerini güvende hissetmelerinde veya mahremiyetlerinin korunduğunu düşünmelerinde rol alıp almadığını belirlemeyi amaçlamaktadır. Muayene odalarının içindeki sosyal iletişimi etkileyen ve sağlıklı biçimde oluşmasına katkı sağlayan mekânsal öğelerin belirlenmesi, olası iletişim engellerinin tanımlanması, hastalarda güven hissini ve mahremiyet duygusunu destekleyen unsurların öne çıkartılması, muayene odasında hasta tarafından alınan sağlık hizmetinin kalitesini olumlu veya olumsuz etkileyen etmenlerin ortaya konması amaçlanmaktadır.

Çalışma içerisinde, hastane yapıları farklı boyutları ile alınmıştır. Hastane yapılarının fiziksel boyutlarının yanı sıra sosyal boyutları da çalışmanın içerisinde yer almaktadır. Hastane yapılarının ülkemizdeki gelişimi, 1920'li yıllar ve Cumhuriyet'in kurulmasından sonra günümüze kadarki süreçte ele almıştır. Değişen yaşam koşulları, teknolojik imkânlar ve ekonomik süreçler çerçevesinde hastane yapılarındaki sosyal ve yapısal değişimler süreç içerisinde değerlendirilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri kavramının gelişmesine paralel olarak hastane yapıları, koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği, kullanıcı merkezli yapılar olma yolunda evrilmiştir.

Sağlık yapılarında yürütülen çalışmalar, bu kapsamda insanlar-arası ilişkilerin düzenlenmesini ele alan toplumsal kuralların oluşturulmasını zorunlu kılmıştır. Buna göre, 2002 yılında Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi'nde hasta insanlara tanınan "Hasta Hakları" on dört madde olarak tanımlanmıştır. Hasta kimselere tanınan haklar karşılığında "Hasta Sorumlulukları" dokuz madde olarak düzenlenmiştir. Bu bağlamda, mekânsal ilişkiler sadece fiziki ve teknolojik koşulların dayattığı zorunluluklar çerçevesinde oluşmamakta; bunun yanı sıra kişisel haklar ve sorumluluklar çerçevesinde de şekillenmektedir.

Hastane yapıları içinde tasarlanan mekânların karmaşadan uzak, hastaların güvensizlik duygularını azaltacak görsel ve anlamsal mesajları içeren mekânlar olarak tasarlanmalarının önemi büyüktür. Son dönemde yürütülen araştırmalar, hastane mekânlarının hastalar üzerinde hastaların iyileşme hızlarını doğrudan etkileyen bir niteliğe sahip olduklarını ortaya koymaktadır (Ergenoğlu, S. 2006). Hastalar için bu denli büyük öneme sahip hastane iç mekânlarının tasarımının da hassasiyetle ele alınması gerektiği düşünülmektedir. Kullanılacak malzemeler, renk, doku, aydınlatma, ses ve havalandırma düzeyleri gibi pek çok farklı disiplini ilgilendiren konuların bir arada ele alınarak ortaya konan mekânsal çözümlerin hastaların hem fiziksel hem de ruhsal ihtiyaçlarını karşılamasının ve bu bağlamda iyileşme süreçlerine önemli katkı yapmasının öneminin büyük olduğu değerlendirilmektedir.

Hasta muayene odalarındaki hasta-doktor iletişimine mekanın ilişkisi, kurumsal iletişimin kolay kurulacağı düşünülen Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde incelenmektedir. Çalışmanın yapılacağı muayene alanının belirlenmesinde muayene pratiğinin birden fazla mekâna ihtiyaç duyan kliniklerde gerçekleştirilmesinin içmimari alanında kıymetli bir çalışma olacağı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, saha uygulamasının Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı kliniklerinde gerçekleştirilmesine karar verilmiştir.

1.3. YÖNTEM

Bu araştırma kapsamında, kullanıcıları hasta insanlar olan hastane mekanlarının bu insan grubu ile doktorların iletişimine katkıda bulunma durumu incelenmektedir. Hastaların kişisel mahremiyetleri, doktor ile aralarındaki -kesintisiz olması gereken- çift yönlü iletişim, toplum ile hasta arasındaki sosyal ilişkilerde ortaya çıkan iletişimin sosyal boyutunu destekleyecek özelleşmiş mekanları olan bir hastane sistematığı üzerinde çalışılmaktadır. Muayene mekanlarının içinde zaman geçiren hastaların, görsel, işitsel, kokusal verileri işleme kabiliyetine sahip olabilmelerinin; bu hastaların muayene mekanında yaşadıkları tatmin hissi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Mekan-insan iletişim sisteminde geri ileti olarak gözlemlenen davranış başlığının altında yer alan kişiselleştirme kavramının değerli olduğu düşünülmektedir. Kişiselleştirme

kavramı, ortamda kullanıcılara tanıdık ve sıcak bir ortam yaratmak amacıyla çeşitli fiziksel değişiklikler yapmak olarak tanımlanmaktadır. Hasta insanlarda oluşması beklenen mekan tatmin hissi veya mekanda kalite algısı yaratmak için gerekli geri bildirim bilgilerinin kişiselleştirme kavramı yoluyla elde edilebileceği tahmini, bu çalışmanın devamında mekan önerisi yapılması durumundaki beklentilerin arasında yer alacağı düşünülmektedir. İlerideki bu işlem sırasında kullanıcılar, kişiselleştirme kavramına uygun biçimde iletişim halinde oldukları mekana kendilerinden bilgi aktaracak ve bu şekilde, gelecekte insanlar çevrelerinde kendi istemlerinin yansımalarını fiziksel olarak tecrübe etmeye başlayacaklardır.

Çalışmanın merkezinde yer alan hasta muayene odaları ile ilgili yapılacak tespit ve araştırma konularını belirlemek üzere hipotezler geliştirilmiştir. Çalışmaya yön veren ve kapsamını tanımlayan Hipotezler aşağıdaki gibi önerilmiştir:

- H1.** Muayene odaları hasta ve doktor arasında oluşması gereken sosyal ilişkinin kurulmasında ve güçlendirilmesinde etkilidir.
- H2.** Muayene odalarının mekân kurgusu, hasta ve doktorun sağlıklı iletişim kurabilmeleri için gereken mahremiyet hissi üzerinde etkilidir.
- H3.** Tasarlanmış bir iç mekân, hasta ve doktor arasındaki güven ilişkisi üzerinde etkilidir.
- H4.** Tasarlanmış iç mekânlar bireyin sağlık hizmet kalitesi algısını artırır.

Bu hipotezlerin denenmesiyle doktor-hasta ilişkisinde mekanın rolü tanımlanmaya çalışılmaktadır. Kapsam bölümünde de değerlendirildiği üzere Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı'na ait muayene odalarını kullanan 400 yetişkin hastadan oluşan araştırma evreni ile anket yöntemi kullanılarak bu kişilerin mekânsal tercihleri belirlenmeye çalışılmıştır. Anket uygulanan söz konusu grubun ilgili kliniğin hastalarını temsil niteliği olduğu istatistik yöntemlerce de desteklenmektedir.

Anket uygulamasının değerlendirmesi sonucunda görüşmelerin yapıldığı mekanların iletişime etkilerinin, tartışılmaya değer sonuçlar ürettiği görülmüştür. Bu mekanların fiziksel nitelikleri kadar simgesel niteliklerinin de hasta-doktor iletişiminde etkili olduğu

ortaya çıkmıştır. Muayene odalarının hasta-doktor güven ilişkisinde de etkili olduğu değerlendirilmiştir. Hastaların doktora güven duymaları durumunun hastaların tüm tedavi süreçleri boyunca, hatta kimi hastaların durumunda ömür boyu, sürececek bir ilişkinin temelini oluşturduğu anlaşılmaktadır. Sosyal ilişkinin kurulması sonrasında hastaların mahremiyet duygularının tesis edilmesinde mekânsal öğelerin toplu olarak aldıkları rol belirgin biçimde ön plana çıkmıştır. Görüşmenin gerçekleştiği mekanla ilgili fiziksel niteliklerin, bireylerin aldığı sağlık hizmeti kalitesini etkilediği bulgusu da araştırma sonuçlarının arasında tespit edilmiştir.

2. HASTANELERİN TANIMI, TÜRKİYE’DE CUMHURİYET SONRASI TARİHSEL GELİŞİMİ, GENEL ÖZELLİKLERİ, SINIFLANDIRMASI VE İŞLEVİ

2.1. HASTANE TANIMI

Belirlenen bir bölümünün inceleneceği bu tez çalışmasında; hastane ve modern hastane kavramlarının tanımlarının yapılmasının yerinde olacağı değerlendirilmektedir. Buna göre Miller (1997), hastaneleri:

‘uzman doktorlerin elinde tıbbi tedavi gören hastalar için yatma, yeme-içme ve sürekli bakım hizmetlerini sunan kurumlar’

olarak tanımlamaktadır. Hastanelerce yürütülen bu kesintisiz hizmetin amacı, hastaların sağlıklarına kavuşması olarak tanımlanmaktadır. Yukarıdaki tanım her ne kadar kabaca hastanelerin görev tanımını oluştursa da hastanelerin fiziksel hacimlerini tanımlamaktan uzaktır. Bu nedenle; en basit hastane tanımı altında sunulan imkan ve hizmetlerin varlığı, yokluğu veya çeşitliliğine göre hastanelerin farklı gruplar altında tanımlanması gereği doğmuştur.

Günümüz hastanelerini tanımlamak için sadece hasta tedavisi gibi tek bir konu başlığı yeterli olmamaktadır. Bununla birlikte; hastaneleri bir sistem yaklaşımıyla tanımlamak daha yerinde görünmektedir. Bu yaklaşıma göre hastaneler değişiklikler gösteren bir çevre içinde, çevreden alınan girdiler işlenerek, işlenmiş girdilerin tekrar aynı çevreye iade edildiği ve bir geri bildirim özelliğine sahip birer sistem olarak ele alınmaktadır. Bu sistematik yaklaşımda sistemin söz konusu girdileri: hastalar, insan gücü, malzemeler ile maddi ve finansal kaynaklar olarak sıralanabilir. Girdilerin işlenmesi süreci, hastane içinde bulunan çeşitli birimlerin -kendi uzmanlık alanları dahilinde- girdilerin iadesi sürecine yaptıkları katkıyı ifade etmektedir. Girdilerin çevreye iadesi sürecinin sonuçları olarak hasta ve yaralı kimselerin tamamlanan tedavileri, hastane personelinin eğitimi, tıp öğrencilerinin mesleki eğitimi, tıp araştırmaları sayesinde toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi olarak sıralanabilir (Seçim, 2008).

Sağlık hizmetini modern yaşam kurgusundaki diğer herhangi bir hizmet türünden ayıran en önemli özellik, taraflar arası ilişkinin önemli ölçüde dengesiz veya asimetrik olmasıdır. Diğer hizmet alanlarında sunulan hizmetin bir bedeli vardır ve ihtiyaç sahibinin maddi imkanları sayesinde sunulan hizmetten faydalanması durumu söz konusudur. Sağlık alanında sunulan hizmetin asimetrik olduğu ifade edilmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumun teknik ve ahlaki donanımı ve altyapısı karşısında ihtiyaç sahibi kimseler hasta ve çaresiz durumdadır (Aydın, 2009).

Çağdaş yaşamın gerçeği olan rekabetin, hastanelerin sunduğu hizmet kalitesine olumlu etkileri olduğu ifade edilmektedir (Devebakan ve Aksaraylı, 2003). Her ne kadar hastane-hasta arasındaki ilişkinin asimetrisi vurgulanmış olsa da, hastane kurumlarının idari, teknik, eğitim, donanım, fiziki nitelikleri sunulan sağlık hizmeti sürecini oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sürecinin sonunda taburcu olan hastanın süreç ile ilgili deneyimlediği tatmin duygusu da kalite olgusunu oluşturması bakımından hastane ile ilgili nihai bir yargı oluşmasına yardımcı olacaktır.

2.2. HASTANELERİN TÜRKİYE'DE CUMHURİYET SONRASI TARİHSEL GELİŞİMİ

2.2.1. Erken Cumhuriyet Dönemi'nde Sağlık Hizmetleri (1923-1938)

23 Nisan 1920 tarihinde TBMM'nin açılması ile beraber, 3 Mayıs 1920 tarihinde sağlık hizmetlerinin yönetimi Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı)'ne devredilmiştir. Dr. Adnan Adıvar ilk bakan olarak göreve başlamıştır. 29 Ekim 1923 yılında Cumhuriyetin ilan edilmesiyle, Sağlık Bakanı olarak yaklaşık 14 sene gibi uzun bir süre görev başında kalacak Dr. Refik Saydam atanmıştır.

Saydam'ın görev süresi olan 1923-1937 yılları arasında, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiş; sınırlı kaynaklar çok öldüren, sakat bırakan ve yaygın görülen hastalıkların önlenmesi ve denetim altına alınmasına yönlendirilmiştir (Akyay, 1982). Sağlık hizmetlerinin, şehir seviyesinde Sağlık Müdürlükleri olarak ve ilçe düzeyinde Hükümet Tabiplikleri biçiminde kurumsal yapıya kavuşması da bu dönemde

gerçekleştirilmiştir. Tedavi edici hizmetlere örnek oluşturulması bakımından Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır Numune Hastaneleri açılmıştır. Tedavi edici hizmetlerin, anılan örnek hastanelerin önderliğinde yerel yönetimlerce yürütülmesi ilkesi benimsenmektedir.

Yüksek ücret politikası izlenmesi sayesinde koruyucu hizmetlerde görev almanın cazip hale getirilerek kaliteli işgücünün katılımının sağlandığı aktarılmaktadır. Ayrıca, personelin çalışma prensiplerini oluşturan atama, yükselme, ödül ve ceza gibi özlük haklarının da Sağlık Bakanlığı kanalıyla tek kaynaktan düzenlendiği kaydedilmektedir. İlçelerdeki SB organizasyonu olan Hükümet Tabipleri'nin resmi görev tanımı dahilinde bulaşıcı hastalıklarla mücadele, adli tabiplik, yoksul hastaların teşhis ve tedavileri ile kurumun idari işleri bulunmaktadır. Hükümet Tabipleri'nin resmi işleri dışında kalan zamanlarında özel muayenehane açmak ve eğer buldukları yerde eczane olmaması halinde ilaç satabilmelerine olanak tanınmıştır. Ancak, ilçeler arasında nüfus dengesizliklerinin olması nedeniyle idari iş yükünün çok fazla olması da kaydedilen bilgiler arasındadır (Yerebakan, 2000).

Erken Cumhuriyet Dönemi'nde tıp eğitiminin cazibesini artırmak amacıyla ülkenin tek tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin eğitim, barınma ve giyim masraflarının Bakanlık tarafından karşılandığı aktarılmaktadır. Aktarılan istatistik bilgileri arasında 1923 yılında toplamda 554 kişi olan ülkedeki doktor sayısının 1930 yılında 1,182 kişiye, 1940 yılına gelindiğinde ise bu sayının 2,387 kişiye çıkmasının sağlanması dikkat çekmektedir. Yine döneme ait aktarılan bilgilerin arasında koruyucu hizmetlerde yer alacak doktor dışındaki diğer sağlık çalışanları sayısının yetersizliği ve kadın işgücünün çalışma hayatına henüz katılmaması nedeniyle erkek işgücünün eğitime ağırlık verildiği kaydedilmektedir (Yerebakan, 2000).

Türkiye'nin erken cumhuriyet döneminde insan kaynağının yetersiz oluşu nedeniyle sağlık hizmetlerinin dengesiz biçimde verildiği gözlenmektedir. Merkezi sağlık yapılanması bulunmayan ülkede sağlık hizmetlerinin il ve ilçe düzeyinde ilgili sağlık yapılarında düzenli olarak verilebildiği aktarılmaktadır. Köy ve mezra ölçeğinde ise,

sağlık yapılarından fiziksel anlamda söz etmenin mümkün olmadığı ifade edilmektedir (Akyay, 1982).

2.2.2. XX. yy Ortalarındaki Sağlık Hizmetleri

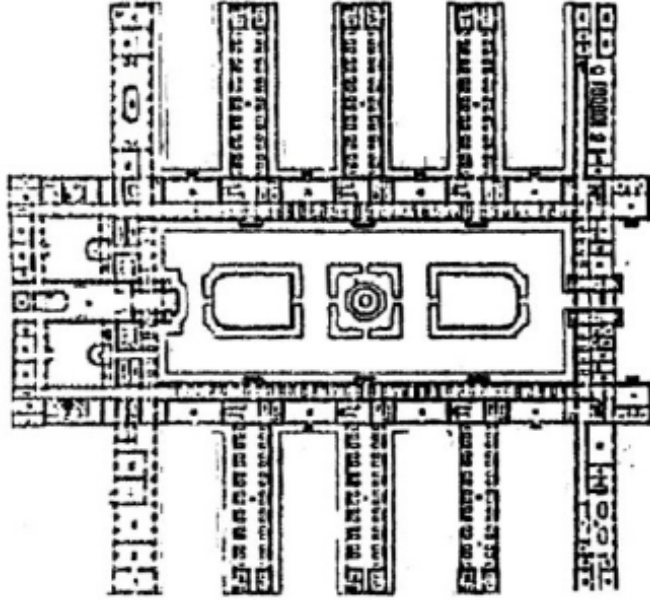
Ülkemizde XX. yy başlarında temelleri atılan modern sağlık hizmetleri gelişimini yüzyıl ortalarında da sürdürmüştür. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'nın kurulması ile fabrika işçilerine yönelik sağlık hizmetleri kurumsallaştırılmıştır. Kurulan bu yeni teşkilatın finansman yapısı oluşturulmuş, bunun yanı sıra hastane kurma, işletme ve personel istihdam etme yetkileri tanımlanmıştır (Akyay, 1982).

1946-47 yıllarında Dr. Behçet Uz'un bakanlığı döneminde 20,000 kişilik nüfusa hizmet etmek ve koruyucu/tedavi edici sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması amacıyla yönelik olarak sağlık merkezleri kurulmasına karar verilmiştir. 10 yatak kapasiteli bu merkezlerin idari personeli olarak iki doktor ve onbir yardımcı sağlık personeli tanımlanmıştır. Ne yazık ki yukarıda tanımlanan bu Sağlık Merkezleri hiçbir zaman hayata geçirilememiştir (Yerebakan, 2000).

Erken Cumhuriyet döneminde yerel yönetimlere bırakılan tedavi edici hizmetler, XX. yy.'ın ortalarına gelindiğinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na (SSYB) devredilmiştir. Diğer bir ifade ile; belediye hastanelerinin devletleştirilmesi sağlanmıştır. Bu kapsamda, koruyucu hizmetlerde çalışan personelin kadroları hastanelere devredilmiştir. Hastanelerin söz konusu uygulama ile bir taraftan teşhis ve tedavi hizmetlerini yürütmeye yetkin hale geldikleri; ancak diğer taraftan, koruyucu sağlık hizmetlerini yürüten ekiplerin sayıca görev yapamayacak kadar az kaldıkları kaydedilmektedir. Bu dönemde doktor dışı sağlık personelinin yetiştirilmesinde yetersiz kalındığı da ifade edilmektedir (Yerebakan, 2000).

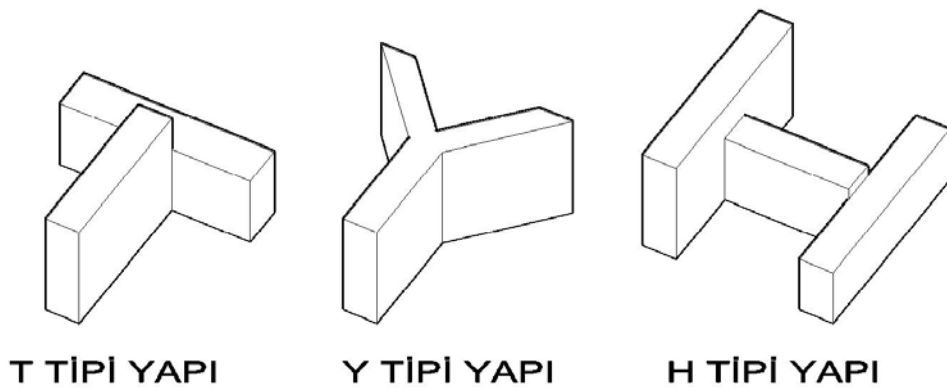
20. yy.'ın ilk yarısında Türkiye'de inşa edilen hastane binaları ile ilgili olarak bu yapıların mimari açıdan milli bir kimlik taşımadığı ve hastanecilik bakımından da çağın gereksinimlerinden geride oldukları kaydedilmektedir (Bolak, 1950). Bolak'a (1950) göre,

sağlık konusunda daha ileri ülkelerdeki hastanelerin inşasında pavyon tip (Bkz. Şekil 2.1.) uygulandığı sırada Türkiye'de bu tipin biçimsel taklitlerinin yapıldığı kaydedilmektedir.



Şekil 2.1.: Pavyon Tip Kat Planı, Lariboisiere Hastanesi, Paris (Annabal, 1993)

Hasta enfeksiyonları ve mikrop üremesi ile ilgili çalışmalar neticesinde geliştirilen blok tip hastaneler (Bkz. Şekil 2.2.) daha medeni ülkelerde inşa edilmeye başlandığı zaman da bu tipin biçimsel taklitlerinin yapılması neticesinde çağın ve içinde bulunulan coğrafyanın gerekleri ile uyumlu özgün tasarımların üretilmediği ifade edilmektedir.



Şekil 2.2.: Blok Tip Hastane Yapıları (Aydın, 2009)

1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’un kabulü ile ülkede planlı kalkınma döneminin başladığı kabul edilmektedir. Bu kanun ile daha önceki kararlarla ilçe bazında kurulmuş olan hükümet tabiplikleri yerine nüfus bilgilerinin esas alınması ile sağlık ocaklarının kurulması sağlanmıştır. Sağlık ocakları ilk olarak 1963 yılında Muş ilinde kurulmuş, yıllar içinde de artan sayıda kurulmaya devam edilmiştir. Sağlık örgütlenmesinin temel yapı taşı olarak tanımlanan sağlık ocakları 5-10 bin kişilik bölgelere birinci basamak sağlık hizmeti vermek üzere şekillenmiştir. Sağlık ocaklarının örgütlenme modeli; her birimde bir doktor, bir hemşire, bir sağlık memuru, 2-4 kişilik köy ebesi ve 3 kişilik memur kadrosu tanımlanan yapılardır. Sağlık ocaklarının görevli personeli, yakın civarda ikamet edecek ve ekip anlayışı ile bölge halkına birinci basamak tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunmakla görevli olacaktır. Sağlık ocakları tedavi edici hizmetler yönünden devlet hastanelerine, koruyucu hizmetler yönünden il sağlık müdürlüklerine bağlı halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek bir yapıda tasarlanmış birimlerdir. Halen yürürlükte olan bu modelin kırsal bölgelerde etkili biçimde günümüzde halen çalışmakta olduğu ancak, büyük şehir merkezlerinde çeşitli nedenlerle tasarım amacına uygun hizmet veremediği kaydedilmektedir (TCSB, 1992).

2.2.3. Günümüzde Sağlık Hizmetleri

1890 yılından günümüze kadarki süreçte hastaneler misyonlarını halk yararına çalışan hayır kurumu durumundan detaylı tıbbi yöntemleri üreten ve kullanan birer kurum olma yönünde geliştirmişlerdir. 20. yy itibariyle hastaneler toplumların geniş kesimlerinin faydalandığı kurumlar olmuşlardır. Bu dönemde hastanelerin hizmet verecekleri hastaların sosyal ve maddi imkânları değil, sahip oldukları hastalığın cinsi ön plana çıkmaktadır.

Diğer gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkeleri ile birlikte Türkiye’de de sağlık hizmetleri konusunda benzer gelişmeler yaşanmaktadır. Faaliyette olan devlet ve vakıf üniversitelerinin yurt çapında sayıca artmasının yanı sıra, her yıl göreve başlayan doktor sayısı da artmaktadır. Bu durumun doktor başına düşen hasta sayısını azalttığı kaydedilmektedir. Tıp fakültelerinde verilen eğitim sonrasında mesleki yetkinliklerin geliştirilmesi niteliğinde olan tıpta uzmanlaşma uygulamasının yan dal uzmanlığı

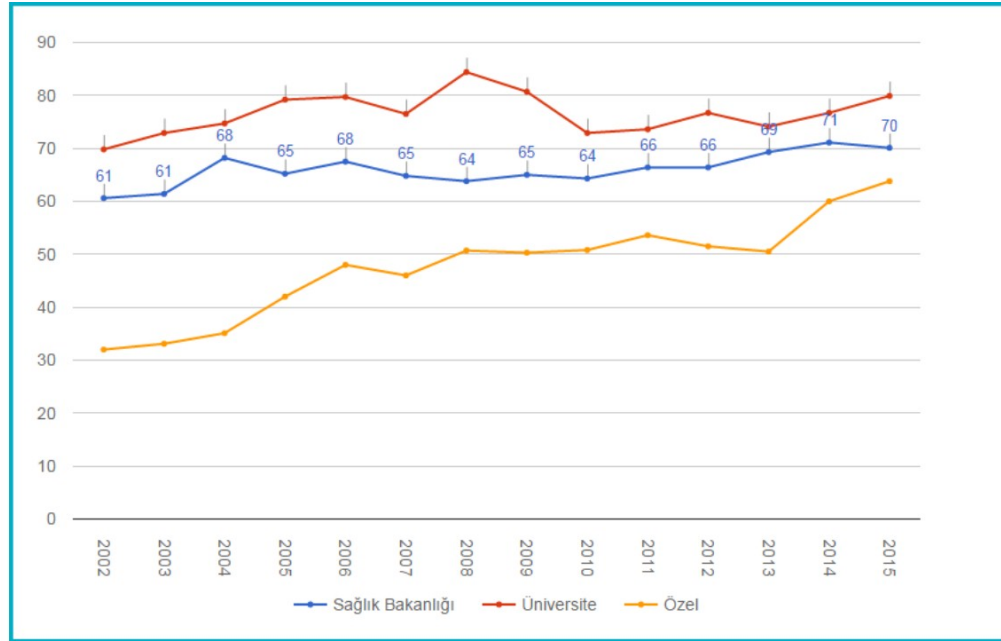
biçiminde artarak sürmekte olduğu ifade edilmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1992).

Devlet ve özel hastanelerde sunulan sağlık hizmeti kalitesinin arttığı, bununla paralel olarak da doktora başvuru oranının arttığı değerlendirilmektedir. Daha önceden tek doktor tarafından işletilen muayenehanelerin yerine grup halinde çalışılan sağlık merkezleri uygulamasının yaygınlaşmakta olduğu öne çıkan diğer bilgiler arasındadır (Yerebakan, 2000).

Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin verildiği hastane kavramı ile ilgili gözlenen bir değişimin ise hastane yatak kapasitesi ile ilgili yaşandığı aktarılmaktadır. Buna göre, ABD’nde hastanelerin yatak kapasitelerinde azalmanın gözlemlendiği ve bununla ilişkili olarak hasta yatış süreleri ile ilgili hastanın hastanelerde geçirdiği toplam sürenin kısaldığı kaydedilmektedir. Bu duruma karşılık hastanelerin, ayakta tedavi ve acil servislerinde alan ve personel sayısı olarak artış taleplerinin oluştuğu ifade edilmektedir. 2000 yılında ABD’nde hastane yatak kapasitelerini incelemek üzere yayımlanan rapora göre, önceki 20 yıla nazaran yıllık yatak doluluk oranları %30’un altına inen hastane sayısının yaklaşık olarak dört kat arttığı aktarılmaktadır (AHA, 2000).

Türkiye’deki hastanelerde güncel durum ise farklılık göstermektedir. SSYB güncel verilerinin bulunduğu Tablo 2.1.’de SSYB’na bağlı, üniversite ve özel hastanelerin 2002-2015 yıl aralığındaki Yatak Doluluk oranları gösterilmektedir. Türkiye’deki durum ise özetle şöyledir:

Tüm hastanelerde yatak doluluk oranlarının arttığı görülmektedir. En büyük değişim özel hastanelerde görülmektedir. 2002 yılında %32 seviyesindeki doluluk oranının 2015 yılı itibariyle neredeyse iki katına çıkarak, rakamsal olarak %63.8’e eriştiği görülmektedir. Yine de SSYB’na veya üniversite hastanelerinin doluluk oranına göre özel hastanelerin doluluk oranının en düşük oran olduğu da gözlemlenmektedir.



Tablo 2.1.: 2002-2015 Yatak Doluluk Oranları Tablosu (<http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>)

SSYB'na bağlı hastanelerin özel hastanelere göre oransal olarak daha dolu oldukları görülmektedir. 2002 yılında %60.6 olan yatak doluluk oranının 2015 yılına gelindiğinde %70.1 seviyesine yükseldiği tespit edilmiştir. Üç hastane grubunun içinde en yüksek doluluk oranına üniversite hastaneleri sahiptir. 2002 yılında %69.8 olan yatak doluluk oranının 2015 yılına gelindiğinde %79.9 seviyesine yükseldiği tespit edilmiştir. Her ne kadar söz konusu tablonun detaylı yorumu bu tezin konusu olmasa da, hastaların davranışlarının bir özeti olarak değerlendirilmesi gereken bu tablo; üniversite hastanelerinin akademik kadrolara ve bu kadroların yanı sıra, eğitim ve araştırma imkânlarına sahip olmalarının hastaların seçimlerini yönlendirebileceği olasılığı üzerinde durulmaktadır.

Hastanelerin işlevini etkileyen bir diğer gelişmenin ilaç endüstrisinde yaşanan gelişmeler olduğu ifade edilmektedir. Yeni ve daha etkili ilaç üretimi ile tıp teknolojisindeki gelişmeler sayesinde daha önceden yatarak tedavi edilen pek çok hastalığın artık, ayakta tedavi edilir veya hastanın aynı gün içinde taburcu edilir hale gelmesinin önemi vurgulanmaktadır. Hastane masraflarının ödenmesi için sağlık sigortası şirketlerinin devreye girmesi neticesinde yapılan her işlemin birden fazla parti tarafından incelenmesi

sonucunda, çok zaruri olmayan haller dışında hasta yatış işleminin yapılmasının önüne geçildiği kaydedilmektedir (Hensher et al, 1999).

Türkiye’de -diğer bakanlıkların da görüşleri alınarak- sağlık kurum ve kuruluşlarının yurt genelinde eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde çalışmalarının denetlenmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması, koordine edilmesi, mali yönden desteklenmesi ve geliştirilmesi görevi kanunen Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na (SSYB) verilmiştir. Bakanlığın kanunen tanımlanmış diğer görevlerinin arasında özetle:

- Sağlık hizmeti veren diğer kurum ve kuruluşların denetlenmesi,
- Sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin yurt sathına dengeli dağılımının sağlanması,
- Vatandaşların sağlık durumlarının elektronik ortamda takip edilebilmesi için kayıt ve bildirim sistemi kurulması,
- Yardımcı sağlık personelinin yurt sathına dengeli dağılımının sağlanması,
- Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite eden ilaç, aşı, serum vb. biyolojik maddelerin üretimini, ithalini ve kullanımını denetlemek,
- Engelli doğumlarla ilgili çalışmalar yapmak,
- Rehabilite edici tıbbi hizmetlerde kullanılan araç ve gereçleri üretmek için kurulacak tesislerin açılışı için izin vermek ve onları denetlemek.

maddeleri bulunmaktadır (www.mevzuat.gov.tr, 1987).

İlgili kanun maddesi ile tanımlandığı üzere, sağlık hizmetlerinin topluma arzı konusunda SSYB dilediği kurum ve kuruluşlardan hizmet almakta serbest durumdadır. SSYB tüm sağlık şemsiyesinin üstünde yer alarak farklı kanallarca verilen sağlık hizmetlerinin denetimi ve hasta bilgilerinin ulaşılabilir olmasını denetlemekte ve temin etmektedir. Tablo 2.2.’de SSYB tarafından denetime tabi olan ve günümüzde sağlık hizmeti veren resmi, vakıf, üniversite ve özel tüm yataklı tedavi kurumlarının dökümü bulunmaktadır.

TÜRKİYE'DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARININ KURULUŞLARA GÖRE DAĞILIMI		
KURULUŞUN ADI	HASTANE	
	SAYI	ORAN (%)
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı	706	59.38%
Milli Savunma Bakanlığı	42	3.53%
Sosyal Güvenlik Kurumu	107	9.00%
İktisadi Devlet Kuruluşları	21	1.77%
Diğer Bakanlıklar	2	0.17%
Tıp Fakülteleri	42	3.53%
Belediyeler	8	0.67%
Dernek ve Vakıflar	17	1.43%
Yabancılar	4	0.34%
Azınlıklar	5	0.42%
Özel Teşebbüs	235	19.76%
TOPLAM	1,189	100%

Tablo 2.2.: Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı (Yerebakan, 2000)

Tablo 2.2.'de de gösterildiği gibi SSBYB sağlık hizmetini kendisi de dahil olmak üzere 11 ayrı kaynaktan sağlamaktadır. Sayısal olarak fazlaca bölünmüş gibi algılanmasına rağmen SSBYB halen sağlık hizmetlerinin yaklaşık %59'unu arz etmektedir. Yatak kapasitesi olarak da SSBYB hastanelerinin Türkiye'deki toplam yatak kapasitesinin %49'unu karşıladığı ifade edilmektedir. Özel sektör tarafından Türkiye genelinde işletilen hastanelerin ise hastane sayısı bakımından toplam hastane kapasitesinin yaklaşık olarak %20'sini oluşturduğu görülmektedir. Aktarılan bir diğer önemli bilgi ise Türkiye genelinde çok önemli paya sahip özel teşebbüs hastanelerin %56'sının İstanbul'da, %6'sının Ankara ve İzmir'de, %4'ünün Antalya'da, %3'ünün de Adana'da bulunduğu aktarılmaktadır. Böylece özel hastanelerin yaklaşık olarak %75'inin Türkiye'nin 5 büyük şehrinde toplandığı tespit edilmiştir (Yerebakan, 2000).

Hastane ve hasta bakımı konusunda dünyada yaşanan tüm gelişmelerden Türkiye'nin etkilenmemesinin mümkün olmadığı değerlendirilmektedir. Tıp alanında yaşanan tüm gelişmelerin takip edilerek yeni hastanelerin gelişen dünya ile uyumlu standartlarda inşa edildiği düşünülmektedir. Mevcut hastane yapılarının ise yeniden yapılandırma ve yenileme çalışmalarının devam ettiği aktarılmaktadır. Bu noktada hasta ihtiyaçları ile ilgili 1970'li yıllarda hastanelerin hastalarla ilişkide olan alanlarında ev ortamını andıran sıcak bir atmosfer oluşturulması ile ilgili hassasiyete değinilmesi yerinde olacaktır.

Modern hastane tasarım kavramının, içinde bulunduğumuz dönemde daha insancıl hale gelerek 'iyileştiren hastane' kavramının geliştiği aktarılmaktadır. Söz konusu bu yapıların hastane binalarını ve yakın çevresini, hasta sağlığına etkilerinin değerlendirildiği ve hasta sağlığını olumlu yönde etkileyecek şekilde oluşturulacağı düşünülmektedir (Güller, 2007). Hastane binalarının hastaları odak noktasına koyan, hastaların bakım kalitesini artıran, hasta sağlığını etkileyecek mekânsal ve tıbbi çözümler sunan, tanımlı hizmet standartlarına sahip güvenilir nitelikte kurumlar olması gerektiği önerilmektedir (Ergenoğlu ve Aytuğ, 2007). Hastaların kullanımına açık alanların da kamusal alanlar gibi sağlıklı olmayı teşvik eden, sosyal iletişimi geliştiren nitelikte ve mimari tasarımla elde edilmiş doğal ışığın, temiz hava ve peyzaj elemanları gibi doğal unsurların tasarıma dahil edilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Miller, R. L. ve Swensson E. S., 2002).

2.3. HASTANELERİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Seçim (2008), hastanelerin genel özelliklerini aşağıdaki gibi sıralamaktadır:

- Hastaneler karmaşık yapıda açık-dinamik sistemlerdir,
- Hastaneler matris yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır,
- Hastaneler haftanın yedi günü, yirmidört saat hizmet veren yapıdadır.

2.3.1. Karmaşık Yapıda Açık-Dinamik Sistem

Günümüz hastanelerini tanımlamakta kullanılan 'karmaşık' kelimesi anlam olarak: öğelerinin veya gerekli işlemlerin sayısının çokluğu, çeşitliliği yüzünden anlaşılması ve yapılması güç olan, karmaşık kavramlarını ifade etmek için kullanılmaktadır

(www.tdk.gov.tr). Hastaneler, çok çeşitli rahatsızlıklardan şikayetçi hastaların tamamen belirsiz sıklıklarla tedavi için başvurmaları ve her gelen hastanın tedavisi için birbirinden tamamen bağımsız yöntemlerin kullanılması zorunluluğu nedeniyle karmaşık olarak addedilmektedir (Seçim, 2008).

Hastane bünyesinde aynı anda hem basit hem karmaşık müdahaleler gerçekleştirilmektedir. Başvuran hastaların bir kısmı ilaç tedavisi veya nispeten basit fiziki müdahalelerle taburcu edilmekte; diğer kısmına ise detaylı teşhis ve görüntüleme uygulamaları sonrasında hastanede kalmayı gerektiren uzun süreli yataklı bakım ve tedavi prosedürleri uygulanmaktadır (Özkan, 2003). Çok özet biçimde açıklanan hastane çalışma prensibini gerçekleştirmek için konusunda uzman ve her zaman müdahaleye hazır kalabalık bir ekibin bulunması, hastanedeki uzman idari ve sağlık personelinin görev tanımlarının önceden iyi yapılmış olmasını mecbur kılmaktadır (Başol, 1994).

XX.yy itibariyle tıpta yaşanan ilerlemeler teşhis ve tedavi konularında ileri derecede mesleki uzmanlığa neden olmuş ve bu durum, mevcut ihtisas alanları altında yeni uzmanlık alanlarının tanımlanmasına neden olmuştur. Tanımlanan her yeni uzmanlık alanı kendi uzman doktor ve yardımcı personel ihtiyacını belirlemiştir. Böylece günümüzde de hastane kadro gereksinimleri hızla artmaktadır. Artan personel ihtiyacı ile doğru orantılı olarak mekânsal ihtiyaçlarda da artış gözlenmektedir. Günümüzde dünyadaki gelişmelerle paralel yönde hastane mekanlarının yapılanması gerçekleştirilmektedir. Çok çeşitli hale gelen tıbbi uzmanlıkların özel mekânsal ihtiyaçları da henüz tasarım aşamasında hastanelerin genel anlamdaki mekânsal ihtiyaçları planlanırken göz önünde bulundurulmaktadır (Başol, 1994).

2.3.2. Matris Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyon

Matris yapı ile tanımlanan kavram, iyi eğitilmiş ve tecrübeli uzmanların takım halinde bir araya gelmeleri sayesinde işbirliğinin kolay hale gelmesi, karar verme sürecini çeşitli fonksiyonlar ve idari yapılar üzerinde dağıtan merkezkaç bir yapılanma olarak tanımlanmaktadır (Kutlu, 2008). Seçim (2008), hastane yapılarının matris yapıda faaliyet göstermeleri konusunda, faaliyetlerin fonksiyon bazında gruplandırıldığı bir düzenlemenin üzerine proje organizasyonunun monte edilmesi ile ortaya çıktığını ifade etmektedir.

Matris yapıda iki tür yönetici tanımı yapılmaktadır. Bunlardan ilki fonksiyonel yöneticidir. Bu yönetici grubu söz konusu bir işin kimler tarafından, nerede ve hangi imkanlar kullanılarak yapılacağı ile ilgilenmektedir. İkinci grup yönetici proje yöneticileridir ve bu grup yönetici neyin, ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir (Koçel, 1982).

Hastane bünyesinde fonksiyonel örgütlenme, tıbbi hizmetlerin hemşirelik hizmetlerinden ayrılması olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hizmetlerden sorumlu olan servis şefleri ve servis sorumlu hemşireleri birer fonksiyonel yönetici olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi hizmetlerin kendi aralarında dahiliye, hariciye, cildiye, göz hastalıkları vb. şeklinde gruplandırılması hastanede sunulan bu tedavi gruplarının hizmet esasına göre sınıflandırılması anlamına gelmektedir. Matris yapılanması çerçevesinde proje olarak tanımlanan konu ise bir hastaya uygulanan tedavidir. Hastalara uygulanan tedavinin proje olarak tanımlanmasının gerekçesi, her tedavinin kişiye özel nitelikte unsurlar barındırması nedeniyledir. Her hastanın fizyolojik farklılıklara sahip olması nedeniyle uygulanan tedaviler de kişiye özel nitelikte olmaktadır. Hastalar-arası fizyolojik farklılıklar nedeniyle tedavi projesinin her hasta için farklı uygulanması nedeniyle bir projede sadece doktor yer alırken; bir diğer projede ise doktor, hemşire ve ameliyathane unsurları yer alabilmektedir. Projenin sınırlarını çizen, sorumluluk alan, gerekli unsurları belirleyen ve belirlenen tedavi planı için hasta ile koordinasyon sağlayan proje yöneticisi kişi her durumda doktordur. Tedavi planında yer alan yardımcı sağlık personeli, tedarikçiler ve diğer idari görevliler projede tanımlanan görevleri nedeniyle idari olarak proje sorumlusu doktora karşı sorumluyken; mesleki ve hiyerarşik olarak bağlı oldukları birim yöneticisine karşı sorumludurlar. Söz konusu bu yapı içinde matris organizasyonun başarı ile yürütülebilmesi için bireylerin yetki ve sorumluluklarının net biçimde tanımlanmış olması ve gerekli mesleki eğitimleri almış olmalarının önemi büyüktür (Seçim, 2008).

Hastanelerin matris yapıdaki faaliyetleri destekleyen bir yapı olduklarının tanımı yapılmıştır. Matris yapı örgütlenmesinin tanımı gereği; mekanların ve mekanları kullanan uzmanların tüm proje süresi boyunca fiziksel olarak bir arada olmak zorunluluğu bulunmamaktadır. Belirli bir vaka için bir araya gelen konusunda uzman kişilerin sadece müdahale anında bir arada olmalarının vakaya gerekli müdahalede bulunmaları için yeterli olacağı aktarılmaktadır (Koçel, 1982).

2.3.3. Haftanın Yedi Günü, Yirmidört Saat Hizmet Veren Yapı

Hastanelere önceden belirlenmemiş zamanlarda başvuran bir grup hastanın durumu aciliyet göstermekte ve hastanelerin bu hastaları tedavi etmemek gibi bir ihtimali bulunmamaktadır. Acil vakaların yanı sıra yatarak tedavisi devam eden hastaların da bulunması, hastanelerin haftanın her günü ve günde 24 saat boyunca sağlık hizmeti vermesini zorunlu kılmaktadır. Böyle bir döngünün sağlanabilmesi ise, ancak kurum bünyesindeki her birimin vardiya ve/veya nöbet usulüne göre çalışması sayesinde mümkün olabilmektedir. Hastaneler her zaman müdahaleye hazır biçimde sürekli olarak mevcut hastaları gözetim altında tutan, oluşabilecek acil durumlara ise anında müdahale edebilen her zaman hazır durumdaki birer yapı olarak varlıklarını sürdürmektedirler.

Hastane yapılarında sürekli bakım ve gözetim faaliyetlerinin bulunması mekânsal anlamda da özel nitelikli mekanların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Bu tip mekanlara örnek olarak acil servis müdahale salonları, acil servis tıp personelinin çalışma ve dinlenme alanları, giriş danışma bankosu, giriş bekleme alanları, yeme-içme alanları ve destek ıslak hacimleri gibi örnekler bulunmaktadır. Kullanıcıları tarafından yirmidört saat kullanılan bu mekanların kullanımları öncesinde ve sonrasında hizmet vermeye devam etmeleri için bir destek personelinin bulunmasının önemi vurgulanmaktadır (Sahil ve Dikmen, 2007).

2.4. HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI

Hastaneleri tanımlamak ve sınıflandırmak için kullanılan ana başlıklar şöyledir: verilen tedavi hizmetinin türü, finansal kaynakları, fiziksel büyüklüğü ile ilişkili yatak kapasitesi, hasta kalış süresi, eğitim verilip verilmediği ve tedavi edilen hastalığın türüne göre olmak üzere sınıflanmaktadır. Hastanelerin mekânsal ihtiyaçları, bu bölümde anlatılan çalışma prensipleri doğrultusunda değişim göstermektedir. Hastane yapılarında mekan kavramından bağımsız olarak bir sınıflandırma yapılamayacağı belirtilmektedir. Hastanenin uzmanlık alanına göre, benzer mekanların (örn. muayene odaları, hasta odaları, acil servis, hasta bekleme alanları) farklı hastane türlerine göre değişen ölçü ve ölçekte kullanımına rastlanmaktadır (Zengin, 2007).

2.4.1. Tedavi Türlerine Göre

Verilen tedavi hizmetinin türü başlığı iki alt hastane tipi geliştirilmesi sonucunu doğurmuştur. Bunlar:

- **Genel Hastaneler:** Her türlü rutin ve acil durumlarda yaş ve cinsiyet farkı gözetilmeksizin bünyesinde bulunan uzmanlık dalları ile ilgili tüm hastaları kabul eder. Kısa süreli bakım gerektiren akut hastalıkların teşhis ve tedavisi ile ilgili hizmet üretmektedirler.
- **Özel Dal Hastaneleri:** Belirli yaş ve türdeki hastalıklara sahip hastaların kabul edildiği hastanelerdir (Örn. çocuk, onkoloji ve doğum hastaneleri).

T.C. Sağlık Bakanlığı yönetmeliklerinde hastane tanımı;

Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.

olarak ifade edilmektedir (SSYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983). Kadrolar ve yatak kapasitesi olarak Genel Hastane bünyesinde üçü cerrah olmak üzere en az altı klinik uzmanlığına sahip doktorun hizmet verdiği; yoğun bakım ve gözlem alanlarındakiler hariç yirmibeş yatak kapasitesine sahip hastaneler olduğu ifade edilmektedir. Genel hastanelerde verilen sağlık hizmetlerine örnek olarak: sürekli biçimde ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti; çeşitli uzmanlık dallarının klinikleri, acil ve yoğun bakım üniteleri, radyoloji, biyokimya ve/veya mikrobiyoloji laboratuvarları gösterilmektedir.

Özel Dal hastanelerinde ise, hizmet verilen uzmanlık dalı ile ilgili olarak en az dört uzman doktorun yanı sıra hastanenin uzmanlık konusu ile ilgili en az bir kadrolu uzman doktor daha çalıştırdığı; yoğun bakım ve gözlem alanlarındakiler hariç yirmibeş yatak kapasitesine sahip hastaneler olduğu aktarılmaktadır. Özel Dal hastanelerde verilen sağlık hizmetlerine örnek olarak: sürekli biçimde ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti; hastanenin uzmanlık dalı ile ilgili klinikleri, acil ünitesi ve laboratuvarları gösterilmektedir. Gerektiğinde Özel Dal hastanelerinin laboratuvar hizmetlerini dış temin (outsourcing) yöntemi ile temin ettiği de ifade edilmektedir (Aydın, 2009).

2.4.2. Finansal Kaynak Türlerine Göre

Hastanelerin mülkiyetlerinin aidiyetinin, hastane yönetiminde söz sahibi olma oranını doğrudan etkileyen bir nitelik olduğu değerlendirilmektedir. Türkiye’de faaliyet gösteren hastane kurumları incelendiğinde, bu kurumların T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na (SSYB), T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK), İktisadi Devlet Teşekkül’lerine (İDT), devlet veya özel vakıf üniversitelerinin tıp fakültelerine, belediyelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, SSYB dışındaki diğer bakanlıklara ve özel girişimlere ait oldukları tespit edilmektedir.

Kimi durumlarda mülkiyet ile yönetimin ayrıldığı durumlar da bulunmaktadır. Kâr amacı gütmeyen bazı hastaneler mülkiyet ile yönetimin ayrıldığı durumlara örnek olarak gösterilmektedir. Genel bir değerlendirme olarak hastanelerde mülk sahibi ve yönetimin aynı olması durumunda mülk sahibi kurum ve kuruluşların hastane yönetimi organizasyonunda aktif olarak yer aldıkları ifade edilmektedir (Seçim, 2008). Mülk sahipliği ve hastane yönetiminin farklı tarafların elinde olması durumunda ise, mülk sahibi tarafın yönetim organizasyonu içinde sembolik bir temsilci olarak yer aldığı tespit edilmektedir.

Söz konusu sınıflandırma sistematığına göre hastaneleri aşağıdaki başlıklar altında incelemek mümkün görünmektedir:

- Devlet Hastaneleri
- Özel Hastaneler
- Askeri Hastaneler
- Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastaneleri

2.4.3. Yatak Kapasitesine Göre

Hastane planlamasında ve sınıflandırılmasında kullanılan bir diğer ölçüt de; hastanelerin yatak kapasitelerinin esas alınmasıdır. Buna göre, Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun 2016 yılı verileri ile hazırlanan aşağıdaki tablo Türkiye’de

hastanelerin sayısı ve bunların hasta yatak sayıları ile hastane başına düşen ortalamalarını göstermektedir (Tablo 2.3.).

TÜRKİYE'DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI									
	HASTANE		YATAK		ORTALAMA		TOPLAM		
	EĞİTİM HASTANESİ	DİĞER HASTANE	EĞİTİM HASTANESİ YATAK	DİĞER HASTANE YATAK	EĞİTİM HASTANESİ ORT. YATAK	DİĞER HASTANE ORT. YATAK	TOPLAM HASTANE SAYISI	TOPLAM YATAK SAYISI	ORTALAMA YATAK SAYISI
Genel Hastaneler	54	480	38.786	73.839	718,26	153,83	534	112.625	210,91
Kadın Doğum ve Çocuk HH	5	17	1.649	3.749	329,80	220,53	22	5.398	245,36
Çocuk HH	2	3	615	846	307,50	282,00	5	1.461	292,20
Göğüs HH	6	6	2.474	864	412,33	144,00	12	3.338	278,17
Fizik Tedavi H	4	11	1.100	1.468	275,00	133,45	15	2.568	171,20
Göz HH	2	0	185	0	92,50	0,00	2	185	92,50
Ruh Sağlığı H	3	6	1.791	2.329	597,00	388,17	9	4.120	457,78
Onkoloji H	1	1	604	212	604,00	212,00	2	816	408,00
Meslek HH	0	3	0	298	0,00	99,33	3	298	99,33
Kemik HH	1	2	136	300	136,00	150,00	3	436	145,33
Lepra	0	1	0	34	0,00	34,00	1	34	34,00
Diş H	1	15	20	97	20,00	6,47	16	117	7,31
Acil	0	1	0	89	0,00	89,00	1	89	89,00
İlçe Devlet Hastaneleri	0	90	0	1.702	0,00	18,91	90	1.702	18,91
TOPLAM	79	636	47.360	85.827	249,46	137,98	715	133.187	182,14

Tablo 2.3.: 2016 Yılı Türkiye'de Hastane ve Yatak Sayısı Toplam ve Ortalama Tablosu (Hastane sayıları ve Yatak sayıları <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/db83d3342f3a46c6a0e2d7b22593b46c.pdf> adresinden alınmış olup, ortalamalar ayrıca hesaplanmıştır)

Tablo 2.1.'de yer alan bilgilere göre Türkiye'de 31.08.2016 tarihi itibarıyla toplam 715 adet hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerin 79 adedi eğitim hastanesi olup, geri kalan 636 adedi diğer branş ve genel hastanelerdir. 715 adet hastanenin toplam yatak kapasitesi 133,187 adet olup, en fazla yatak kapasitesine Ruh Sağlığı hastanelerinin sahip olduğu görülmektedir. En az yatak kapasitesine ise Diş Sağlığı hastanelerinin sahip olduğu belirtilmektedir.

Genel hastanelerin değerlendirilmesi konusunda yatak sayısı verisinin kullanılması mümkün görünmektedir. Tablo 2.1.'de Türkiye'de toplam 534 adet genel hastane olduğu, bu hastanelerin toplam yatak kapasitesinin 112,625 adet olduğu ve hastane başına ortalama olarak 210 adet yatak düştüğü görülmektedir. Göz hastalıkları hastanelerinin eğitim hastaneleri dışındaki diğer hastanelerinde yatak kapasitesinin olmamasının kullanılan tedavi prosedürü ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, hastanın acil bir durum dışında yatmadığı tedavi yöntemlerinin kullanıldığı branş hastanelerinin değerlendirilmesinde yatak kapasitesinin hastaneyi değerlendirme kriteri olarak kullanılamayacağı değerlendirilmektedir.

2.4.4. Hasta Kalış Süresine Göre

Hastaların kalış sürelerine yönelik yapılan sınıflamaya göre, kısa süreli kalınan hastanelerde hastalar 30 günden az kalmaktadır (Örn. ilçe devlet hastaneleri). Hastaların bir aydan kısa süreli kaldıkları hastaneler **Akut Bakım Hastaneleri** olarak adlandırılmaktadır. Hastaların bir aydan uzun süre kaldıkları hastaneler (Örn. ruh sağlığı ve göğüs hastalıkları hastaneleri) ise **Uzun Süreli Kalınan Hastaneler** olarak sınıflandırılmaktadır (Başol, 1994). Hastaların bir aydan daha uzun sürelerde yatış yaptıkları hastaneler **Kronik Bakım Hastaneleri** olarak adlandırılmaktadır.

2.4.5. Eğitim Verilmesi veya Verilmemesine Göre

Hastaneleri tanımlamak için kullanılan bir diğer kıstas ise hastanede eğitim verilip verilmediği konusudur. Eğitim verilen hastaneler eğitim hastaneleri olarak adlandırılmakta, bu kurumlarda tıp eğitimi ve araştırması yapılmakta ve konusunda uzman ve ileri dal uzmanı yetiştirilmektedir. Eğitim hastaneleri hem genel hem de özel dal hastaneleri olabilmektedir. Bahse konu tıp eğitimi ile vurgulanan eğitim, doktorlara verilen eğitim olup; yardımcı tıp personeli ve hemşirelik öğrencilerine verilen klinik eğitim bu eğitimin kapsamında değildir. Ayrıca doktor sınıfının dışındaki diğer gruplara verilen eğitimlerin, bir kuruma eğitim hastanesi vasfının kazandırılmasına yeterli olmayacağı değerlendirilmektedir (Seçim, 2008).

2.4.6. Tedavi Edilen Hastalığın Türüne Göre

Branş hastaneleri olarak da tanımlanan bu hastanelerde belirli hastalıkların tedavisi yapılmaktadır. Bu hastanelerde genel hastanelerde olmayan ileri tetkik ve tedavi imkanları bulunmakta ve konunun uzmanı sağlık çalışanları istihdam edilmektedir. Bu hastanelere örnek olarak onkoloji hastaneleri, çocuk hastalıkları hastaneleri ve göz hastalıkları hastaneleri verilebilir.

2.5. Hastane Mekanlarının Genel Özellikleri

İnsanların etkileşimde oldukları her yapı türü gibi başta hastaneler olmak üzere tüm sağlık yapıları yapı teknolojileri, malzeme çeşitleri ve gelişen çağdaş dünyanın sınırsız ihtiyaçlarına göre kendilerini adapte etmek durumunda kalmışlardır. Çelik ve beton gibi malzemelerin yapılarda kullanılmaları ile; daha fazla kata sahip, eski yapıların ortalamalarına göre daha büyük hacimlere sahip yeni sağlık yapıları inşa edilmeye başlanmıştır. Malzeme sektöründeki Ar-Ge çalışmaları neticesinde geliştirilen kompakt laminat veya PVC esaslı sentetik malzemelerin geliştirilmesiyle hastane ortamında ihtiyaç duyulan hijyen şartları karşılanmaya başlanmıştır. Çağdaş yaşamın artık vazgeçilmez unsuru haline gelen internet ve sosyal medya kullanımı artık günlük yaşamda kullanılan pek çok ürünün tasarımı ve kullanımı aşamasında dikkate alınması gereken bir unsur olarak öne çıkmaktadır.

Yabancı literatürde M2M (machine to machine) iletişimi olarak tanımlanan kavram basitçe; kablosuz veritabanlarının kullanılarak elektronik cihazlara erişim olarak tanımlanmaktadır. Birden fazla elektronik cihazı birbirleriyle iletişim halinde tutan ve insanlar tarafından izlenebilecek veriler ortaya koyan sistemlerin varlığı bilinmektedir. İletişimde yaşanan ilerlemenin gerekçesi üç gelişmeye dayandırılmaktadır. Bunlar :

- Ticari ve bireysel elektronik ürünlerin giderek artan işlemci gücüne sahip olmaları,
- İnternetin global bir haberleşme ağı olarak kullanımının geri dönülmez biçimde yerleşmesi,
- Kablosuz iletişim cihazlarının düşen fiyatları sayesinde kablosuz iletişim platformlarının yaygınlaşması

olarak sıralanmaktadır. Elektronik cihazların bağlantıları sırasında kullanılacak yöntemle yaklaşık 2,000 civarında cihazı kablosuz iletişimle takip imkanının sağlanacağı kaydedilmektedir (Conti, 2006).

Hastane örneğinde ise, yatan hastaların durumlarının takibi veya tetkik sonuçlarının hastanenin bilgi işlem veritabanı tarafından saklanıp, gerektiğinde doktorlara bilgi olarak iletimi; halihazırda yürütülen işlemlerden olup, işlem sırasının önceden tanımlanan

şekilde ve eksiksiz yapıldığının teminatı olarak kullanılmaktadır. Hastaneler kullandıkları hasta takip sistemi ile hastanın müracaatından başlayarak, tüm tetkikleri ve müdahaleleri en son işlemler olan tahsilat ve taburcu işlemine kadar eksiksiz olarak takip imkanına sahiptir. Geliştirilen bu tip altyapılar, hem hastanın işlemlerinin takibinde hastaya bir fayda oluşturmakta; hem de, verilen sağlık hizmetinin eksiksiz olarak gerçekleştirilmesi ile hastane bazında, sunulan sağlık hizmeti ile ilgili belirli bir kalite kavramının oluşturulması sağlanmaktadır.

2.6. II. Bölüm Değerlendirmesi

İkinci bölüm, günümüzde ölçek olarak çok büyük ve kapsamlı birer yapı haline gelen hastanelerin tanımının yapılması ile başlamaktadır. Burada hastanelerin birer sistem olarak ele alınabileceği vurgulanmaktadır. Zira, hastaneler değişiklik gösteren bir çevre içinde, çevreden alınan girdiler işlenerek, işlenmiş girdilerin tekrar aynı çevreye iade edildiği ve bir geri bildirim özelliğine sahip birer sistem olarak ele alınmaktadır.

Hastanelerin çok önemli bir diğer boyutu olan sosyal boyutu da ele alınmış ve taraflar-arası ilişkinin önemli ölçüde dengesiz veya asimetric olduğu ifade edilmiştir. İlerideki bölümlerde ele alınacağından, hasta insan kavramı ve hastane-insan ilişkisinin asimetric olması konularına detaylı olarak girilmemiştir.

Hastanelerin tüm tarih boyunca çeşitli kıtalardaki gelişimi konusu diğer akademik çalışmalarda etraflıca ele alındığı ve tez çalışmasının konu olarak Türkiye'deki modern çağ hastanelerini belirlemesi nedeniyle, bu çalışmada diğer ülkelerdeki ve XX.yy. öncesi hastanelerin gelişiminden bahsedilmemiştir. Bu çalışma, hastanelerin tarihsel gelişimi konusunu sadece Türkiye'de ve 1920'li yıllar ve Cumhuriyet'in kurulmasından günümüze kadarki süreçte değerlendirilmeye almıştır.

Cumhuriyet'in ilk yıllarında yetişmiş kalifiye insan gücü ve maddi imkanların kısıtlı olması sebebiyle 1923-37 yılları arasında koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verildiği gözlenmektedir. Doktorluk mesleğinin gençlerin gözünde cazip hale gelmesi amacıyla

çeşitli teşviklerin verildiği kaydedilmektedir. Ancak, sağlık hizmetlerinin yeterli biçimde verilmesini temin edecek yardımcı sağlık personeli sayısının yetersiz olmasının ve kadın iş gücünün de etkin olarak iş hayatına henüz katılmamış olmasının, verilen sağlık hizmetlerini sınırladığı ifade edilmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hastane yapıları tarihsel süreç boyunca bilimsel gelişmelerden de etkilenecek, farklı sağlık kavramlarına göre gelişimlerini sürdürmüşlerdir. 1950-1960 yılları arasında geliştirilen sağlık kavramına göre, hastane tasarımının birbirlerine dolaşım yolları ile bağlanan sağlık birimlerini saran bir kabuk biçiminde yapıldığı kaydedilmektedir. Bu senaryoda penceresi bulunmayan steril alanlar oluşturulmakta, oluşan bu tecrit edilmiş alanlar yapay aydınlatma ve havalandırma sistemleriyle desteklenmektedir.

1980 ve sonrasındaki yıllarda hastalar, hasta yakınları, hastane yapısı ve hastane çevresi etmenlerinin birbirleriyle ilişkili olarak değerlendirilmeye başlandığı belirtilmektedir. Bu kapsamda beşeri ihtiyaçların tatminine yönelik olarak hastane yapılarına ilave edilen alışveriş mekanları, teknolojik gelişmelerle desteklenen aydınlatma ve havalandırma sistemleri ile sağlık konseptinde yeni bir yapı oluşturduğu kaydedilmektedir. 1990 ve sonrası dönemde maliyetlerin azaltılmasına yönelik çalışmalar yeni mekansal ve teknolojik sistemlerin kullanımına neden olmuş, böylece yapısal verimlilik prensibinin hastane kurumlarının değerlendirilmesine yönelik olarak da kullanılmaya başlandığı görülmektedir (Pietrzak, 2002).

Bilimsel araştırmaların sadece hastalıkların tedavisine yönelik çalışmalarla sınırlı kalmadığı, hastalıklara yol açan nedenler ve çevrenin etkisi üzerinde de çalışmaların yürütülmesinin önemi vurgulanmaktadır. Söz konusu gelişme, koruyucu sağlık hizmetlerinin şekillenmesine katkıda bulunmaktadır (Akdur, 2005). Bu dönemde sağlık yapıları sosyal boyuta verilen önemin neticesinde sadece tedavinin yapıldığı yerler olmaktan çıkmış; koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği, kullanıcı merkezli yapılar olma yolunda evrilmiştir. Tedavi için kullanılan yöntemlerin ve sağlık yapılarının gelişimlerinin birbirlerinden etkilenecek biçimlendiği kaydedilmektedir. Son dönemde sağlık kavramının iyileştiren hastane kavramını benimsemesi sonucunun, hastane yapısı ve çevresini

etkileyen değişimlere yol açarak, sosyal boyutu artırılmış yeni hastane yapılarının ortaya çıkmasına neden olduğu kaydedilmektedir (Douglas, 2004).

Tedavi yöntemleri ve ilaç sektöründe yaşanan gelişmeler sonrasında dünya genelinde yatan hasta sayısının azalan bir seyir izlediği ifade edilmektedir. Özellikle Amerika'da 2000 yılında yayımlanan rapor, yatak doluluk oranı %30 seviyesinin altına düşen hastane sayısının dört misli arttığı kaydedilmektedir (AHA, 2000). Yurtdışında durum böyleyken Türkiye'de yatak doluluk oranları ile ilgili araştırma sonuçları ilginç bilgiler sunmaktadır. Sağlık Bakanlığınca yayımlanan verilerle oluşturulan Tablo 2.1.'e göre, 2002-2015 yılları arasında Türkiye genelinde yatan hasta sayısında tutarlı bir artış olduğu tespit edilmektedir. Bu durumun gerekçesinin ülkemizde ilaç veya tedavi yöntemleri konusunda dünya standartlarının gerisinde olması gibi bir gerekçe ile değil, hastaneler tarafından sunulan sağlık hizmeti arzının henüz talebi karşılar hale gelememesinde aramak daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Hastane sayısının ve bunların etki alanlarının dengeli biçimde dağılması sonrasında yatak doluluk oranlarında dünya geneli ile uyumlu bir seyir izleneceği beklenmektedir.

Hastanelerin genel özellikleri itibariyle karmaşık birer sistem oldukları ve haftanın 7 günü, günde 24 saat esastan sağlık hizmetini kesintisiz biçimde sağladıkları ifade edilmektedir (Seçim,2008). Hastanelerin sınıflandırılmaları aşamasında fiziksel özelliklerinin yanı sıra (örn. yatak kapasitesi), sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi veya belirli hastalıklar konusunda uzmanlaşmaları (örn. genel ve özel dal hastaneleri) ve finansal kaynakları göz önüne alınan kıstasların arasında sayılmaktadır.

3. HASTANELER VE İNSAN ETKİLEŞİMİ

İnsan varlığı, sosyoloji ve psikoloji bilimlerinde davranışları incelenen, düşünebilen, konuşabilen, toplum olarak bir kültür çevresinde yaşayan, evreni kavrama ve biçimlendirme yeteneğine sahip bir canlı olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr). İçinde bulunduğu çevre tarafından şekillenen hayatı boyunca o çevreye etki etme yeteneğine sahip olduğu düşünülmektedir. Topuluklar halinde bir araya gelerek, çevresini kendi ihtiyaçları ve menfaatine göre dönüştürürken, meydana gelen bu yeni çevrenin şartları gereğince yeni ihtiyaçlara sahip olmaktadır (Aydın, 1986).

Amerikalı mimar-akademisyen James M. Fitch (1972), insanın içinde bulunduğu çevreye bağımlı olarak yaşamını sürdürdüğünü; çevrenin özelliklerini insanın konfor şartlarının sağlanmasına yönelik değerlendirmiştir. Buna göre insanın yaşamını sürdürdüğü çevre bileşenleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

- Termal,
- Atmosferik,
- Maddesel (kimyasal),
- Işık,
- Ses,
- Organik,
- İnorganik nesnelere evreni
- Mekan-yerçekimsel

Çevrenin yanı sıra insanı da Fitch üç başlık altında incelemiştir, bunlar:

- Metabolik,
- Algısal
- Kas-İskelet Sistemidir

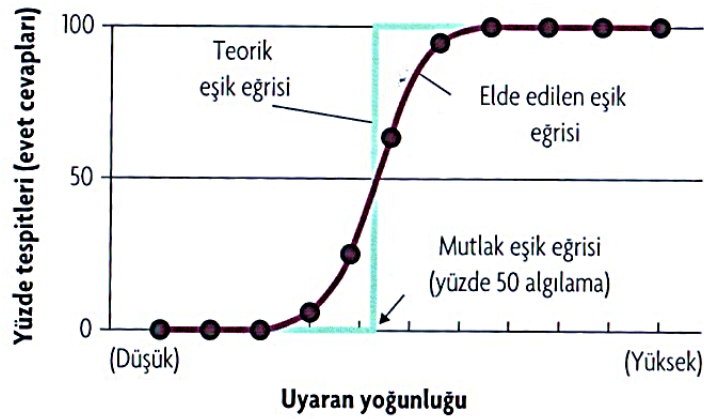
Psikoloji, insan doğasının ne olduğunu araştıran bilim dalıdır (Gerrig, R.J., Zimbardo, P.G., 2015). Psikoloji bilimi insan doğasını hem insanların birbirleriyle, hem de fiziksel ve sosyal çevre ile olan etkileşim süreçlerini inceleyerek açıklamaya çalışmaktadır.

Davranışlara yönelik araştırmalar, organizmaların çevrelerine uyum sağlamalarına yönelik gösterdikleri hareket faaliyetlerini incelemektedir. Davranışlara yönelik araştırmalar, bireyin ortam içinde ne yaptığına ve genel bir sosyal ve kültürel içeriğe göre nasıl davrandığı üzerine yoğunlaşmaktadır. Genel kanı, zihinsel süreçlerin ve insan zihninin çalışma prensipleri anlaşılmadan insan davranışlarının anlaşılamayacağı yönündedir. Düşünme, planlama, akıl yürütme, yaratma ve hayal etme gibi pek çok insan aktivitesi bireyseldir ve insanın içinde yaşanmaktadır. Dolayısıyla da bu özel deneyimlerin incelenmesi için gözlem dışında farklı tekniklerin kullanılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

3.1. PSİKOFİZİK

İnsanların duyu deneyimlerinin şiddetini ölçebilen araştırma alanı psikofizik olarak adlandırılmaktadır. Kavram, fiziksel uyarıcılar ile uyarıcının tetiklediği davranışlar veya zihinsel deneyimler arasındaki ilişkiyi incelemek üzere Alman felsefeci-fizikçi ve deneysel psikolog Gustav Fechner tarafından 1860 yılında ilk defa kullanılmıştır. Fechner çalışmalarında, fiziksel birimlerle ölçülen fiziksel uyarıcının şiddetini, psikolojik birimlerle ölçülen duyu deneyiminin büyüklüğüyle ilişkilendiren bir yöntem geliştirmiştir (Fechner, 1860/1966). Fechner'in yöntemleri ışık, tat, koku, ses veya dokunma uyarıcılarının tamamı için geçerli sonuçlar üretmektedir. Araştırmacılar uyarıcıların her biri için eşikleri belirleyerek duyum gücünün seviyesini uyarıcının şiddetine oranını karşılaştıran psikofiziksel ölçütleri ortaya koymaktadırlar (Gerrig ve Zimbardo, 2015).

Duyu deneyimi oluşturacak en düşük enerji miktarı '**Mutlak Eşik**' olarak adlandırılmaktadır. Mutlak eşik çalışması sonuçları psikometrik fonksiyonlarla açıklanmaktadır. Psikometrik fonksiyonlar yatay düzlemde uyarıcı şiddeti olan, dikey düzlemde de tespit değeri olan Şekil 3.1.-1'de gösterildiği gibi iki boyutlu bir grafikte ifade edilmektedir.



Şekil 3.1.-1: Mutlak Eşik Grafiği (Gerrig ve Zimbardo, p:94, 2015)

Araştırmalar sırasında katılımcıların yorgunluk durumlarında veya dikkat seviyelerinde değişikliklerin yaşandığı kaydedilmektedir. Bu gibi durumlarda katılımcıların uyarıcı olmadığında dahi tepki verdikleri gözlenmektedir. Bu nedenle mutlak eşik grafiği S şeklinde bir eğri olarak görsel hale getirilmektedir ve sırasıyla; tespit olmayan durumdan, nadir tespit yapılan duruma ve son olarak, her an tespit yapılan durumlara geçilen bir alan bulunmaktadır.

Duyularla ilgili yapılan çalışmalarda belirli bir süre uyarıcıya maruz kalan duyuların algı eşliğinin yükseldiği ve algılamanın azaldığı tespit edilmektedir. Bu duruma **Duyu Adaptasyonu** adı verilmektedir. Bir ortamda kötü kokulara veya parlak ışığa maruz kalındığında, bir süre geçtikten sonra bu uyarıcıların kişiyi daha az etkilemesi duyu adaptasyonuna örnek olarak gösterilmektedir (Gerrig ve Zimbardo, 2015).

Duyu eşığı ile ilgili yapılan çalışmaların en büyük zayıflıklarından bir tanesinin **Tepki Yanlılığı** olduğu ifade edilmektedir. Buna göre, her insan nasıl birbirinin aynısı olarak yaratılmadıysa, öyleyse algı eşiklerinde de bireysel farklar bulunduğu kaydedilmektedir. Tepki yanlılığı ifadesi, katılımcıların uyarıcıdan algıladıklarına göre değil, mantık yürütme eylemi sonucunda tepkilerini yönlendirmeleri olarak açıklanmaktadır. Kişi algıladığı uyarıcılar sebebiyle değil, bilinci ile bir takım davranış seçimleri yapmaktadır. Tepki yanlılığı durumunun oransal olarak tespit edilmesine yönelik çalışma **Sinyal Tespit**

Teorisi (Signal Detection Theory) olarak adlandırılmaktadır (Green ve Swets, 1966). Sinyal tespit teorisi (STT), uyarıcıların varlığı veya yokluğu konusunda bireyin tespitten ziyade bir *yargıya* varması sürecine dikkat çekmektedir. Klasik psikofiziğin tek bir mutlak eşik değeri öne sürmesine rağmen, STT duyu tespitinin iki farklı süreç ile yapıldığını öne sürmektedir. Bunlardan ilki araştırmacılarca Duyu Süreci olarak adlandırılmaktadır. Burada katılımcının verilen uyarıcının gücüne olan hassasiyeti değerlendirmektedir. İkinci süreç ise Karar Süreci olarak adlandırılır ve katılımcının tepki yanlılığını yansıtmaktadır.

STT hem duyu ve tepki süreçlerini gözden geçirmek için kullandığı yöntemi Şekil 3.2'deki matrisle göstermektedir.

		Verilen Tepki	
		Evet	Hayır
Sinyal Durumu	Açık	İsabet	Hata
	Kapalı	Yanlış Alarm	Doğru Ret

Şekil 3.2.: Sinyal Tespit Teorisi (STT) Matrisi (Gerrig ve Zimbardo, 2015)

Bu matrise göre;

- Katılımcı sinyal mevcutken “evet” derse, bu *isabetli* bir tepkidir,
- Katılımcı sinyal mevcutken “hayır” derse, bu *hatalı* bir tepkidir,
- Katılımcı sinyal mevcut değilken “evet” derse, bu bir *yanlış alarm* durumudur,
- Katılımcı sinyal mevcut değilken “hayır” derse, bu *doğru ret* içeren bir tepkidir.

İsabet ve yanlış alarm tepkilerini yüzdelerle çalışan araştırmacılar çeşitli yöntemler kullanarak katılımcıların tepki hassasiyetlerini ve tepki yanlılıklarını ortaya koymaktadırlar. STT ile tepki yanlılığı farklı oranlarda olan iki katılımcının hassasiyet düzeylerinin aynı olup olmadığının tespiti de yapılabilmektedir. Söz konusu teori ile duyu

süreçlerinin, tepki yanlılığından ayrılması sağlanmaktadır. Bu yolla da araştırmacılar katılımcıların duyu algı eşiklerini ve son tepkiyi oluşturmada kullandıkları karar süreçlerini birbirlerinden ayırabilmekte ve tanımlayabilmektedirler.

3.2. İNSAN DAVRANIŞLARI KURAMLARI

İnsan davranışlarını inceleyen farklı yaklaşımlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Cüceloğlu, 1993):

1. Nörobiyolojik
2. Davranışsal
3. Bilişsel
4. Psikoanalitik
5. Fenomenolojik

3.2.1. Nörobiyolojik Yaklaşım

Nörobiyoloji, beyinde oluşan sinirsel süreçlerin kaslara iletimi ve böylece gözlemlenebilir davranışlara dönüşme eylemini incelemektedir. Vücut sıvılarındaki değişimler de bu yaklaşım için değerli bilgiler barındırmaktadır. Etik ve yasal mevzuat gereği insan beyni üzerinde deney yapılamadığı için bu yaklaşım için gereken bilgi, ya hayvanlar kullanılan deneysel bulgular sayesinde ya da trafik kazaları sonrası yapılan beyin ameliyatlarının etkilerinin gözlemlenmesi sonucunda elde edilmektedir (Cüceloğlu, 2012). İnsan vücudunun bir olay neticesinde geçirdiği değişimler, salgı bezlerinin çalışma düzeninde, kanın kimyasal yapısında veya vücudun hormonal düzeyinde farklılıklar oluşturmaktadır. Nörobiyolojik yaklaşım canlıların fizyolojilerinde gerçekleşen bu değişimleri incelemektedir. Bu yaklaşım insan-mekan araştırmalarında yöntem olarak kullanılmamaktadır.

3.2.2. Davranışsal Yaklaşım

Gözlemlenen davranışları inceleyen Davranışsal Yaklaşım, kişinin düşüncelerini dikkate almamaktadır. Davranışsal yaklaşım bireyin gözlemlenebilir davranışlarını incelemektedir. Davranışsal yaklaşım, uyarıcı-davranış psikolojisi olarak da

tanımlanmaktadır. Uyarıcı tipi, kuvveti ve tekrarlanma sıklığı ile canlının ürettiği davranışın tipi, kuvveti ve tekrarlanma sıklığı arasındaki ilişki bu araştırma çeşidinin konusudur.

İnsan davranışlarını inceleyen ve Davranışçılık okulunun kurucusu Kanadalı akademisyen-felsefeci John Watson (1878-1958), düşüncelerini 1919 yılında yayınladığı 'Bir Davranışçının Gözünden Psikoloji' (Psychology from the Standpoint of Behaviorist) kitabında açıklamıştır. Watson, insanların duyum, imge ve hislerini sözel olarak ifade etmelerinin fazlaca kişisel yoruma açık olması nedeniyle davranış çalışmalarında veri olarak kabul edilemeyeceklerini öne sürmektedir.

"Bilinç durumları tıpkı sözde metafizik düşünce olgusu gibi nesnel olarak doğrulanamazlar ve bu nedenle bilimsel veri olamazlar" J. Watson (1919).

Bilinç durumlarının ancak fiziksel dünyada ölçülebilir bir eylem olan gözlenebilir davranışlar incelenerek değerlendirilmelerinin doğru olacağı ifade edilmektedir (Watson, 1919). Watson psikoloji biliminin ana hedefinin 'davranış tahmini ve kontrolü' olduğunu da ileri sürmektedir.

Davranışsal yaklaşım temel düzeyde insan davranışlarını etki-tepki yasasına göre konumlandırmaktadır. Bu yaklaşım biçimi insan-mekan ilişkisini değerlendirmek için kullanılmamaktadır. Davranışsal yaklaşım, belirli durumlarda belirli biçimde davranmalarını gözlemlemek ve bir sonraki aşamada benzer durumlardaki olası davranışlarını öngörebilmek amacıyla canlıların (insan/hayvan) belirli uyarıcılara tabi olmasını önermektedir.

3.2.3. Bilişsel Yaklaşım

Bu yöntemle insanları inceleyen araştırmacılara göre, insan yaşamdaki konumu itibariyle pasif bir canlı değildir. İnsan, olayları algılar, algılarını zihninde biriktirir, yorumlar, anlam çıkarır, yargı oluşturur ve davranışta bulunur ve dolayısıyla da yaşamdaki konumu

itibariyle aktif bir canlıdır. Bu tanımlanan aşamalar bilişsel aşamaları oluşturmaktadır. Bilişsel yaklaşım türü, çalışmalarında deneysel yöntemler kullanarak bireyin zihninde gerçekleşen süreçleri incelemektedir. Böylece bireyin kendi dışında gerçekleşen dış dünyayı nasıl özümseyip iç dünyası olarak temsil ettiğini araştırmaktadır (Cüceloğlu, 2012). Bilişsel yaklaşım insan ve çevresi arasındaki aktif ilişkiyi incelemekte ve insan davranışları üzerinden insan-mekânsal anlam bağlantısını değerlendirmekte kullanılmaktadır (Gür, 1996).

3.2.4. Psikanaliz Yaklaşımı

Psikanaliz, 1935'te Avusturyalı nörolog Sigmund Freud tarafından geliştirilmiş "bilinçdışı güdülerin ve nevrotik çatışmaların evhamlı bireylerin incelenmesinde kullanılan yoğun ve aktif" bir yöntemdir (Gerrig ve Zimbardo, 2015). Psikanaliz yaklaşımı her bireyin kendi geçmiş tecrübelerini bir vaka çalışması olarak değerlendirmektedir (Cüceloğlu, 2012).

Freud'a göre insanoğlunun doğuştan barındırdığı iki temel ve güçlü eğilimi bulunmaktadır. Bunlar, cinsellik ve saldırganlıktır. Bu temel eğilimler kimi bireylerce açıkça toplum içinde yaşandıklarında toplumun yapısını bozmaktadır. Bu nedenle söz konusu bu dürtüler bireylerince baskılanmakta ve bilinçaltına itilmektedir. Psikanalistin tedavi sürecindeki rolü, hastaya bastırılmış duygularını bilince ulaştırmasında yardımcı olmanın yanı sıra; meydana gelen semptomlar ve hastanın baskıladığı çatışmaların arasındaki ilişkiyi anlamlandırma yeteneğini kazandırmak olarak ifade edilmektedir. Hastaların terapinin ilerleyen aşamalarında erken çocukluk dönemlerinde oluşan baskılardan kurtulmaları ile iyileşmiş varsayılmaktadırlar.

İlerleyen yıllarda araştırmacılar Freud'un çalışmalarında kayda değer değişiklikler önermişlerdir. Bunlardan bazıları şöyledir:

İlk olarak hastanın son dönemdeki sosyal çevresine önem verilmesi teşvik edilmektedir. İkinci öneri insanın yaşamaya ve gelişmeye devam eden bir varlık olması dolayısıyla, bireyin inceleme altına alınacak hayatının sadece çocukluk dönemini değil, devam

etmekte olan ilişkilerini de kapsamının gerekliliğine yöneliktir. Bir diğer öneri ise araştırma sınırının Freud'yen öğretilerde öne çıkan ve toplumsal hayatta baskılandığı ifade edilen iki dürtü olan cinsellik ve saldırganlık dürtüleriyle sınırlı kalmaması yönündedir. İnsanı birey olarak toplumsal hayattan soyut halde düşünmeyerek kişinin sosyal motivasyonu ve aşk ilişkilerindeki sosyal kişiliğine önem vermenin gereğine dikkat çekilmektedir. Son öneri ise İd ve üst benlik arasındaki çatışmaya daha az önem verilerek egonun fonksiyonuna daha fazla önem vermek ve öz-düşünceyi geliştirmek olarak ifade edilmektedir (Gerrig ve Zimbardo, 2015).

3.2.5. Fenomenolojik Yaklaşım

Kelime anlamı olarak Fenomen tanımı, varlık olarak hem kendisini hem de çevresini kendi algılama kapasitesi ile algılayan kişinin taraflı ve öznel yaşam deneyimini ifade etmektedir (Cüceloğlu, 2012). Fenomenolojik yaklaşım, bir kişinin davranışlarının altında yatan nedenleri kavrayabilmek için kişinin öznel yaşam kavrayışının anlaşılması gerektiğini vurgulamaktadır. Daha önce tanıtılan diğer yöntemlerin aksine fenomenolojik yöntem kişinin o anki davranışının kaynağının kişinin istekleri ve hisleri olmayıp, kendisini ve çevresini anlamlandırma biçimi veya fenomeni olduğunu ortaya koymaktadır.

Deneysel yöntemlerle elde edilen bilginin sınırlı olması ve insanı oluşturan bütünü ancak parçalarını göstermesi nedeniyle fenomenolojik yaklaşım kimi psikologlarca eleştirilmektedir. İnsan davranışına etki eden fenomeni deneysel yöntemle tespit imkanı olmadığından hareketle, karşılıklı konuşarak bir insan için en önemli şeyin ne olduğuna ve hayatında neyi başarmaya çalıştığına yönelik bir tespit yapılabilir. Fenomenolojik yaklaşım; kişinin bir andaki davranışının kendi istek ve dürtülerinin esiri olarak gerçekleştirilmesi fikri yerine, kişinin yaşamının o evresinde –diğer tüm evrelerinde de olduğu gibi- önündeki tercih seçeneklerini görüp, davranışını bu seçeneklerden birisi yönünde kullandığını öne sürmektedir. Kişinin seçim yapma özgürlüğü insanlarla hayvanlar arasındaki en büyük fark olarak kaydedilmektedir.

Günümüzde psikoloji bilimince fenomenolojik yaklaşımın bütüncü bakış açısı kabul edilmekle beraber; deneysel yöntemlerin ölçülebilir değerleri sınıması ve bulguların kesin ifadelerle ortaya konmasının avantajlarına dikkat çekilmektedir. Çalışmalar

sonucunda ortaya konacak bilginin taraflı değil sınanabilir olması yapılacak bilimsel çalışmaların güvenilirliğini artıran bir husus olarak değerlendirilmektedir.

İnsan-çevre çalışmalarında fenomenolojik yöntemin kullanılması ancak bu çalışmaların içeriğinde anlam konusuna odaklanmasıyla mümkün olabilmektedir. Bir toplum üyelerince bazı yerlere belirli anlamlar atfedilmesi durumu, o yerlere aynı toplum üyelerince benzer anlamlar verilmesine neden olmaktadır. Böylece atfedilen anlam topluluk üyelerince de paylaşılmakta ve bu yolla topluluk içinde kolektif bilinç oluşması da sağlanmaktadır (Graumann, 2002). İnsanların tanımlı bir çevre içinde nasıl davranacakları bilinmek istenirse, sadece o çevrenin tarafsız bir tanımını yapmanın yeterli olmayacağı kaydedilmektedir. Zira insanlar çevreden algıladıkları, hissettikleri ve düşündükleri ile davranışlarını düzenlemektedirler (Schütz ve Luckmann, 1983).

İçinde insan bilimleri ve toplum bilimi verilerinin sentezi olan çalışmalarda araştırma konusu olan insanın ve araştırma konusu olan binanın birbirinden bağımsız iki olgu olmadığı kaydedilmektedir. Bu nedenle de insan-mekan araştırmalarında fenomenolojik yaklaşımın artan sayıda kullanımı söz konusu olmaktadır.

3.3. İNSAN GEREKSİNİMLERİ

İnsanın *gereksinimleri* kimi zaman *istekleri* ile eş anlamlı olarak düşünülmekte ve hatalı biçimde aynı kavramı anlatmakta kullanılan benzer kelimeler oldukları sanılmaktadır. Gereksinme kelimesi istek kavramından farklı olarak bir koşulu, zorunluluğu ifade eder ayrıca, mekanın bulundurulması gereken en az nitelikleri tanımlamak için kullanılır. Diğer taraftan istekler ise öznel niteliğe sahiptir ve bireyin sınırsız nitelik ve niceliğe sahip amaçlarını tanımlamak için kullanılmaktadır. Gereksinme kavramı bir bireyin bir mekan içerisinde toplumsal, psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklara uğramadan yaşamını sürdürmesi ve bunun yanı sıra yaptığı görevlerde daha verimli olmasını sağlayacak olanaklar ve çevre koşulları olarak tanımlanmaktadır (Ertürk, 1976).

Endüstriyel/Organizasyonel Psikoloji ile ilgili neredeyse tüm çalışmalar, Amerikalı psikolog Abraham Maslow'un İhtiyaç Hiyerarşisi Teorisi'ni (1943) çalışmalarının bir parçası olarak sunulmaktadır. Yaygın olarak öğretilen bu teoriye göre; bireyler sabit bir ihtiyaç hiyerarşisi içinde aşama kaydederken, insan davranışlarını etkileyen ödül ve sonuçlar da değişmektedir. Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi Şekil 3.3.'de gösterilmektedir.



Şekil 3.3.: Maslow'un İhtiyaç Hiyerarşisi (Gerrig, R.J., Zimbardo, P.G., 2015)

Teoriye göre, insan davranışları öncelikle bireyin biyolojik (örn., yeme, su içme) gereksinimlerini karşılamaya yönelik faaliyetlerde bulunmaktadırlar. İlk basamak olan biyolojik gereksinimlerin karşılanmaması durumunda, kişi daha üst seviye davranışlarda bulunmayacaktır. En temel düzeydeki biyolojik gereksinimlerini karşılanması halinde insanların sırasıyla; güvenlik (örn., barınma, tehlikelerden korunma) ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik, sonra sosyal ihtiyaçlarını, ardından öz-benlik ihtiyaçlarını ve listenin en üstünde kendini-gerçekleştirme (örn., bütün ve doğru bir kimse olmak) gereksinimlerini bu gelişim sırası ile karşılayacakları öngörülmektedir. Bu teori özünde

bazı insanların daha alt kademedeki gereksinimlerini gidermeden asla daha üst seviye gereksinimlerini tatmin etmek için davranışta bulunmayacaklarını öngörmektedir. Maslow, ortaya koyduğu teori ile daha üst hiyerarşi seviyesindeki ihtiyaçları karşılamak için davranışlarda bulunan insanların, diğer alt-seviye ihtiyaçları karşılamaya çalışan insanlardan daha gelişmiş, daha üstün ve daha olgun oldukları iddiasını da önermektedir.

Maslow'un teorisi, psikologlar Wahba ve Bridwell tarafından 1976 yılında yayınladıkları makalede ampirik destekten yoksun olması gerekçesiyle eleştirilmiştir. Teoriyi oluşturan temel maddelerden: örneğin insanların herhangi bir anda tek bir ihtiyaç seti tarafından yönlendirildiği iddiası; veya insan gereksinimlerinin kesin olarak tanımlı bir hiyerarşik düzen izlediği fikri; ya da daha alt seviye bir ihtiyacın giderilmesinde karşılaşılabilecek bir sıkıntı nedeniyle daha üst-seviye ihtiyaçların giderilmesine yönelik davranışlarda bulunulmayacağı iddiaları araştırmacılar tarafından konu hakkındaki bulguların sınırlı olması sebebiyle eleştirilmektedir. Daha üst seviye gereksinimleri tatmin için çalışan insanların daha alt seviye ihtiyaçları karşılamaya yönelik insanlardan daha sağlıklı, sosyal çevreye daha iyi uyum sağlamış veya daha olgun insanlar olmalarına yönelik önerilerin hiç birisi hakkında yeterli sayısal veriye sahip olunmadığı ve dahası yakın gelecekte de olunamayacağı araştırmacıların çalışmasında ifade edilmiştir.

Üzerinden 70 seneden fazla zaman geçmiş olmasına ve zayıf yönleri bilinmesine rağmen Maslow'un teorisi hala akademik açıdan varlığını sürdürmektedir. Bunun gerekçesi; verilere dayanarak ispatlanmış olması yerine, insanlara mantıken doğru gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Murphy, K. R. 2007).

3.4. KÜLTÜR

Sözlük anlamı olarak kültür;

"bir topluma veya halk topluluğuna özgü düşünce ve sanat eserlerinin bütünü; muhakeme zevk ve eleştirme yeteneklerinin öğrenim ve yaşantı yoluyla geliştirilmiş olan biçimi; tarihi toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan tüm maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada ve sonraki nesillere iletmeye kullanılan insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü"
(www.tdk.gov.tr)

olarak tanımlanmıştır.

Kültürün varolabilmesi sosyal bir topluluk halinde bir arada yaşayan insanların varlığı sayesinde gerçekleşmektedir. Kültür, insan türüne özgü bilgi, inanç, davranışlar ve bu kavramlarla ilişkili maddi nesnelere, toplumsal yaşama ait dil, düşünce, gelenek, işaret ve haberleşme sistemleri, kurumlar, yasalar, aletler ve sanat eserleri gibi pek çok fiziki ve düşünsel elemanı kapsamaktadır. Kültür, toplumsal içeriğe sahip olduğu kadar, kişisel becerileri de kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (Örer, 2001). Aynı coğrafi şartlarla mücadele etmiş, ortak trajediler yaşamış, ortak değerlere sahip, sanat, beceri ve alışkanlıkları olan insan topluluklarında ancak kültürel değerlerin varlığından söz edilebilir (Gür, 2000). Dolayısıyla da benzer bir ifade ile insanların içinde buldukları yaşam koşullarına uyum eylemlerinin toplamı, o topluluğun kültürünü oluşturmaya yardımcı olmaktadır.

Kültür öğretilbilir bir kavramdır ve bu özelliğiyle kuşaktan kuşağa aktarılma özelliği bulunmaktadır. Mimar Bozkurt Güvenç, 1996 yılındaki İnsan ve Kültür adlı çalışmasında kültürün özelliklerini aşağıdaki gibi listelemektedir:

Kültür;

- Öğrenilir,
- Tarihi ve süreklidir,
- Toplumsaldır,
- İdealize edilen kurallar sistemidir,
- Zamana uyum sağlayacak biçimde değişir,
- Bütünleştirir,
- Gerçeklerin soyutlandığı durumdur,
- İhtiyaçları karşılar, doyum sağlar.

Kültürel öğelerin varlıklarının devamı toplum üyelerine doyum sağlamaya devam etmeleri ve hizmet sağlamaya devam edebilmeleri ile mümkün olmaktadır. Kültür, bir arada yaşayan topluluk bireylerinin davranışlarını, kararlarını, seçimlerini belirleyen bir özelliğe sahiptir. Bir topluluğa mensup bireylerin birbirleri ile aralarındaki ilişki geleneksel yasalar ve törelerle düzenlenir. Farklı insan topluluklarının aralarındaki ilişkiler de dinsel

ve etik kurallar bütünüyle düzenlenmektedir. Her topluluğa mensup bireyin topluluk geneli ile uyumlu olacak şekilde bir dünya görüşü ve ortak değer yargısı bulunmaktadır (Canter, 1977).

İnsan gruplarında insanlar arasındaki tüm ilişkiyi belirleyen kültür, ortak payda olan inanç sistemleri, değerler ve semboller üzerinden yükselmektedir. Kültür etkileşimli biçimde sürekli olarak gelişmektedir. Farklı bir yerleşkeye taşınan insanların mekana uyum çözümleri geliştikçe, yanlarında göturdükleri kültür de değışime uğrar. Toplumlar arasındaki kültürel farkların sebebi bilişsel kurguların olduğu kadar, sosyal kurguların da geçirdiği değışim evreleri olarak ifade edilmektedir. Bireylerin algılarının kaynağı, birey olarak tecrübe edilen deneyimlerle topluluk olarak paylaşılan ortak değerlerdir. Böylece algı, bireysel kişilikten ziyade, sosyal sistemin bir parçası olarak toplumsal hayatta yer alan bir olgudur (Ünlü, 1994).

Bulunduğu topluluk içinde değer yargılarını etkileyen kültür, o topluluğun mekan algısını da biçimlendirmektedir. Toplumsal yaşam içinde sosyo-kültürel normların değışmesiyle birlikte yapısal çevrenin de değıştiği kaydedilmektedir. Bu değışim zaman içinde kesintiye uğramadan süreklilik gösterir ve topluluğun kültürel değerleri ile bağlarını korur (Gür, 2000).

3.4.1. Kültüre Özgü Olma Kavramı

Kültüre özgü olma kavramı aşağıdaki maddelere dayanılarak açıklanmaktadır (Gür,2000):

- Kültürü saran çevrenin iklimsel ve topoğrafik özellikleri
- Kültüre sahip toplulukta konuşulan dil
- Topluluk bireylerinin dini inançları, inanışlar
- Topluluğun aile yapısı ve akrabalık düzeni
- Yeme-içme alışkanlıkları, beslenme düzeni
- Statü belirleme araçları, sosyal hiyerarşik düzen
- Davranışlar ve diğer sözel olmayan iletişim biçimleri
- Toplumsal biliş ve farkındalık

- Davranış kalıpları, ritüelleri, biçimleri
- Toplumsal ilişkilerin düzeni
- Toplumun ticari alışkanlıkları, çalışma düzeni,
- Üretim yöntemleri ve iş paylaşımı
- Bir arada yaşama kuralları, normlar, genel kabuller,
- Mekânsal alışkanlıklar, düzenlemeler

Yukarıda tanımlanan maddeler ile bir topluluğun paylaştığı kültürel değerlerin tanımı yapılabilmektedir. Fark edileceği üzere yukarıda tanımı yapılan konular, toplumsal hayatın –ki buna ticari hayat da dahil edilmiştir- hemen her alanını kapsayacak biçimde düzenlenmiştir. Yukarıda tanımlanan maddeler çerçevesinde toplumsal yaşamda karşılaşılan herhangi bir uygulama bahsi geçen *kültüre özgü* olarak değerlendirilmektedir.

3.4.2. Kültürün İnsan-Çevre Etkileşimindeki Yeri

İnsan-çevre ilişkisi kapsamında kültür, çeşitli bakımlardan incelenmektedir. Öncelikle, kültürün birinci özelliği inançlar, normlar, değerler, algılar ya da kısaca bir gruba ya da topluluğa özgü davranış ve tutumlar bütünü olmasıdır. İkinci özellik, çeşitli görüş, kanı, biliş, hissedişlerin bir insan topluluğunca ortak bir fikri anlatmak için kullanılmasıdır. Kültürün üçüncü özelliği, kendi içindeki değişim hızının son derece düşük olması ve eğitim ile ortak değer paylaşımı sayesinde kendi kendisini koruyan bir niteliği olması olarak düşünülmektedir. Bu sayede kültür vasıtasıyla ortak inanışların, değerlerin ve davranış biçimlerinin nesilden nesile aktarılması mümkün olmaktadır. Kültürün bir diğer özelliği ise; belirli bir fiziksel çevrede görülmesi ve o çevrenin topoğrafik özelliklerinin bireylerin düşünce ve hareketlerini etkilemesidir (Altman, 1980).

Kültür birbirini tamamlayan üç yaklaşımla tanımlanmaktadır. Birinci yaklaşım kültürün bir yaşam biçimi olmasıdır. İkinci yaklaşım kültürün bir takım semboller kullanarak bilişsel şemalar ve anlamlar meydana getirmesidir. Sonuncu yaklaşım kültürün, o kültüre mensup bireylerin hayatta kalmak için çevrelerine uyum sağlamalarına yönelik bir strateji olmasıdır (Rapoport, 1980). Polonyalı akademisyen-mimar Amos Rapoport aynı zamanda kültürün alt bileşenlere ayrılabilceğini, kültürün insanla olan ilişkisini; inançlar,

dünya görüşü, değerler, yaşam biçimleri ve eylem tarzları olarak soyuttan somuta değişen, dönüşen bir süreç olarak tanımlamaktadır.

Tasarımcıların çalışmalarında, bir topluluğun inanışlarını, ortak değerlerini ve genel kabullerini inşa edilen mecralar aracılığıyla daha sonraki nesillere aktarılması aşamasında o topluluğun kültürünü oluşturan değerlerin iyi tanınması gerekmektedir. İnşa edilen her mekan, kültürel altyapıdan beslenirken hem belirli bir dünya görüşünü ortaya koyar, hem de bağlı bulunduğu kültürün dönüşümüne aracılık eder. Sınırlı sayıda bireyin tasarımına ve yapımına katkıda bulunduğu mekânsal yapılar, topluluk tarafından kullanılmaya başlandıklarında tüm topluluğun kültürel değerlerine katkı yapar ve topluluğun ortak değerleri arasında sayılmaktadırlar (Gür, 2000).

Farklı kültürel mirasa sahip insan topluluklarının mekânsal algılarında da değişiklikler olduğu ifade edilmektedir. Buna göre; farklı kültürlerden insanların değişim gösteren duyum ve algılamalarıyla aynı çevrede farklı tecrübeler edindikleri kaydedilmektedir. Farklı kültürdeki bireyler birbirlerinin mekânsal davranışlarını bir iletişim problemi ortaya çıkartacak kadar değişik yorumlayabilmektedir. Mekânsal kullanımın kültür içinde veya kültürler-arası iletişim hatasına neden olabilecek anlamsal değeri, üzerinde hassasiyetle durulması gereken bir konudur (Aillo ve Thomson, 1980).

3.5. HASTA İNSAN

Hasta insan tanımının sağlıklı biçimde yapılabilmesi için hastalığın ve sağlığın ne anlama geldiği konusunun açıklanması yerinde olacaktır. Halk sağlığı konusunda çalışmalar yapan Prof. Hayran'a (2016) göre, hastalık halinin üç başlık altında incelenmesi mümkündür:

- **Tıp bilimi açısından** hastalık kavramının vücudun çeşitli organları ile ilgili olarak ölçülebilen, somut bulgular sonucu tespit edilebilen düzensizlikler olduğu düşünülmektedir.
- **Kişi açısından** hastalık kavramının sübjektif bir durum olması nedeniyle bireyin bedeni veya ruhsal durumu ile ilgili değişiklik hislerini ifade ettiği değerlendirilmektedir.

- **Toplum açısından** hastalık kavramı kendisini hasta hissedeni birey veya hastalık tanısı konan kişiden toplum tarafından beklenen davranış biçimi ve sosyal rol olarak tanımlanmaktadır.

Hastalığın birey tarafından üç aşamalı bir karar verme süreci sonrasında kabul edildiği aktarılmaktadır. Buna göre, vücudu ile dış dünya arasında bir anormallik sezen kişi öncelikle bu durumun gerekçelerini araştırmaktadır. İkinci aşama olarak yakın çevresinde görüşüne güvendiği kimselere konu ile ilgili bilgi aktarılmakta ve bu kimselerin görüşü alınmaktadır. Son aşama olarak, hasta olabileceği ihtimali zihninde beliren kişinin tıbbi yardım almak için bir doktora başvuracağı aktarılmaktadır.

Modern tıp alanında yapılan çalışmalar, sağlık kavramının hastalık kavramının zıttı olarak konumlanmasının doğru olamayacağını ifade etmektedir (Helman, 1990). Sağlık ve hastalık kavramlarının birbirlerinin karşıtı olamayacağı, zira pek çok hastalık türü bulunması karşısında tek bir sağlıklı olma halinin var olduğu düşünülmektedir. Pozitif bilimlerin sağlık alanında geçerli yöntem olarak belirlenmesi sonrasında insan vücudunun bir makine ile benzer prensiplerde çalıştığı varsayımı geliştirilmiş olup, hastalıkların “makinenin arıza yapma hali” olduğu, doktorun görevinin ise “bozulan makineyi tamir etmek” olduğu görüşleri öne sürülmektedir (Engel, 1977). Sağlık kavramının tanımı, Dünya Sağlık Örgütü’nün kuruluş yasasında:

“sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir”

biçiminde tanımlanmaktadır (WHO, 1998).

Yüzyılın başına kadarki genel kaniya göre, hastaların tedavi için doktorlara gittiği ve tedavinin yapıldığı mekanların ikinci derecede önemli ve hatta bazen hiç önemli olmadığı düşünülmektedir. Ancak, sağlık ve tedavi alanında günümüzdeki durumun daha farklı olduğu değerlendirilmektedir. Günümüzde tedavi, tek bir sorumlu doktor tarafından değil, alt uzmanlıklara ayrılmış ve mesleğinde uzmanlaşmış bir kadro tarafından yürütülen bir süreç haline gelmiştir. Tedavinin yapıldığı mekanın ise daha önceden hiç olmadığı kadar önemli bir hale geldiği düşünülmektedir (Tall, 2000).

3.6. HASTA HAKLARI VE SORUMLULUKLARI

Hasta hakları tanımının sosyal devlet olgusunun bir gereği olduğu ve hastalanan insanların tedavi hizmetleri sırasında pozitif ayrımcılığa tabi tutulmaları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. İnsanların hastalıkları nedeniyle dezavantajlı ve kendi başlarına hayatlarını idame ettirmek konusunda çaresiz durumda oldukları tespit edilmektedir.

2002 yılında kabul edilen Avrupa Hasta Hakları bildirgesinde hastaların hakları aşağıdaki 14 madde olarak belirlenmiştir

(http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co_108_en.pdf) :

1. Önleyici Tedbirlerin Alınması Hakkı
2. Yararlanma Hakkı
3. Bilgilenme Hakkı
4. Onam (Rıza) Hakkı
5. Özgür Seçim Hakkı
6. Mahremiyet ve Gizlilik Hakkı
7. Hastaların Vaktine Saygı
8. Kalite Standartlarına Uyulması Hakkı
9. Güvenlik Hakkı
10. Yenilik Hakkı
11. Gereksiz Ağrı ve Sıkıntıdan Kaçınma Hakkı
12. Tedavinin Kişiselleştirilmesi Hakkı
13. Şikayet Hakkı
14. Tazminat Hakkı

Yukarıda listelenen maddelerin açıklamaları şöyledir (Zengin, 2007);

Önleyici Tedbirlerin Alınması Hakkı: Her birey hastalıkların önlenmesi için gereken koruyucu sağlık hizmetini alma hakkına sahiptir. Sağlık kurum ve kuruluşları sağlık konusundaki bilinci yükseltmek, toplumdaki çeşitli risk gruplarına düzenli sağlık hizmeti

sunmak ve bilimsel araştırma sonuçları ve teknolojik gelişmelerden toplumu yararlandırmak görevleri bulunmaktadır.

Yararlanma Hakkı: Her bireyin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı bulunmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının hastalık türü, zamanı veya hastanın mali kaynakları konularında ayırım yapmadan eşit sağlık hizmeti vermek yükümlülüğü bulunmaktadır. Tedavi giderlerini karşılayacak imkanı bulunmayan bireylere dahi sağlık kurum ve kuruluşlarınca ücretsiz olarak sağlık hizmeti verilmelidir.

Bilgilenme Hakkı: Bireylerin kendi sağlık durumu başta olmak üzere, uygulanacak tedavi yöntemi hakkında bilgi alma hakkına sahiptir. Hastaların hasta dosyalarının içindeki tüm kayıtlara erişme ve kopyasını temin etme hakları bulunmaktadır.

Onam (Rıza) Hakkı: Her birey sağlığı ile ilgili kararlara aktif olarak katılmasını sağlayacak tüm bilgilere ulaşma hakkına sahiptir. Sağlık çalışanları hastalara uygulanacak tedavi veya ameliyat hakkında tüm bilgileri –riskler, yan etkiler ve alternatif çözüm yolları da dahil paylaşmak durumundadır. Bu tip kritik bilgilerin yapılacak müdahaleden en az 24 saat önce verilmesinin uygun olacağı değerlendirilmektedir. Tıbbi bilgilerin hastanın anlayacağı dilde verilmesi ve verilecek kararlara olabildiğince katılması sağlanmaktadır. Bu uygulama hastanın aydınlatılmış onamının alınması olarak tanımlanmaktadır. Hastalar tedaviye rıza göstermek kadar tedaviyi reddetmek hakkına da sahip olduğu gibi tedavi sırasında tedavi hakkında bilgilennememek hakkına da sahip olduğu kaydedilmektedir.

Özgür Seçim Hakkı: Tıbbi konulardaki bilgisi yeterli her bireyin uygulanacak tedavi işlemleri konusunda, tedavinin yapılacağı tesisin belirlenmesi konusunda ve tedaviyi uygulayacak doktor seçimi konularında seçme hakkı bulunmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşları hastaları bilgilendirmek ve bu hakkın kullanılmasını temin etmekle yükümlüdürler. Doktoruna veya tedavinin yapılacağı kuruma veya tesise güven duymayan hasta bu seçimleri değiştirebilmelidir.

Mahremiyet ve Gizlilik Hakkı: Sağlık kurum ve kuruluşlarının kapısından giren her hasta, kişinin sağlık durumu ve olası tanı ve tedavi işlemlerine yönelik bilgilerinin gizli tutulması ile; muayene ve tedavileri sırasındaki mahremiyetlerinin korunması gibi çok temel haklara sahiptir. Bir bireyin tıbbi geçmişi ve her türlü tanı ve teşhis bilgileri de kişinin mahremi olarak değerlendirilmektedir. Hastanın özel onayı veya talebi olmadığı müddetçe tüm tıbbi müdahaleler, muayeneler, tedaviler, ilaç uygulamaları gibi tıbbi tüm işlemler uygun bir mekanda kişinin mahremiyeti gözetilerek yerine getirilmelidir.

Hastaların Vaktine Saygı: Her hastanın hızlı biçimde ve önceden planlı bir sürede kendilerine gereken tedaviyi alma hakkı bulunmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşları her vakanın aciliyet derecesini tespit ederek, zaman yönetimini yapmak konusunda yetkilidirler. Bekleme sıraları yapmak bu konuda sıklıkla uygulanan bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Doktorların hastalarına muayene ve açıklama yapmak için makul vakit ayırmaları çok önemli bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü raporları bu makul sürenin ortalama 20 dakika olmasını önermektedir.

Kalite Standartlarına Uyulması Hakkı: Yüksek kalitedeki sağlık hizmetlerinden yararlanmak tüm hastaların hakkı olmalıdır. Sağlık hizmetlerindeki kalite kavramı pek çok unsurun kalitelerinin toplamından oluşmaktadır. Bu unsurların arasında, sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının teknik performans, konfor ve iletişim konularında tatmin edici düzeylerde olmalarını önermektedir. Kalite kavramının, çalışanlar-arası iş tanımlarının kesin olarak yapılması, malzeme, donatı ve mekanlarda da benzer kalite arayışının olması ve tüm çalışanlarca anlaşılıp sahip çıkılması ile bir kurumda oluşturulabileceği düşünülmektedir. Periyodik aralıklarla yapılacak denetimlerin ise, bir kez tesis edilen kalite kavramının sürekli olmasını sağlayacağı ifade edilmektedir.

Güvenlik Hakkı: Bireylerin hatalı sağlık hizmetlerinden, yanlış uygulamalardan ve bu yanlışlardan doğan zararlardan korunma hakları bulunmaktadır. Hastaların bu haklarını koruyabilmek adına sağlık kurum ve kuruluşları hastalara uyguladıkları tüm işlemleri ve cihazları sürekli olarak denetlemeli ve personellerine gerekli hizmet içi eğitimleri vermelidirler.

Yenilik Hakkı: Ekonomik imkanlarından bağımsız olarak her birey tıbbi yeniliklerden faydalanma hakkına sahiptir. Sağlık kurum ve kuruluşları hastalıklar konusunda araştırmalar yapmak ve araştırmaları desteklemekle yükümlüdürler. Elde edilen bulguların toplumun geneliyle paylaşılması konusu da tıp etiğine uygun bulunmaktadır.

Gereksiz Ağrı ve Sıkıntıdan Kaçınma Hakkı: Hastalar hastalıklarının her evresinde acı ve sıkıntılardan korunma hakkına sahiptirler. Sağlık kurum ve kuruluşları, bu amaca ulaşmak için palyatif bakım tekniklerinden yararlanmak ve bu teknikleri ihtiyaç duyan tüm hastalara ulaştırmak konusunda sorumlulukları bulunmaktadır. Palyatif bakım teknikleri özellikle kanser hastalığının acı ve ağrı veren belirtilerin giderilmesinde ve hastanın yaşam kalitesine olumlu katkı yapılmasına yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Ağrı ve sıkıntıdan kaçınma hakkının, kanser kadar insan yaşamının kalitesini etkilemeyen diğere rahatsızlıklarda dahi hastaların talep ettiğı bir hak olduğı değerlendirilmektedir.

Tedavinin Kişiselleştirilmesi Hakkı: Hastalar oluşturulacak tanı ve tedavi süreçlerinin kişinin kendi ihtiyaçlarına göre ayarlanmasını isteme hakkına sahiptir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının bu hedefe ulaşmak konusunda ekonomik kaygılarını hastanın bu hakkına saygı gösterecek biçimde düzenlemek durumunda oldukları kaydedilmektedir.

Şikayet Hakkı: Bireyler zarara uğradıklarında şikayetlerini iletmek, yanıt istemek veya itirazları konusunda geribildirimde bulunulmasını istemek hakkına sahip oldukları ifade edilmektedir. Şikayet mekanizmasının belirli bir süre içinde, kurum tarafından şikayet konusu duruma yönelik ayrıntılı cevaplar veya çözüm önerileri oluşturularak sonuçlandırılmasının önemi vurgulanmaktadır.

Tazminat Hakkı: Tedavi sırasında maddi veya manevi zarar gören hastaların kısa bir süre içinde şikayet haklarını kullanarak kayıplarının tazminini istemek hakları bulunmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşları hastaların bu haklarını kullanmalarını engellemeyecek tutum içinde olmalarının önemi belirtilmektedir.

Hasta haklarının, bir sağlık kuruluşuna başvuran herkesin sağlık hizmetlerinden aynı düzeyde ve eşit biçimde yararlanmasını temin edecek bir süreç olduğu ifade edilmektedir.

Türkiye’de hasta hakları ile ilgili ilk çalışmanın 1960 yılında hazırlanan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi olduğu kaydedilmektedir. Yapılan çalışmalar 1998 yılında tekrar ele alınarak düzenlenmiş ve Doktorluk ve Meslek Etiği Kuralları adı ile Türk Tabipler Birliği tarafından kabul edilmiştir. Aynı yıl Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hasta Hakları Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir (www.saglik.gov.tr -Hasta Hakları).

Medeniyetin gereği olarak, sorumlu vatandaşlara verilen her hakkın bir sorumluluk getirdiği ifade edilmektedir. Bunlardan bazıları aşağıda listelenmektedir (Zengin, 2007):

- **Bilgi Verme:** Hastanın kendisi ile ilgili şikayetleri, hastalık geçmişi, hastanede yatma durumu, uygulanan tedaviler, kullanılan ilaçlar ve sağlık durumu konusunda tüm bilgilerin eksiksiz ve doğru olarak sağlık kurum ve kuruluşlarına vermesi gerekmektedir.
- **Önerilere Uyma:** Hastanın, doktoru tarafından önerilen tedavi planına uymak ve ayrıca bu planın yürütülmesi konusunda yardımcı sağlık personeline yardımcı olması beklenmektedir.
- **Planlanan Tedaviyi Reddetme:** Hastanın tedaviyi reddetmesi veya doktor talimatlarına uymayı reddetmesi halinde doğacak sonuçlardan sorumlu olacağı bilincinde olmalıdır.
- **Tetkik ve Tedavi Masrafları:** Hastanın sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurusu aşamasında tanı ve tedavi giderlerinin ne şekilde karşılanacağı ile ilgili bilgi vermesi gerekmektedir.
- **Sağlık Kuruluşlarının Kural ve Uygulamaları:** Hastanın tedavi hizmetini alacağı kurum veya kuruluşun belirlediği kurallar çerçevesinde hareket etmelidir.
- **İlişkilerde Saygı:** Hastaların, buldukları ortamda bulunan diğer hastaların, ziyaretçilerin ve tüm sağlık personelinin haklarına saygı göstermeleri beklenmektedir.

- **Uygun olmayan İstek:** Hastalar doktor tarafından uygun bulunmayan, tıp etiği dışında kalan isteklerde bulunmamalıdır. Ayrıca, bulaşıcı bir hastalığa sahip hastaların durumun ciddiyetine uygun davranarak taburcu olmayı istememelerinin yerinde olacağı ifade edilmektedir.
- **Hasta Ziyaretçileri:** Ziyaretçilerin hastalarını kurum ve kuruluşlar tarafından belirlenen kurallar kapsamında ziyaret etmelerinin uygun olacağı değerlendirilmektedir.
- **Tazmin Durumu:** Hastalar kusurlu kullanım veya kasıtlı olarak sağlık kurum ve kuruluşlarının demirbaş, ekipman veya malzemelerine zarar vermeleri durumunda oluşan hasarı tazmin edeceklerinin bilinci içinde davranmaları gerektiği kaydedilmektedir.

3.7. HASTANELERDE HASTA MEKANLARI

Hastane mekanları tarihsel süreç içinde daima araştırma konusu olmuştur. Özellikle doğal günışığının hasta koşulları içerisine alınması ve tavan yüksekliğinin artırılarak ferah mekanlarda insanları tedavi etmek gibi yöntemlerin uygulanan tedavinin hızını ve kalitesini artırdığı erken zamanlardan itibaren fark edilmiştir (Bkz. Resim: 3.1.). 18. yy. ortalarında, hasta odalarının birer avlunun etrafına sıralanması tekniği de; hem günışığından en fazla miktarda faydalanmayı sağlamakta, hem de avluda oluşturulacak iç bahçelerin varlığı ile kendi alışık olduğu çevreden kopartılan hastaların doğa ile irtibat halinde olabilmelerine imkan tanıyacaktı. Hasta koşullarında hasta yataklarının başuçlarının pencere cephesine dik olacak şekilde yerleştirildiği aktarılmaktadır. (Rosenfield, 1969).

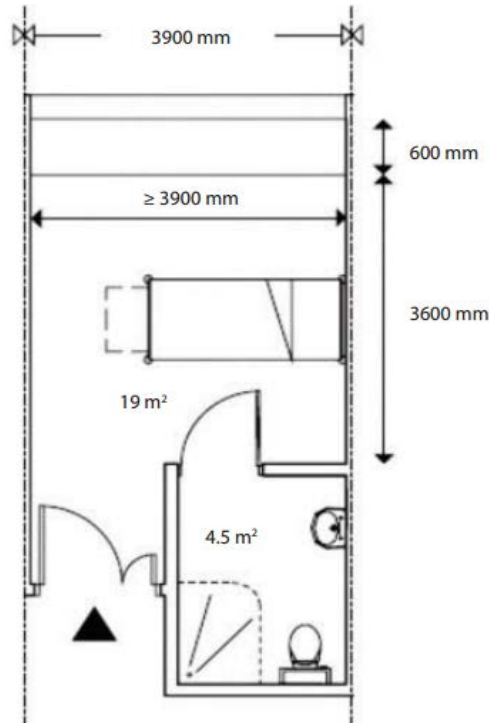


Resim 3.1.: Hasta Koşu, Guy's Hastanesi, İngiltere (www.thegarret.org.uk)

Gözlemin daha kolayca yapılabilmesi ve daha az personel kullanılarak daha fazla hastaya sağlık hizmeti verilmesi pratik düşüncesinin sonucu geliştirilen; insanları topluca bir koşunun içinde tedavi etme düşüncesi, hastane enfeksiyonlarıyla başatmadeki zorluklar ve yüksek hasta ölüm oranları nedeniyle 20. yy. başında terk edilmiştir. Hasta yatakları bu dönem sonrasında adına Rigs Koşu denilen tasarım sistemine göre, pencere cephesine paralel olarak konumlandırılmaya başlamıştır. Günümüzde halen uygulanan bu pratik sayesinde, önceleri hasta koşularının kapasitelerinin 20-30 yataklı hacimlerden; önce 6-10 yataklı hacimlere, daha sonra da 1-4 yataklı daha küçük hacimlere dönüştürüldüğü aktarılmaktadır (Kazanasmaz ve Düzgüneş, 2009).

Hasta odaları konusunda yürütülen araştırmalar çerçevesinde tek hasta yataklı odaların avantajlarının öne çıktığı aktarılmaktadır. Buna göre, hasta odaları planlanırken hasta yatağı ve çevresi için 16 m²'lik alana, lavabo ve duşun bulunduğu ıslak hacim için 4.5 m²'lik alana ve tıbbi müdahale malzemelerinin konduğu dolap ile refakatçi ve hasta kullanımına yönelik dolap için de 3 m²'lik alana ihtiyaç olacağı kaydedilmektedir (NHS

Estates, 2005). Verilen bilgiler göz önüne alınarak hazırlanan örnek tek hasta odası planı Şekil 3.4.'te gösterilmektedir.



Şekil 3.4.: Tek Yataklı Hasta Odası Planı (NHS Estates, 2005).

Hasta odalarının fiziksel hacimlerinin; hastanın mahremiyet hissi, hastada tesis edilecek güven duygusu, hastanede kalış süresi, beşeri ve tıbbi hizmetlere erişim, hastanın fiziksel hareketleri, refakatçi ihtiyaçları ve tıp personelinin erişimi gibi unsurlardan etkilendiği aktarılmaktadır. Genel dolaşım alanlarının da King Fund hasta yataklarının (223.5x100 cm ölçülerinde) geçişine imkan verecek biçimde yani, en az 2.5 m genişlikte olmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (NHS Estates, 2005).

Genel dolaşım alanlarının hastane yapısında kullanılan toplam alanın yaklaşık %20'si civarında olmasının verimlilik açısından en uygun oran olduğu, bu alanda yürütülen araştırmalarca öne sürülmektedir. Bu oranın üzerindeki dolaşım alanlarının, hastalara ayrılması gereken alanlardan temin edilmesi durumunsa hastane yapısının verimliliği

açısından olumsuz bir durum meydana getirdiği ifade edilmektedir (Kazanasmaz ve Düzgüneş, 2009).

3.8. III. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

Üçüncü bölümde birey olan insanın yeryüzündeki yeri ve rolü üzerinden insanın tanımı yapılmaktadır. İnsanoğlu, en önemli özelliği olan toplumsal birliktelikler kurma yeteneği sayesinde kendi gücünün üzerinde sonuçlar elde etmenin faydasını anladığı andan itibaren toplumsal hayattan bir daha kopmamıştır. Dolayısıyla insanla ilgili yapılan neredeyse tüm çalışmalar onun toplumsal yönünü dikkate almak durumundadır.

İnsan duyu, düşünce ve davranışlarını gözleme dayalı olarak değil, bilimsel verilerle inceleyen bilim dalı psikofiziktir. Bu sayede insanın etrafındaki iletileri algılama kapasitesi ile algılamanın gerçekleşmesi için gereken alt ve üst eşik sınırlarının dahilinde uyarıcılara verilen davranış tepkileri konusunda bilimsel sonuçlar üretilmektedir.

Bir arada yaşayan ve önce topluluk, sonra toplum oluşturan insanlar bu birlikteliklerde kültürel varlıklar meydana getirmiştir. Kültürel varlıklar insan topluluğunun yaşadığı coğrafyaya özgü nitelikler taşıyan, o topluluğun ortak değerlerini oluşturan maddi de olabilen, sözlü veya manevi niteliklere sahip topluluk kodlarıdır. Topluluğa ait kültür, aynı zamanda davranış kodlarını da içermektedir ve topluluk bireylerinin birbirlerine ve topluluk dışındaki diğer insanlara nasıl davranacaklarının bilgisini içermektedir. Kültür kavramı insan topluluklarının değer yargılarını etkileyerek içinde yaşadıkları yapısal çevreyi de biçimlendirmektedir. Bu biçimlendirme ani ve beklenmedik biçimde değil, kültürün tabiatı gereği kesintisiz bir süreç biçiminde oluşmaktadır (Gür, 2000). Biçimlendirilen çevre tanımının içinde yer alan mekânsal yapılar, tasarlanmaları aşamasında ait oldukları kültürel değerlerden beslenirler. Ancak mekânsal yapıların, inşalarının tamamlanması ve toplum tarafından kullanılmaya başlamalarından itibaren içinde buldukları toplumu etkileyen ve dönüştüren bir özelliğe sahip oldukları ifade edilmektedir. Ortaya konan her yapısal çalışma, hem tasarımcısının dünya görüşünü ifade etmesi bakımından; hem de toplumsal kültüre yaptığı katkı bakımından önemlidir.

Toplumsal yapı içinde, kültür bağı ile birbirleriyle ilişkili biçimde yaşayan insanlara sağlık durumlarıyla ilgili bir anomali olması durumunda hasta teşhisi konmaktadır. Hastalık kavramının, sağlıklı olma durumunun zıttı olmadığı ifade edilmektedir (Engel, 1977). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1998 yılında sağlık kavramını sadece hastalık ve sakatlık halinin olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlamıştır. Hastalık teşhisi konmuş insanlar, günümüzde sağlıklarına her biri farklı konularda uzmanlaşmış sağlık çalışanının görev yaptığı karmaşık sağlık yapılarında yeniden ulaşmaya çalışmaktadır.

Sağlık yapılarında yürütülen çalışmalar bir dizi kural ile insanlar-arası ilişkilerin düzenlenmesini mecbur kılmaktadır. Buna göre, 2002 yılında Avrupa Hasta Hakları Bildirgesinde hasta insanlara tanınan “Hasta Hakları” on dört madde olarak tanımlanmıştır. Hasta kimselere tanınan haklar karşılığında “Hasta Sorumlulukları” dokuz madde olarak düzenlenmiştir.

Bir sonraki bölümde toplumsal bir varlık olan insanın yaşamını sürdürdüğü hacimler, ‘**Mekan**’ başlığı altında incelenecektir.

4. HASTANELER VE MEKAN ETKİLEŞİMİ

Mekan kavramı en yalın biçimde uzayın çeşitli yapı elemanları ile sınırlanmış belirli ölçülere sahip kısmı olarak tanımlanabilmektedir. Her yapı benzer biçimde belirli bir ihtiyaca cevap vermek üzere çeşitli malzemelerle fiziki bir alanın etrafının çevrilmesi ile meydana gelmektedir. Mekanın boyutu ile ilgili bir tanım Alman akademisyen-mimar Jürgen Joedicke (1968) tarafından yapılmıştır, buna göre; insan tarafından algılanabilecek sınırlayıcı öğelerin yokluğunun mekan yerine **boşluk** kavramını oluşturduğunu, sınırlayıcı öğelerin sınırlayıcı olarak algılanamayacağı kadar küçük olmaları durumunun da **cisim** kavramını oluşturacağını ifade etmektedir. Bu varsayıma göre de, boşluk ve cisim kavramları mekan kavramının üst ve alt sınırları olarak değerlendirilmelidir (Joedicke, J. 1968).

Mekanı sınırlandıran öğelerin farklarına göre, mekanları mimari mekanlar ve doğal mekanlar olarak ayırmak mümkündür. Mekanı sınırlandıran öğeler duvar, kolon, tavan, döşeme vb. ise, **mimari** bir mekan söz konusudur. Mekanı sınırlandıran öğeler; yeryüzü, gökyüzü, ufuk çizgisi, ağaç sırası, çalılık vb. ise, **doğal** bir mekandan bahsedilmektedir. Toplu yaşamın gereği olan şehirler ise mimari ve doğal mekanların bir arada bulunduğu **karma** mekanlar olarak tanımlanmaktadır (Joedicke, J. 1968).

İnsan mekanla ilişki kurduğunda önce en somut ve fiziksel olanı algılar, somut mekanla bir deneyim yaşadıktan sonra mekan hakkında soyut bir tanıya ulaşır. Bu soyut tanı zihinsel olarak mekanın siyasal, ekonomik, kültürel ve simgesel kimliğine ulaşılma durumudur (Gür,1996). Mekan birçok farklı şekilde oluşturulur. Oluşan bu mekan, fiziksel, algısal, kavramsal, davranışsal, pozitif ve negatif mekan olarak farklı tanımlarla ifade edilir. **Fiziksel mekan**, metre küp cinsinden ölçülebilen, duvarları, döşemesi ve tavanı ile sınırlanan hacimdir. **Algısal mekan**, kullanıcıları tarafından gözlenen, yaşanan ve algılanan mekandır. **Kavramsal mekan**, algılanan mekanla bağlantılıdır ve kafamızın içinde taşıdığımız zihinsel harita ile belleğimizde depoladığımız plan olarak tanımlanır. **Davranışsal mekan**, davranış şekillendirici olarak tanımlanan ve davranış kalıpları belirleyen ya da öneren mekan türüdür. **Pozitif** ve **negatif** mekan kavramları ise, yine mekanın fiziksel nitelikleri ile ilgilidir. Buna göre, bir kabukla sınırlanan mekan pozitif

mekan olarak tanımlanır. Doğal yollarla oluşan mağaralar örneğinde olduğu gibi, önceden var olan bir kütleyle oyuk açılmasıyla oluşan mekan ise negatif mekandır (Leland, 2000).

4.1. MEKANIN ÖĞELERİ

Mimari mekanı oluşturan sınırların yatayda tavan ve döşeme, dikeyde ise duvarlar ve kolonlar olduğu göz önüne alındığında, bu sınır düzlemlerinin birbirleriyle bir geometrik düzen içinde var olmaları söz konusudur. Mekan sınır elemanlarının yüzey biçimleri ve ölçülerinin yanı sıra bu yüzeylere uygulanacak malzemelerin yüzey özellikleri de dikkate alınması gereken öğelerdir.

Mekanı oluşturan sınırlar sadece bakış açısını dikine kesen duvarlar değil, aynı zamanda tavan ve döşemeyi de kapsamaktadır. Mekanda tavan teknik gereklilikler ağırlıkta olarak planlanmakta ve gerçekleştirilmektedir. Döşeme ise ağırlıklı olarak düz, ancak bazen de değişik seviyelerde olabilmektedir. Basamaklar, rampalar ve bazen dik setler farklı seviyedeki döşemeleri birbirlerine ilişkilendirmede kullanılmaktadır.

Mekan öğelerinin arasında sayılabilecek bir diğer eleman sabit veya hareketli donatılardır. Donatı elemanlarının bir mekan içindeki düzenleri, ölçüleri, malzemeleri ve renkleri mekanın algılanmasına etki eder. Mekanın öğeleri arasında bahsedilmesi gereken bir diğer öğe ışıktır. Işığın bir mekanda olması sayesinde aydınlık, karanlık, vurgulu veya silik olma durumundan bahsedilmektedir. Işığın varlığı kadar, ışığın yönü, şiddeti ve rengi de başlı başına mekana etki eden unsurlardır. Fiziksel bir olgu olan ışık; gizlemek, açığa çıkartmak, mesafeleri az veya olduğunda fazla göstermek ya da gölge düşürmek gibi önceden tasarlanmış maksatlarla mekan içinde kullanılmaktadır (Altan, İ. 1993).

4.2. MEKANIN ALGILANIŞI

Akademisyen-mimar Utarit İzgi (1999) mekanı oluşturan öğelere değinmekte ve mekanın içten ve dıştan algılanmasında estetik değerlerin önemine işaret etmektedir. Estetik değerlerin algılanmasının ise duygularımızla ilgili iyi tanımlanamayan soyut bir yanı vardır:

“Mekan içindeki nitelikler nesnel yönden belirlenebilirken topolojik değişkenlere bağlı olan, kavranması duygulara yaptığı etkilerin algılanmasına ve sezilmesine dayanan, ölçülmesi olanaksız soyut bir boyuta sahiptir. Mekana özelliğini veren ve önemli olan da bu soyut değerdir” (İzgi, 1999).

Amerikalı mimar Tom Porter, The Architect’s Eye (1997) adlı çalışmasında algıladığımız mekandaki deneyimlerimizi hareketle özdeşleştirir. Hareketin duyularımızı etkilediğinden söz eder. Beş duyumuzla abartılı olarak duyumsadığımız hareketin, beden fonksiyonlarımızı uyaracağından, bunun da zihnimizde aşırı bir mekan duygusu uyandıracığından söz eder (Porter, 1997).

“...Bir mekana girdiğimizde her bir baş, göz ve beden hareketi hareketli bir görsel çevre oluşturur. Görüş alanımızın dışında olsa bile aşağı yukarı ve yanlara bakarak bilgi toplayabiliriz. Yakınıımızdaki ve uzak mesafelerdeki noktalar üzerine odaklanarak mekana uyum sağlarız. Gözler, mekansal bilgileri, herhangi bir duyu organından daha çabuk ve daha çok alırlar. Gözdeki görsel dikkat merkezi birçok hızlı göz sabitlemesi yaparak doku ve şekil hakkında bilgiler toplar ve çevredeki ani değişikliklere duyarlıdır. Mekanın akustik özellikleri ile ilişkili işitme, tanımlamaya ve yönlenmeye yardımcı koklama, doğrudan dokunma alıcıları (deri, zarlara ve kaslar), bizi çevreleyen ısı, nem, doku şekilleri nesnelere algılamamızı sağlar. Bu çeşitli duygusal girdilerin kombinasyonu, bize bütün bir görüntü vermek üzere görsel çevre algılamamızı kuvvetlendirir. Hatta bu algılama, kendi kişiselliğimiz ve motivasyonumuz tarafından, geliştirilecek şekilde değiştirilebilir” (Porter, 1997).

İnsan, içinde bulunduğu mekanı tüm duyularını kullanarak algılamaktadır. Edinilen bilgi insan zihninde kavramsal bir dile çevrilmektedir. Mekanla ilgili mümkün oldukça fazla algılama yapmaya yatkın insan için görme duyusuna diğer duylardan daha fazla ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (Güvenç, B. 1976). Herhangi bir mekanın algılanışı sırasında insan duyularının bu sürece katkıları görme %70, dokunma %25, işitme ve koku alma %5 olarak tespit edilmiştir (Scczot, F. H., 1972). Alman psikolog-fenomenolojist Wolfgang Köhler de (1956) insanın hiçbir uyarıcıdan ışıktan olduğu kadar etkilenmediğini ifade etmektedir.

Psikolojinin algı ile ilgili araştırma sahasının uygulama alanı başlıca mimarlık, içmimarlık ve grafik sanatlar gibi diğer görsel sanat alanlarıdır. Araştırma bulguları ortaya konan görsel çalışmanın; zevk ve beğeni gibi kişisel kriterlere göre değerlendirilmesinden çok,

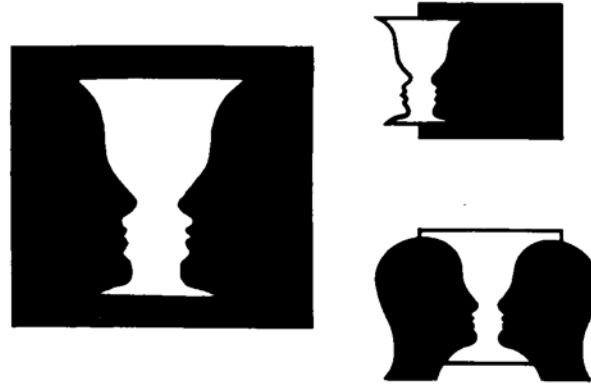
ölçülebilir, ampirik deneylerin sonuçlarına bağlı olarak yorumlanmasının yerinde olacağını ifade etmektedir. Gestalt tarafından ortaya konan bulgular, gözün görsel alan içindeki çeşitli öğeleri bütünün parçaları veya benzer oldukları gerekçesiyle bir araya toplamak eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. Bir mekan ile ilgili algılanan uygunluk veya uygunsuzluk duygumuna mekanda bulunan simetri, yön, tekrar, benzerlik, yakınlık, açıklık/kapalılık gibi temel tasarım ilkeleri katkıda bulunmaktadır.

Bir mekan algılanırken gözün retinasında oluşan imge ile algılanan simgenin sembolik anlamının birbirinden farklı olduğu belirtilmektedir. Retinada oluşan imgeler algılanan imge için veri üretmekle birlikte, algılanan imgeyi belirlemez. Edinilen algının bütün olarak, tekil halde insanın tüm duyuları ile algıladığının toplamından daha fazla olduğu öne sürülmektedir. Kişinin görme deneyiminin arka planında önceki yaşam deneyimleri bulunmaktadır. Kişinin gördüklerini anlamlandırması çabası esnasında eski deneyimlerinin belirleyiciliğinde gördüklerini anlamlandırma çabasına girdiği ifade edilmektedir. Tanımlanan bu bakış açısı duyma, hissetme, koklama ve tatma gibi diğer duyu organları için de geçerlidir. İnsan beyninin algıları değiştirdiği böylece insanın algıladığı bilgi ile hissettiği bilginin birbirinden farklı olması, beyin tarafından ortamdan edinilen bilginin bir kısmının öne çıkartılması ve böylece aynı ortamda farklı kişilerce bir diğerinden farklı deneyimler yaşanmasının mümkün olduğu öne sürülmektedir (Hergenhahn, 2009).

Mekanın algılanışı sırasında en önemli veri sağlayıcısı olan görme duyusu diğer duyularla da sürekli olarak desteklenmektedir. Mekanın algılanışı sırasında kimi zaman gözler kapatılmakta, ortamdaki sesler dinlenmekte ya da bir ortamın kokusu insanda görme duyusundan daha farklı deneyimlere yol açmaktadır. İnsanın ayaklarının altındaki dokular ve malzeme farklılıkları yürüme sırasında insana sürekli olarak yeni bilgiler sunmaktadır. Bazen yeni görülen bir malzeme dokunma ihtiyacını tetiklemekte, mekan içinde barındırdıkları ile insana salt görme duyusu ile elde edilebilecek bilgiden fazlasını sunmaktadır. Bir mekanın algılanması görsel, işitsel, dokunsal duyu ile duyu olmayan zihinsel bilişlerin karmaşık bir kombinasyonu olarak kabul edilmektedir (Hesselgren, S., 1969).

4.3. ALGIYA ETKİ EDEN YASALAR

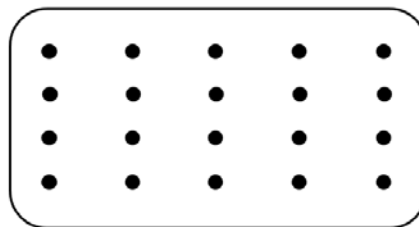
Psikolojik fenomenin ilkel algısal elemanlara bölündüğü zaman değil, iyi organize edilmiş yapısal bütünler halinde görüldüğü zaman anlaşılabilirliği tezi psikolojide algı konusunun temelini atan Gestalt tarafından öne sürülmüştür. Şekil 4.1.'de görülen şekile bakan kişinin algı sürecinin ilk görevi hangi görüntünün şekli, hangi görüntünün zemini oluşturduğuna karar vermek olacaktır.



Şekil 4.1.: Figür ve Zemin (Gerrig ve Zimbardo, 2015)

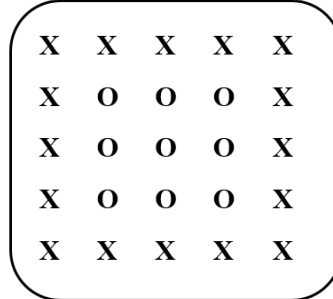
Gestalt terimi genel anlamda 'biçim', 'bütün', 'düzen' veya 'töz' anlamında kullanılmaktadır. Gestalt psikologları algı dizilişlerinin gestaltı nasıl etkilediği üzerine yaptıkları deneylerde, bütünü gerçekte parçaların toplamından daha farklı olduğunu ortaya koymuşlardır. Tek etmenin değiştirilmesinin dizilişin yapısına nasıl etki ettiği gözlemlenerek bir dizi yasa ortaya konmuştur. Buna göre aşağıdaki yasalar öne sürülmektedir:

1. **Yakınlık Yasası:** Birbirine en yakın elemanlar bir araya gruplanır. Bu gerçek nedeniyle Şekil 4.2.'de 4 satır değil, 5 kademedan oluşan kalın bir yatay sütun görülmektedir.



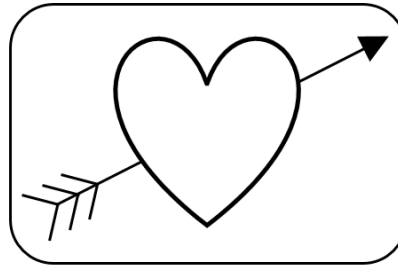
Şekil 4.2.: Yakınlık Yasası (Gerrig ve Zimbardo, 2015)

2. **Benzerlik Yasası:** Birbirine şekil olarak en çok benzeyen şekiller bir araya gruplanır. Bu nedenle Şekil 4.3'te karışık biçimde duran X ve O'lar değil, O'lardan oluşan bir kare ve X'lerden oluşan bir çerçeve görülmektedir.



Şekil 4.3.: Benzerlik Yasası (Gerrig ve Zimbardo, 2015)

3. **İyi Süreklilik Yasası:** kesintiye uğrasalar dahi aynı istikametteki çizgiler devam ediyor gibi deneyimlenir. Bu nedenle Şekil 4.4.'de birbirinden ayrı üç şekil değil, kalbin içinden geçen bir ok görülmektedir.



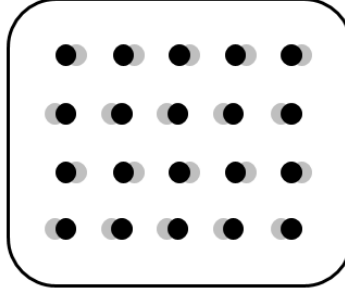
Şekil 4.4.: İyi Süreklilik Yasası (Gerrig ve Zimbardo, 2015)

4. **Kapanış Yasası:** Nesnelerin bütün olarak algılanma eğilimi nedeniyle beyin küçük boşlukları doldurma eğilimindedir. Bu nedenle Şekil 4.5.'te beyin kayıp parçayı doldurmakta ve kişi bütün bir O harfi görmektedir.



Şekil 4.5.: Kapanış Yasası (Gerrig ve Zimbardo, 2015)

5. **Ortak Kader Yasası:** Aynı yönde hareket ediyor görünen şekiller bir araya gruplanır. Bu nedenle Şekil 4.6.'da beş sütun değil, birbirinden uzağa hareket eden 4 yatay sıra görülmektedir.



Şekil 4.6.: Ortak Kader Yasası (Gerrig ve Zimbardo, 2015)

Algıya etki eden beş kuralın yanı sıra, insan akli mekânsal ve zamansal birleştirme olarak adlandırılan bir prensibe göre algıyı değiştirmektedir. Bu prensibe göre bir resme veya bir pencereden dışarıya bakıldığında, beyin imgenin tam görüş çerçevesi sınırlarında bitmediğini bilerek veya varsayarak imge üzerinde bir miktar 'genişletme' yapmaktadır. Bu durum **mekânsal birleştirme** olarak adlandırılmaktadır. Aynı durum anlık bir olay örneğinde de geçerlidir. Buna göre beyin farklı zamanlarda bir olaya odaklandığında zaman içinde farklı anlarda gerçekleşen olayları birbirine bağlama eğilimindedir. Bu durum da **zamansal birleştirme** olarak adlandırılmaktadır. Öyleyse, algılanan nesnelere veya genel anlamda dünya, insan beyni tarafından manipüle edilmekte ve insanın gerçeklik algısı bu sübjektif yolla oluşturulmaktadır (Gerrig ve Zimbardo, 2015).

4.4. MEKANIN DİLİ (SEMİYOLOJİ)

Mimariye modern veya dekonstrüktivist biçimde yaklaşan Amerikalı mimar Peter Eisenman (1977), mimarlığın anlaşılabilmesi için mimarlığın okunmasının gerekliliğinden söz etmektedir. Mimarlığın ikinci bir dil olduğu ve mimari eserin anlaşılmasının bir metin gibi okunması ile mümkün olabileceğini savunmaktadır (Eisenman, 1977). Mimarının bir metin gibi okunabileceği düşüncesi ardında Fransız felsefeci Jacques Derrida'dan (1997) esinlenen alt yapısalcı (deconstructivist) okuma eğilimi bulunmaktadır. Mimari, farklı bilinç düzeyinde ve duyumsama yeteneğinde kişiler için farklı anlamlar ifade eder. Çeşitli yazarlar özellikle mekanı yaratan/tasarlayan ile onu kullanan ya da uzaktan okuyan arasındaki anlamsal farklılık üzerinde durmuşlardır (Uluoğlu, 1990).

Mekan, tasarımcının bilinçli olarak oluşturduğu, kullanıcının ise farkında olmadan katıldığı bir iletişim ortamıdır ve mekan dili, tasarımcı ile kullanıcı arasında bir iletişim aracıdır. Tasarımcının belleğinde olan mekanın, somut mekana dönüşmesi sırasında düşünce dili ile mekan dili arasında bir çeviri işleminin olması önem kazanmaktadır. Tasarımcı, mekan aracılığı ile kullanıcıya ulaşabilmek, bunun için de kendini ifade edebilmek istemektedir. Anlatımın gerçekleşebilmesi için, bellekte kurulan tasarıda, kullanılan kavramlara karşılık gelen imgelerin ve kullanıcının algılayıp çözümleyebileceği anlam taşıyan mekansal öğelerin bulunması gereklidir. Böylece, düşünürken kullanılan mekan dilinin, uygulanırken kullanılan mekan diline çevrilmesi gerçekleşmiş olmaktadır. Tasarımcı bir anlamda çevirmenlik yaparken, kullanıcı da bir anlamda okuma eylemi yapmaktadır (Yanarates, 2003). Mekan, kullanıcıya göre insan etkinlikleri ve davranışları için hazırlanmış göstergelerden oluşur. Göstergelerin doğru anlamı, kullanıcının yaşadığı kültürden, kişisel birikimlerinden edindiği deneyimlerle mantıksal ilişkiler kurularak elde edilmektedir (Gür, 2000). Akademisyen-içmimar Didem Baş Yanarates (2003) göstergeler hakkında şöyle düşünmektedir:

“Yaratılmak istenen mekana ait, tasarımcının zihninde uçuşan kelimeler mekansal öğelerle anlam karşılıklarını bulmaktadır. Tasarlama sürecinde, bütün öğeler düşünce adına uygun sözcüklere çevrilebilen göstergelere dönüşmektedir. Böylece, zihinde başlayan yaratım süreci, kullanıcıya sunulan mekansal bir bildiri halinde sona ermektedir. Tasarımcının bilinçli olarak, kullanıcının ise farkında olmadan katıldığı iletişim ortamı içinde mekan dilinde okunanlar aslında, mekana ait tasarım düşüncelerinin sesli ifadeleridir” (Yanarates, 2003).

Göstergeleri konuşurmaya ve anlamları keşfetmeye olanak veren bilgi ve tekniklerin bütünü “hermeneutik–yorum bilim” olarak adlandırılmaktadır. Anlam oluşturmak için gereken göstergelerin nerelerde olduklarının farkındalığı, onları gösterge yapan şeylerin neler olduklarını tanımlamaya, bağlarının ve bağlantılarının kurallarını öğrenmeye olanak veren bilgi ve teknikler ise “semiyoloji” olarak adlandırılmaktadır (Foucault, 1994).

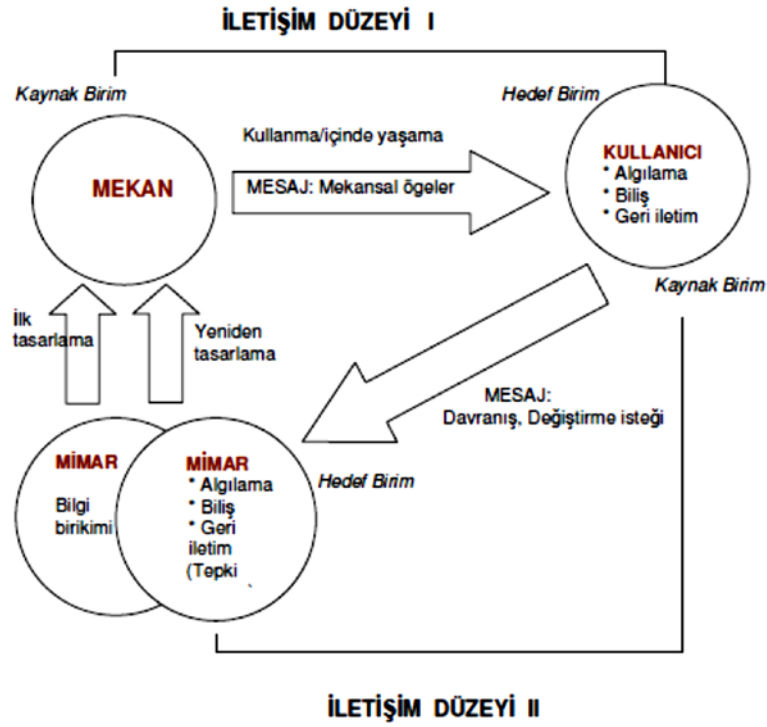
Mekanı kurgulayan tasarımcı, oluşturduğu mekan dili ile kullanıcıya düşüncelerini aktarmaktadır. Mimarlık da konuşulan diller gibi bilgi ileten bir araçtır. Mekana gösterilen davranışsal tepkiler aslında, tasarımcının kodladığı anlama yönelik olarak gerçekleşmektedir. Tasarımcının önceden kodladığı anlam, içinde yaşadığı toplumun işlevsel beklentileri, mantıklı yapı ve anlaşılabilir biçim anlayışı ve kültür gibi etkenlerden meydana gelmektedir (Gür, 2000).

Semiyoloji, tüm nesne ve kültür biçimlerinin anlam taşıyan sistemler olduğunu öngörmektedir (Yücel, 1981). Amerikalı mantıkçı-matematikçi-filozof Charles S. Peirce (1955), mantıklı ve biçimsel göstergeleri “herhangi bir kimse için, herhangi bir ölçüde ve herhangi bir amaçla bir şeyin yerini tutan herhangi bir şey” olarak tanımlamaktadır. Stuttgart okuluna bağlı semiyolojistler, iletişim ve bileşim kavramlarıyla iç içe gelişen bir gösterge bilim (semiyoloji) geleneğini oluşturmuşlardır (Yücel, 1981). Peirce (1955), göstergelerin üç ögesine dikkat çekmektedir;

1. Göstergenin yerini tuttuğu şey, nesne;
2. Göstergenin dayandığı alan, ortam;
3. Göstergenin yorumlayıcı, alıcı.

İletişim kuramı, mesajın çıktığı kaynakla yöneldiği hedef arasındaki iletişim sürecini incelemektedir. Bu süreçte, bir kaynak birim, bir hedef birim ve bunları çevreleyerek içine alan bir de iletişim ortamı bulunmaktadır. İletişim kuramı ile semiyoloji kuramı arasında bir benzerlik vardır; iletişim sürecindeki kaynak birim, semiyolojik kuramdaki nesneye, iletişim ortamı göstergenin dayandığı alana, hedef birim ise yorumlayıcıya karşılık gelmektedir. Bu çalışmada oluşturulan mekan-kullanıcı iletişim döngüsünde (Şekil.4.7.) ise, kaynak birim yani nesne, mekansal ögeler; iletişim ortamı yani alan, mekan; hedef birim yani yorumlayıcı ise kullanıcıdır.

MEKAN-KULLANICI-TASARIMCI İLETİŞİM DÖNGÜSÜ MODELİ



Şekil 4.7.: Mekan-Kullanıcı-Tasarımcı İletişim Döngüsü Modeli (Günel, B. 2015).

Göstergelerin içerdikleri anlamlarla olan ilişkileri, iletişimin gerçekleşmesinde belirleyici işleve sahip bulunmaktadır. Sunulan göstergelerin kodu (şifresi) alıcı tarafından çözülüp iletişim sağlandığında, yorumcu birtakım kararlar alması ve eyleme geçmesi için uyarılmış olmaktadır. Göstergelerin anlamsal içeriğinin kavranamaması halinde ise yorumcudan herhangi bir tepki beklenemeyeceği ifade edilmektedir. Bu nedenle, bilgilenmenin gerçekleşebilmesi için göstergelerin biçimsel yapısıyla, içinde gerçekleştiği ortam arasında güçlü bir ilişki olmalıdır (Yücel, 1981).

Gür (2000) semiyotik çalışmaların yararlarından,

"...tüm insan yapısı çevre, kullanıcısının, ustasının ve sponsorunun değer ve normlarını kapsayan bir anlam iletir; kültürel normların kabul edilmesiyle kodlanmış anlamlar yapılanırlar; bu kodlanan anlamlar onay gören davranışsal tepkileri doğuran ipuçlarıdır; bu ipuçları fiziksel izler olabildikleri gibi, tamamen zihinsel süreçte yoğunlaşmış biliş şemaları da olabilirler (Kent, 1991, Gür, 2000) "

diye söz etmektedir.

Görüldüğü gibi burada da bir iletişimden söz edilmektedir. Semiyolojik çalışmaların ortaya koyduğu yukarıdaki sonuçlar, mekan ile iletişim içinde olan kullanıcının algı-davranış sürecini araştırırken mekanın bilgi ileten göstergelerini ortaya çıkarmakta önemli rol alacaklardır. Bu sonuçlar kullanıcının algısını etkileyecek ve kullanıcıyı davranışsal tepkilere yöneltecektir. Mekan-kullanıcı iletişiminde, mekanın doğru algılanması bakımından göstergelerin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Aynı zamanda, göstergelerin mesaj yüklü oldukları ve 1. iletişim düzeyinde sözü edilen mesajlar oldukları kaydedilmektedir.

4.5. MEKANDA ANLAM

Mimar-mekan-kullanıcı iletişim süreci içinde incelenen mekan ve onun öğeleri fonksiyonel işlevlerinin yanı sıra anlamsal işlevleri de barındırmaktadırlar. Oluşturulan iletişim döngüsünde mimarın topluma göndermek istediği “bilgi” tasarlanmış ve uygulanmış yapısal çevre olarak şekillenmektedir. Yapısal çevre, toplumun kavrayabileceği anlamlarla şekillendiğinde mimar-mekan-kullanıcı iletişiminin sağlıklı bir işlerliğe kavuşacağı kaydedilmektedir. Toplumun kavrayabileceği anlamlar, içinde yaşanılan kültür normlarında, kullanıcıların eğitim ve sosyal seviyelerinde hayat bulmaktadır. Her şeyden önce mekanı tasarlayacak mimarın bunu iyi kavraması gerekmektedir. Anlam kavramı, kırk yılı aşan kişisel ve sanatsal birlikteliklerinde Japon mimar-sanatçı Shusaku Arakawa ve yazar-sanatçı Madeline Gins (1979) tarafından “herhangi bir şeyi düşünme isteği, tam olarak bilinmeyenden mevcut anlamı çıkarmak, anlamın farkına varılması” şeklinde tanımlanmıştır.

İsveçli akademisyen-mimar Sven Hesselgren (1969) ise anlam duygusunun bilinçte ilk zihinsel işlem olduğunu ifade ederek,

“...mimari biçimle ilgili olarak oluşan anlam, çevreye özel bir karakter kazandırarak onun tanınmasını, tariflenmesini (kimlik kazanmasını) sağlar”

demektedir. Yapısal çevre, bireylerin niteleme, değer ve yargılarına bağlı anlam yüklerini taşımaktadır ve anlamlar, yapısal çevrenin görünen biçimiyle özdeşleşmiştir. Bu anlam yüklerine estetik duygular, birey ve toplum psikolojisi, kültür, tarihi geçmiş, sosyal yaşam,

dini görüşleri kapsayan inançların oluşturduğu dünya görüşünü ilave etmek yerinde olacaktır. Akademisyen-mimar Şengül Öymen Gür'e (2000) göre;

“Çevremizdeki her şeyin varlığını yarara dönüştürürüz. Bunu, bilgi ve deneyimlerimizle, bazı çağrışımlarla ve gereksinmelerimiz doğrultusunda yaparız. Üzeri örtülü ve tabakların bulunduğu masada yemek yeriz, mutfaktaki tencerede yemek pişiririz. Masa veya tencere ile ne yapacağımızı biliriz. Bu nesnelere, toplumsal bellekte bir duyuma işaret ederken bizi bir kullanıma davet ederler. Bunlar, içinde bulunduğumuz toplumun kültürüne ait kavramlara, değerlere, kabullere, ortak duygulara çağrışım yapar ve onların etkilerini uyarırlar. Buradan hareketle, anlamı 'bir nesneye veya düşünceye duygusal değer ve kaygı veren özellik' olarak tanımlıyoruz” (Gür, 2000).

Buradaki duygusal değer ve kaygılar ise tatmin olma ya da olmama şeklinde kendini göstermektedir. Yanarateş'e (2003) göre ise;

“Bir tasarım ürünü ortaya çıkarılırken kullanılan “yaratım dizgeleri”, önce düşünce ve yorum daha sonra ifade edebilme ve anlatım süreçlerinden oluşur. Tasarımcının ürettiği bütün düşünce ve yorumlar ancak, mekansal veya maddesel somut bir düzende ifade kazandığı zaman anlatım değeri oluştururlar. Mekansal veya maddesel somut öğeler, fark edilebilir, okunabilir biçimsel bir kod durumundadırlar. Böylece, kullanıcının da katıldığı bir iletişim ortamı yaratılmış olur. Kullanıcı, iletişim ortamı içinde bu kodları okur ve değerlendirir. Okuma eylemini, kullanıcı mekanla ilk karşılaştığı anda, ilk görsel algılama süreci sonunda gerçekleştirebilmelidir. Tasarımcı anlatımını, kullanıcıya en doğru ve en hızlı biçimde ulaştırabileceği ifadeleri kullanmalıdır” (Yanarateş, 2003).

Gönderici – mesaj – alıcı ilişkisinde, gönderici olarak tasarımcı, mesaj olarak mekan ve mekansal öğeler, alıcı olarak da mekan kullanıcısı düşünüldüğünde, tasarımcı yarattığı mekan aracılığı ile insanlara mesajlar verdiği önerilmektedir. Bu mesajları okuması beklenen kullanıcıların doğru anlamı yakalayabilmeleri için, mesajın iletildiği dilin açık, anlaşılabilir ve algılanabilir olması gerekmektedir. Başka bir deyişle, tasarlanmış mekan, mesaj niteliği taşıırken, iletişimin sağlanabilmesi için gönderici (tasarımcı) ve alıcının (kullanıcının) işaret dağarcıklarının ortak bir yanı bulunması gerektiği vurgulanmaktadır. Mesaj alış-verişinin işlerliğinin olabilmesi için, alıcı tarafından bu anlamın tanınabilmesi ve anlaşılabilmesi gerekmektedir. Tasarımcı için çevre, mekanlardan ve simgelerden oluşurken, kullanıcı için ise çevre, ancak içinde çeşitli eylemlerin gerçekleştirilebildiği, duygularla yüklü bir araç olarak tanımlanmaktadır.

Rapoport'a göre anlamlar, açık seçik ve güçlü olduklarında daha kolay iletilirler, dolayısıyla anlaşılabilir ve mutlaka kodlanabilir olmaları gerekmektedir. “Anlaşılabilirlik” kaygısının tasarımcının (mimarın) hedefi olması gerektiği düşünülmektedir. Toplum kültürünün bir formu olan mimarlık, toplum üyeleri arasında bir iletişim aracı ise, mimarın, toplumun bütün iletişim kodlarına hakim olması ve kullanıcıyı göz önünde bulundurarak

tasarımlarını hayata geçirmesinin önemi vurgulanmaktadır. “Kod”ların, fiziksel ya da fizyolojik olarak tanımlanamamalarına rağmen, anlamsal biçimi olan mantıksal yapılar oldukları düşünülmektedir. Kodu oluşturan etmenlerin, duygusal yükler, içeriğe bağlı olan şeyin açıklığı, kültürel durum, konunun kişiselliği ve güncelliği olduğu vurgulanmaktadır. İnsanların, mimari ifadelerin tanıdıkları, yaşamlarını sürdürdükleri kültürel varlık içinde bildikleri bir kod halinde verilmiş olmasını tercih ettiklerinin altı çizilmektedir (Rapoport, 1990).

Psikolog Cüceloğlu (1993) algıyı, ‘çevredeki nesne ve olaylara anlam verme süreci’ şeklinde açıklarken, Neisser (1976), çevredeki en algılanabilir nesne ve olayların ancak “anamlı” olanlar olabileceğini savunmaktadır. Tasarımcı tarafından yüklenen anlamı, açıkça algılanabilen mekanlarda kullanıcı tatmininden söz edilebilmektedir. Ancak, anlamın doğru iletildiği, algılamanın doğru ve yeterli yapıldığı mekanlarda, kullanıcı tatmini irdelenmektedir. Bu nedenle, Mekan – kullanıcı iletişim sürecinde mekanın bilgi ileten göstergelerinin anlamlı ve anlaşılabilir olmaları gerekmektedir. Gerçek mekan ile algılanan mekan arasındaki farkın en aza indirilmesinde mesaj niteliğindeki mekan öğelerinin, anlamlı göstergelerle yüklü olmalarının mesajın iletilmesindeki önemi vurgulanmaktadır.

Bir çevrenin, iki grup anlamla yüklü olduğu önerilmektedir. “Birincil duyular” olan ilk grup anlam değişmez olup, sürekli ve evrensel olarak kabul edilmektedir. İletişim amaçlı olmayan birinci anlam türünün gösterim ve işaret amaçlı olduğu önerilmektedir. İkinci grup ise anlamın içeriği olarak tanımlanmaktadır. Sosyal kullanımdan gelen ve geleneksel olan ikinci grup anlamın iletişim amaçlı olduğu için görsel kodlara bağlı olarak açığa çıktığı ifade edilmektedir (Jenks, 1970).

4.5.1. Mekansal Anlamın Düzeyleri ve Tipleri

Amerikalı akademisyen-mimar Robert G. Herschberger (1974) çalışmalarında, sunumsal anlam ve tepkisel anlam olmak üzere iki anlam kategorisi tanımlamaktadır:

“...Yapısal çevre ile ilgili her şey, insan belleğinde idrak, kavram ve fikir olarak ortaya çıkan, sunusal anlamdır. Önce dikdörtgen objeyi görürüz, onun bir kapı olduğunu tanırız, bronz kolun serinliğini hissederiz ve bu böyle devam etmektedir. İç sunulara karşı gösterilen tepkilerden tepkisel anlam oluşmaktadır. Bunlar duygusal, değerlendirici, eleştirici olabilir; içimizde bir sızı oluşması, iğrenme veya hor görme hissi, sunulan çevrenin değeri hakkındaki hükümler veya bunun hakkında neler yapılması gerektiği gibi” (Herschberger, 1974).

Sunusal ve tepkisel anlamlar, davranışları öngörme açısından önemlidirler. Tasarımcı, o çevrenin kullanıcılarının okuyacağı sunusal anlama iyi hakim olmalı ve kullanıcıların, sunulanlara nasıl tepki göstereceğini öğrenmelidir (duygular, verilen değerler, hükümler). Aynı zamanda tasarımcının, insanların o çevre içinde nasıl davranacağı ve hatta nasıl hissedeceği hakkında akla yatkın tahminlerde bulunabilmesinin önemini altı çizilmektedir (Herschberger, 1974). Sunumsal ve tepkisel anlamın alt kategorileri olarak sunumsal, göstergesel, duygusal, değerlendirici ve hüküm verici anlamlara da değinmek yerinde olacaktır. Hersberger (1974), bu kategorileri aşağıdaki gibi özetlemektedir.

4.5.1.1. Sunumsal Anlam (Presentational Meaning)

Bu anlamlama biçiminin ilk adımı, geometrik formun tanınmasıdır. Sunumsal anlamın ikinci kademesinde bir isim vermektense çok bir açıklayıcı, sıfat koyucu bir kategoriye sokmak söz konusudur. Daha sonra da, objenin yakında veya uzakta olduğu boyutları, hatlarının keskin görünmesi, dokusuna vb. bakarak anlam çıkartmaya çalışılmaktadır.

Objenin durumunu insan kendi durumuna göre tespit edecektir. Objeyi ortamından ayırarak, şeklini, yapısını, rengini algılayarak, bireyin kendisine ve diğer objelere göre statüsünü belirleyerek ve daha önceden tanınan diğer objelere göre kategorize ederek objenin sunumsal anlamı belirlenmektedir. Objenin değerlerinden kişiye en tanıdık olanları üzerinden anlamlamanın yapıldığı ifade edilmektedir. Sunumsal Anlamın mekanların görsel nitelikleri ve mekan kullanıcılarının geçmiş tecrübeleri doğrultusunda mekanlara anlam yüklemek açısından kullanıldığı ifade edilmektedir.

4.5.1.2. Göstergesel Anlam (Referensial Meaning)

Bazı formlar, objeler ve olaylar hakkında çağrıştırdıkları düşünceler yüzünden, kendi fiziksel varlıklarından daha önemli mesajlar taşımaktadırlar. Bu çeşit formlar başka objeler veya olaylar için bir işaret veya bir sembol rolü oynamaktadırlar. Göstergesel anlamın seviyeleri çeşitlilik göstermektedir. En temel seviye, kullanımın tanımlanmasıdır. Bir binada çalışmak, hareket edebilmek, yaşayabilmek için mekanların, biçimlerin ve renklerin kullanılabilir şekilde tanımlanmasının önemine dikkat çekilmektedir. Bir konut, kullanıcıya, orada bir ailenin yaşayabileceğini anlatabilmelidir. Aynı zamanda da yıkılmayacağı ve kötü havalara karşı koyabileceğini ve iyi yaşama koşullarını sağlayabileceğini de gösterebilmelidir. Aktarılmak istenen her iki mesajdan birinde başarısız olunursa o mekan kullanılmayacaktır. Mimari öngöründe sunumsal ve göstergesel anlam arasındaki ayırım büyük önem taşımaktadır. Eğer bir mimar öncelikle tasarladığı şeyin sunumsal anlamına eğilirken (biçim, renk, durum), kullanıcı göstergesel anlamına önem verirse (kullanım, amaç, değer), mimar ile kullanıcısının duygusal, değerlendirici ve hüküm verici tepkilerinde birbirlerinden farklı sonuçlara ulaşmalarının mümkün olacağı varsayılmaktadır.

4.5.1.3. Duygusal anlam (Affective Meaning)

Çevrenin insan üzerindeki etkileri bir kez biçim kazandıktan sonra, bu etkilere karşı insan iç tepkilere sahip olabilmektedir. Bu tepkilerden birisi duygusal anlam olarak nitelendirilmektedir. Çevrenin etkilerinin kullanıcıları heyecanlandıracağı, memnun edeceği, sıkacağı ve bunun gibi sayısız duyguya sebep olacağı düşünülmektedir. Kullanım amacının bilinmediği bir çevre ile karşılaşıldığında dahi, biçimsel özelliklerin bir çevrenin olumlu olarak algılanmasına yardımcı olacağı öngörülmektedir. Duygusal anlam, aynı zamanda, deneyime bağlı öğrenilmiş bir tepkidir. Otonomik tepkilerden farklı olarak, psikolojik olarak benzer yapıdaki bireyler arasında algı farklılıklarının olacağı düşünülmektedir. Konu hakkında bilgisi olmayan birinin heyecan verici bulduğu mekan veya yapı, bir mimara sıkıcı gelebilmekte; bu durumun tam tersi de mümkün olabilmektedir. Tasarımcının planladığı binanın kullanıcısının kültürel değerlerinden haberdar olmadığı durumlarda, ortaya konan tasarımın kullanıcıları ne şekilde etkileyeceği önceden belirlenememektedir. Benzer bir durum bir sonraki maddede incelenecek olan değerlendirici anlam için de geçerlidir.

4.5.1.4. Değerlendirici Anlam (Evaluative Meaning)

Çevrenin insanlar üzerindeki etkilerine ve belki de etkin anlama tepki olarak ortaya çıkan ikinci bir çeşit anlam da değerlendirici anlam olarak tanımlanmaktadır. Bu anlam türünün ani duygularla ilgili olduğu kaydedilmektedir. Bir çevreden önce heyecan duyulup, etkilerinden hoşnut kalınabilir; ancak aynı kişide bir müddet sonra söz konusu çevrenin aslında sıkıcı ve hoş gitmeyecek bir yer olduğu fikri yerleşebilmektedir. Bir mekan sübjektif olarak değerlendirildiğinde, o mekanın öncelikle sunumsal anlamına (biçimsel), sonra da göstergesel anlamına (fonksiyonallite) bakıldığı kaydedilmektedir. Bireylerin önceki deneyimlerinden gelen değerler, kriterler, standartlar, o kişiler tarafından yapılacak değerlendirmede odak nokta olmakta ve bunlar göz önüne alınarak çevrenin hoş olup olmadığına, güzel, çirkin, asil, sıradan olduğuna karar verilebilmektedir. Burada amaç ve değerlerin, yapılan değerlendirmede üst düzey öneme sahip olduğu ifade edilmektedir. Bir turist, bina veya şehirleri oranın yerlilerinden daha farklı değerlere göre yargılamaktadır. Benzer şekilde, bir bakım işçisi, bir binanın detaylarını bir sanat tarihçisinden daha farklı değerlendirecektir. Böylece öngörü iki kat daha zorlaşmaktadır, zira tasarımcıların homojen yapıda gruplar için pek sık tasarım yapmadıkları düşünülmektedir. Çoğunlukla amaçları, ilgi alanları, etkinlikleri uyuşmayan ve söz konusu bireysel farkların ortaya çıkarılarak tasarım aşamasında hesaba katılması gereken farklı kullanıcı gruplarının varlığı aktarılmaktadır. Tüm kullanıcıları tatmin edecek bir tasarımı üretmenin zorluğuna dikkat çekilmektedir.

4.5.1.5. Hüküm Verici Anlam (Prescriptive Meaning)

Yeni bir çevreyi değerlendirmek üzere giren kişi duygusal olarak etkilendikten, etki ve yol açtığı duygular değerlendirildikten bir sonraki aşamanın ne yapılacağına karar vermek olacağı öngörülmektedir. Buna hüküm verici anlam denilmektedir. Hüküm verme ifadesinin mimari mesleğindeki anlamının, bir hükmün konuşma dilindeki gibi olmadığı; örneğin; "Yetkili olmayanların girmesi yasaktır!" ifadesindeki gibi emir, temenni veya direktif içermediği vurgulanmaktadır. Mimari tasarımın, bir yapının formlarının düzenlenmesi ve kullanışlı olması ile ilgili hüküm verici bir anlama sahip olduğu ifade edilmektedir. Kişi sola dönmemesi ve sağdaki daha geniş, daha güzel yolu kullanması yönünde bir sonuca varacak şekilde yönlendirilmektedir. İlgili anlam, ne türde hareket edilmesi gerektiği yönünde bir hükümdür. Öyleyse hüküm verici anlam, davranışın yönlendirilmesi olmaktadır. Hüküm verici anlam kavramı dahilinde, anlamın daha

önceden bahsi geçen tüm diğer seviyelerle ilgili olduğu kaydedilmektedir. Harekete geçmek için, sadece biçimi tanıyabilmenin yeterli olmadığı kişinin en azından kullanımı da tanımasının önemi vurgulanmaktadır. Toplum tarafından çevreye yüklenen değer de kullanıcının hareketini etkilemekte; yürüyüp koşmasını, saygı ile veya umursamazca hareket etmesi gibi sonuçlara neden olacağı önerilmektedir. Söz konusu davranış biçimlerinin kişinin toplum değerlerini ne derece benimsediğinin göstergesi olacağı ifade edilmektedir. Edinilen ani duygusal izlenimin de kullanıcının kararlarını değiştirebileceği, sonuçta tüm etki, duygu ve değerlendirmelerin ışığında, kullanıcının ne yapacağına karar vereceği ve aldığı kararı uygulayacağı ifade edilmektedir. Özellikle hastane yapılarında bu tür davranışı yönlendirici anlam ifade edecek iletilerin bulunmasının yararlı olacağı kaydedilmektedir.

4.5.2. Mekanın Anlam İfade Eden Öğeleri

Parçalar ve bütün arasındaki yapısal bağlantılar, Gestalt kuramı ile açıklanmaktadır. Buna göre, “aralarında dinamik bağlar olan parçaların bir araya geliş biçimi, bütüne anlam kazandırmaktadır. Parçalar ya da birimler tek tek bir şey ifade etmemekte, biçimsel kurgulama ilkeleri ve alan kuvvetleri yardımıyla bütünlük etkisi güçlenmektedir.” (İzgi, 1999). Kurgusal bir bütünlük içinde elde edilmiş mimari ürün, kurgusunda yer alan işlev, malzeme, teknik, yapım, strüktür, kütle, mekan, biçim, oran, stil vb. soyut ve somut tüm bileşenlerin bağımsız kimliklerinin dönüşüm geçirmesiyle gerçekleşmektedir. Bütünü oluşturan tüm bileşenler, birliktelik ve ayrılmazlık ilkeleri ile, kurgusal bütünün kavramsallığı içinde ortak, yeni ve tek bir kimlik yaratmaktadırlar. Mimari ürünün bütünlüğü, bileşenlerin nitelikleri, sayıları, öncelikleri, önemleri, oranları, karşılıklı ilişkileri birlikte kurgulanarak elde edilmekte ve anlam kazanmaktadır (İzgi, 1999). Tüm çalışmalarda elde edilen artı değerle mekan, algısal anlam üstlenmeye başlamaktadır.

İzgi (1999), mekan kavramını aşağıdaki gibi tanımlamaktadır;

...En geniş anlamıyla mekan, insanın bir amaca yönelik olarak doğal çevrede gerçekleştirdiği bir sınırlama ve yapay bir değişimdir. Bu değişim, ya bir alanı basit ve yüzeysel bir sınırlama ve düzenleme ile doğal ortamdan ayırma, ya da üç boyutlu bir sınırlama ile oluşturulan boşlukla doğal ortamı farklı bir yapısal ortama dönüştürmedir (İzgi, 1999 sf.93).

Sınırlama ve düzenleme eyleminin, her türden bitki, ağaç vb. doğal öğelerden yararlanılarak ya da yapay olarak üretilen kafes, perde, pano, duvar vb. öğeler kullanılarak gerçekleştirileceği varsayılmaktadır. Bir yapı, çevresiyle, kütlesiyle, içine girildiğinde ve kullanılmaya başlandığında da, mekanın genel kurgusu, öğeleri (bileşenleri), ayrıntıları ve donatılarıyla, amaçlanan işlevi karşılayarak yararlılık; konfor, estetik ve plastik düzeyleriyle tinsel etki veya doyum sağlamaya yönelik tasarlanmaktadır. Yapı elemanlarının (bileşenleri), mekan kurgu öğeleri olarak mekanı oluşturmada etkin ve katılımcı olabilecekleri gibi bağımsız, ikinci derecede ve yardımcı öğe niteliğinde kalabilecekleri ifade edilmektedir. Yapının bütünü, bütünü oluşturan bölümlerin kurgusu ve öğeleri bazen tek, bazen de birden çok gereksinimi yerine getirmeyi amaçlayarak biçimlendirilmektedir (İzgi, 1999).

Mekansal öğeler denilen yapı elemanları, ölçüsü, biçimi, stili, bezemesi, rengi, kompozisyonu ile mekanı tanımlayan bileşenlerdir. Bileşenlerin sahip olduğu bu özellikler, insanların tatmin duygusunu besleyen ve haz alma amacını ön plana çıkaran biçimsel değerlerdir. Bu nedenle, doğrudan mekanın psiko-sosyal kalitesini etkileyen nesnel unsurlardır.

Mekanın bir bütünlük içinde kazandığı anlam, mekânsal öğelerin birlikteliğinden oluşan bir anlamdır. Bu anlamı oluştururken, mekânsal öğelerin tek tek her birinin biçimi, ölçüsü, stili, bezemesi, rengi, birbirleriyle olan ilişkilerindeki en küçük değişiklik, mekan algısını etkileyerek kişiyi tatmin olma ya da olmama davranışına yöneltir. Dolayısı ile ürünün (bütünün) psiko-sosyal kalitesini belirler. Diğer yandan, mekan ile kullanıcı arasındaki iletişim, biçimi, ölçüsü, stili, bezemesi, rengi, kurgusu ile mekansal öğelerin anlamının algılanmasıyla başlamaktadır.

Gür'e (1996) göre, "mekan ölçüsünün saptanması, insan-eylem-donatı ilişkilerinin boyutlandırılmasıdır." demektedir. Ölçü kavramı, işlev kavramı ile birlikte düşünülmelidir. İşlev ve ölçünün birbirinin sonucu veya nedeni olduğu ifade edilmektedir (Arcan ve Evcı, 1999). Bir yapının tasarımında ve üretiminde "ölçü", o yapının kurgusunu, standardını, kalitesini belirleyen ve sağlayan bir araçtır. Yaşamın sürdüğü yapısal çevre, mekan kurgularının yanı sıra, ölçükleri, birbirleri ile ilişkileri ve orantıları ile insanları ve toplumları

etkisi altına almaktadır. Onların yaşamlarını, fizyolojik ve tinsel olarak düzene koymaktadır. İnsan ile yapı arasındaki ilişkiler, yapının kurgusal bütünlüğünü oluşturan parçaların birbirleri ile ilişkileri ve yapı ile çevresi arasındaki ilişkiler bir “oranlar” dizini yaratır. Çağlar boyunca mimarlıkta ve diğer sanat dallarında orantı ile güzellik arasında bir bağlantı olduğu varsayılmış veya buna ulaştıran koşullar aranmıştır (İzgi, 1999). İnsan yaşamını tanımlayan ve zaman içinde toplumsal dinamiklerle paralel değişim geçirmiş konut, ofis ve sağlık yapıları için geçerli farklı oransal ilişkiler, farklı mekan-donatı kurgularının bulunduğu gözlemlenmektedir.

Gestalt kuramına göre, “bütün”, biçim kümeleri ve biçim kalıpları olarak algılanmaktadır. Biçim, en genel anlamda nesnelere ayırt edici özelliklerini veren maddi öğelerin kurgusu olarak tanımlanmaktadır. Biçimin yorumlanması, görsel iletişimin başlaması ve algılamının sürmesi ile geçerlilik kazanmaktadır. Biçimi belirleyenin işlev olmasından hareketle biçimin unsurlarını kütle, mekan ve yüzey olarak ele almak mümkün görünmektedir. Kütle, mekan, yüzey arasındaki ilişkiler; sarma, kapsama, iç içe girme, birleşme, bölünme, sıralanma ve süreklilik gibi ortaya çıkmakta ve biçimi oluşturmaktadır (Arcan ve Evcı, 1999). Mekan ve mekansal öğeler, meydana getirildikleri anda içeriklerinde varolan biçimle beraber tanımlanmaktadır. Biçim değerlendirilirken izleyicide tatmin duygusunun ortaya çıktığı önerilmektedir. Tatmin duygusunun yanı sıra, biçimlerin dikkat çektiği, merak uyandırdığı, heyecan verdiği, coşku veya nefret uyandırdığı düşünülmektedir (Aydınlı, S. 1993).

“Stil”, yine en geniş anlamda bir sanatçının, bireysel bir grubun, akımın veya dönemin ortak olarak ayırt edilebilirliğini, özgünlüğünü oluşturan tüm etmenler ve değerler olarak tanımlanmaktadır. Stilin kökeninde bir başka stile tepki yaratan düşünsel potansiyel, teknolojik gelişme veya sosyal bir devrim yer almaktadır (İzgi, 1999). Farklı stiller, mimarların fikirlerini, ideolojilerini, kişisel beğenilerini özgürce sergilemeleriyle ve teknolojik gelişmelerle ortaya çıkmaktadır (Gülşen, A., 1999). “Bezeme”, kavram olarak, yapının kurgusal oluşumu ve yapımı ile doğrudan bağlantılı olmayan, varlığında zorunluluk bulunmayan ek katkıdır. Amacı iki veya üç boyutlu öğeler, renk ve biçimler aracılığıyla yapıyı güzelleştirmek, zenginleştirmek, çekicilik kazandırmak, beğeni ortamı yaratmaktır. Kullanıcının özellikle iç mekana yönelik ekler, düzenlemeler yaparak, aksesuarlar kullanarak çeşitli yollardan bezeme girişimleri ile dekore etmesi yaygın bir

davranış biçimidir ve söz konusu durumun kullanıcıya tinsel bir doyum verdiği önerilmektedir (İzgi, 1999).

“Renk” kavramı, bireyin göz ve beyin aracılığı ile algıladığı ve oluşturduğu ışıksal duygu olarak tanımlanmaktadır. Bu duygunun, renkli madde ile doğrudan bağlantılı olmayan, refleks sürekliliğini de içeren ve yaratan niteliği, onun özelliği olarak açıklanmaktadır. Algılanan renk duygusunun, o rengin bütünleyicisi olan diğer renk veya renkler grubu ile algılanması yoluyla renk dengesi, renk uyumu veya başka bir deyişle renk harmonisi elde edilmiş olmaktadır. Farklı formlar ve renklerin, sevinç, üzüntü, haz, mutluluk, huzur, gerginlik, saldırganlık gibi değişik duygular uyandırdığı çeşitli psikolojik deneylerle kanıtlanmıştır (İzgi, 1999). Dolayısı ile renk kullanımının mekanın psiko- sosyal kalitesini olumlu yönde etkileyen bir faktör olduğu düşünülmektedir. Özellikle sağlık yapılarında kullanılan renklerin ve ışık düzeyinin genel ortamın atmosferini olumlu yönde etkilemesinin yanı sıra, hastaların iyileşme süreçlerine de olumlu yönde etki etmesi, üzerinde dikkatle durulması gereken bir konudur.

Yapıyı oluşturan kurguda yer alan bileşenlerin ve mekansal öğelerin bir araya getirilmesinin örgütlenmesi kompozisyon olarak adlandırılmaktadır (Gür, 2000). Kompozisyon, analiz yöntemiyle senteze ulaşmak olarak tanımlanmaktadır. Üç boyutlu bir çevre düzeni içinde yer alacak kütlelerin yapısal ve mekansal kurguları, onları oluşturan iki boyutlu bileşenlerin içerdikleri değerler ve zaman boyutu bağlamındaki her türden ilişkilerin, örgütlenmesi, düzenlenmesi, sanatsal düzeye ulaşması kompozisyonun özünü oluşturmaktadır (İzgi, 1999). Kompozisyon, görsel bir bütünlük ortaya koymak için, düzen, oran, uygunluk, ritim, denge, gibi ilkelerle oluşturulmaktadır. Mimari kompozisyonda en önemli ilke, bütünlük olarak kabul edilmektedir, yani, mekansal öğelerin bütüne ait olması tanımı ile oluşturulmak istenen, oluşturulan elemanların bütüne uygun olması ve hiçbir öğenin birbirine yabancı ve uyumsuz olmaması durumudur. Mimari öğeler bir sistem içinde, görsel ilkeler gözetilerek bir araya getirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Kompozisyon aynı zamanda bir üslubun karakterini de yansıtmaktadır (Aydınlı, S. 1993).

4.6. MEKANDA KALİTE ALGISI VE KALİTE KAVRAMININ MEKAN ÖGELERİ İLE İLİŞKİSİ

Günlük yaşantıda sıkça karşılaşılan ve değişik anlamlar içeren karmaşık bir kavram olmakla beraber, ‘**kalite**’ kelimesi genellikle ortalamadan daha iyi olma halini bazen de lüksü çağrıştırmaktadır. Sıklıkla kullanılan anlamının “nitelik” kapsamında olduğu ifade edilmektedir. Nitelik kavramı; ”bir şeyin nasıl olduğunu belirten, onu başka şeylerden ayıran özellik, vasıf, keyfiyet” olarak tanımlanmaktadır. Kalite kavramı “bir şeyin iyi veya kötü oluşu” veya birey ölçeğinde “bireyi nesne veya yaşantının bir yönünü, ötekilerden ayırt etmeye yarayan ölçülebilir özellik” olarak açıklanmaktadır (Altaş, 1994).

Kalite, ISO 8402 (1987) standardında bulunan tanıma göre, ürün ya da hizmetin belirlenen ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin ve karakteristiklerinin bütünü olarak açıklanmıştır. Mimarlar Özsoy ve diğerleri (Özsoy, Altaş, Ok, Pulat, 1995) hazırladıkları Tübitak araştırma raporunda kalite kavramını “ihtiyaç için yeterli olma yeteneği veya kullanıma uygunluk” olarak tanımlarken, Amerikalı işadama-yazar Philip B. Crosby (1996) “kalite ihtiyaçların sağlanmasıdır” demektedir.

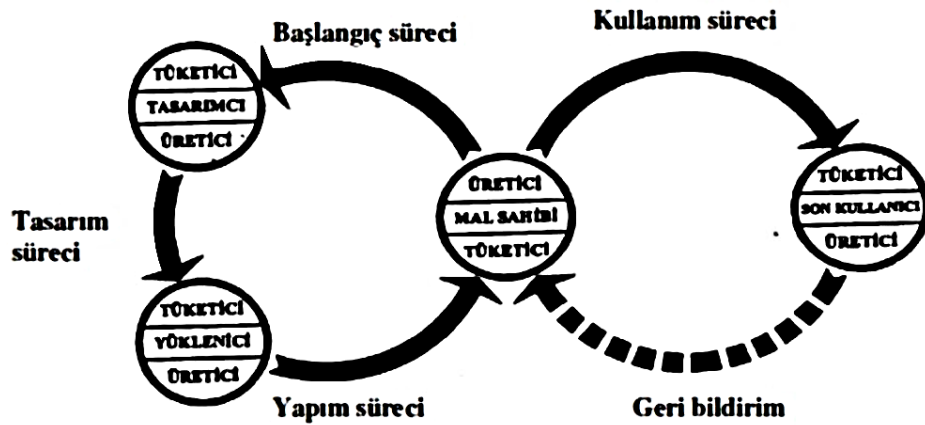
Fiziksel çevrenin kalitesinden söz ederken, ürün ve süreç kalitesine odaklanılmasının yerinde olacağı düşünülmektedir. Ürün kalitesi, süreç içinde izlenen stratejilerden, insan ilişkilerinden, teknik bilgiyi kullanım biçimlerinden ve iletişim teknolojilerinden etkilenmektedir. Fiziksel çevre kalitesi, ANSI/ASQC Standart A3 (1978)’de “*ürün ya da hizmetin verilen ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin ve karakteristiklerinin tümü*” şeklinde tanımlanmaktadır. “*Bir nesne ya da hizmetin ihtiyaç için yeterli olma*” tanımı da fiziksel çevreler için kullanılmaktadır (Altaş, 1994).

Amerikalı mühendis-yönetim danışmanı Joseph M. Juran’ın (1992) kalite tanımı “*kullanıma uygunluk*” şeklindedir. Aynı zamanda, kalite karakteristikleri de olan ürünün, malzemenin ve sürecin özellikleri, kullanıma uygunluğun temel elemanlarıdır. Bu özellikler teknolojik, psikolojik, zamana bağlı ya da etik özellikler olabilmektedir (Juran, 1992). Kullanıcı tatmini, mimaride kalitenin önemli bir ölçütü olarak değerlendirilmektedir. Günümüzdeki kullanıcı tatmini çalışmalarında, insan algıları, hükümleri ve davranışlarının önemi üzerinde durulmaktadır. Kalite değerlendirme kriterlerinden biri

olarak kabul edilen tatmin, kullanıcıların objektif çevreye ilişkin algı ve değerlendirmelerinin kendi tatminlerine olan etkisinin ölçülmesi ile belirlenmektedir. Teknik standartların fiziksel çevre kalitesinin tanımını yapabilmek için yeterli olamayacağı ve psiko-sosyal gereksinimleri doğrultusunda kullanıcılara ait standartların oluşturulmasının gerekliliği vurgulanmaktadır (Altaş, 1994).

Kalite iki yönlü bir olgu olarak ele alınmaktadır. Bunlardan birincisi süreçle ilgilidir ve kalitenin yönetsel boyutuna işaret etmektedir. İkincisi ise ürünle ilgilidir. Mimar Nur E. Altaş'ın (1994) fiziksel çevreler için ürün-süreç ilişkisini kapsayacak biçimde geliştirdiği kalite parametreleri modelinde, mekansal kaliteyi tanımlayan parametreler, tasarım, yapım, bakım - tutum ve kullanım adındaki alt başlıklar altında toplanmaktadır. Tasarım kalitesi başlığı altında, proje yönetiminin kalitesi, hazırlık çalışmalarının kalitesi, kavramsal kalite, detaylandırmanın kalitesi, parçaların birbirine uygunluğunun kalitesi alt başlıkları bulunmaktadır (Altaş, 1994). Ürünün estetik kalitesi, strüktürel (teknik) kalitesi, işlevsel kalitesi ve psiko-sosyal kalitesi kavramsal kalitenin alt başlıkları olarak vurgulanmaktadır (Altaş, 1994). Ancak, psiko – sosyal kalite parametreleri üzerinde daha fazla yoğunlaşmanın yerinde olacağı kaydedilmektedir. Özellikle bu çalışma kapsamında incelenecek sağlık yapılarının insan iletişiminde kritik yere sahip muayene odaları da kalite kavramı bakımından değerlendirmeye uygun mekanlar olarak öne çıkmaktadır.

Günümüzde yapı üretim faaliyetleri, tasarım sürecinden sonra yapım, bakım, onarım süreçlerinin birbirini takibi ile oluşan ucu açık bir zincir halindedir. Ancak bu zincir, kullanım sürecini de kapsayan ve iç içe geçmiş ve birbirleriyle etkileşim halindeki süreçlerden oluşan bir döngü olarak değerlendirilmelidir. Bu süreçler, birbirlerinin çıktılarını girdi olarak kullanmalıdırlar (Arditi ve Günaydın, 1998) (Şekil 4.8.).



Şekil 4.8.: Yapı üretim süreci döngüsü (Arditi ve Günaydın, 1998).

Yapı üretim faaliyetlerindeki aktörlerin, tasarımcı, üretici ve kullanıcı (müşteri) grupları olduğu göz önünde tutularak, sürece katılanların, sürecin farklı aşamalarında üretici ve müşteri rolleri değişeceği için birbirleriyle olan ilişkilerinin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Örneğin; tasarımcı, sürecin başlangıcında müşteriden bilgi anlamında girdi almayı bekleyen müşteri rolünde iken, tasarım sürecinde üreticiye çıktı sağlayan üretici rolündedir. Benzer şekilde, üretici yapım sürecinde müşteriye ürün sağlayan üretici rolündedir.

Son kullanıcı olarak, müşteriden alınan geri iletiler, sözü edilen, döngüsel sürecin sürekliliği açısından çok önemlidir. Halbuki, Hellard'ın 1994 yılında basılan İnşaat Projelerinde Toplam Kalite adlı kitabında da aktardığı gibi, yapı projelerinin uzun olmasından ve zamanda tek defaya mahsus olarak üretilmesinden dolayı, kalite açısından büyük önem taşıyan bu geri iletiler, yapı üretim faaliyetlerinde etkin olarak kullanılamamaktadır (İnceoğlu, 2004). Mekanın kalitesi, kullanıcının gereksinim (fizyolojik ve psikolojik) ve beklentilerini karşılayabilme yeteneği ile ölçüldüğüne göre, kullanıcıdan mekanın performansı ile ilgili olarak alınan geri iletiler, psiko-sosyal kalite parametrelerinin ipuçları olacaktır.

4.6.1. Mekan Tasarım Süreci

Proje hedeflerinin belirlenmesiyle ürün kalitesinin temellerinin atıldığı tasarım süreci, yapı üretim faaliyetinin en önemli süreci olarak değerlendirilmektedir. Tasarım süreci; problem çözme, karar verme, değerlendirme, sorgulama gibi üst düzey biliş etkinliği gerektirmektedir. Diğer süreçlerde karşılaşılabilecek kalite problemlerinin ortaya çıkmasının önlenebileceği ön aşamadır ve toplam kalitenin güvencesi olarak değerlendirilmesi yerinde olacaktır. Bu süreç takım çalışması gerektiren, bilgi akışı, iletişim, iş bölümü, koordinasyon gibi unsurlar içermektedir (Altaş Esin, 1996).

Tasarım sürecinin başarısı için, projeye ilişkin teknik şartların ve kalite gereksinmelerinin eksiksiz olarak belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Kullanıcı gereksinmelerinin (fizyolojik ve psikolojik) ve beklentilerinin iyi tanımlanıp açıklanması, veri kaybına uğramadan tasarımcıya aktarılması ve bu verilere tüm tasarlama ekibi tarafından erişilebilmesi ve yararlanılabilmesi, etkin iletişimin önemini ortaya koymaktadır. Gereksinmeler ve onların öncelikleri zaman içinde değişebileceğinden, bu verilerin güncellenmesi ve saklanması gerekir (Arditi ve Günaydın, 1998).

Farklı yapı tiplerinin birbirlerinden farklı tasarım süreçlerinin olacağı değerlendirilmektedir. Örnek olarak konut projelerinde son kullanıcı ile iletişim daha ön planda olmaktadır, sağlık yapıları için yürütülen tasarım süreçlerinde tasarlanan yapının teknik özelliklerinin baskın olması nedeniyle son kullanıcı tasarım sürecinin göreceli olarak daha sınırlı bir parçası olmaktadır.

4.6.2. Mekan Yapım Süreci

Endüstriyel modeldeki "tasarıma uygunluğun kalitesi" yapı üretimi için de geçerli olmaktadır. Bunun yanı sıra, yapımı gerçekleştiren ekibin yönetiminin kalitesi, üst yönetimin kararlılığı ve liderliği son ürün kalitesi için önemli bir parametre olarak değerlendirilmektedir (Altaş Esin, 1994).

Yapım sürecinde, yapım yöneticilerinin ve teknik işgücünün eğitimi, özellikle teknik işgücünün değişken olması sebebiyle üzerinde hassasiyetle durulan bir konudur. Bu süreçteki ekiplerin etkinliğinin ve koordinasyonunun sağlanması, yönetimin sorumluluğundadır ve hem kaliteyi etkileyeceği, hem de ekip çatışmalarını önleyeceği için önemli sayılmaktadır. Farklı üreticilerin (Örn. Bileşenlerin üretimi) sürece katılması durumunda, onların da uyum ve işbirliği içerisinde çalışmalarının kalitede artış sağlayacağı öngörülmektedir. Farklı iş kalemlerinin, alt yüklenicilere yaptırılması kaliteyi etkileyen diğer bir faktördür. Alt yüklenicilerin, üreticinin sahip olduğu kalite vizyonuna ve uygulamakta olduğu kalite sistemine uyumlarının sağlanması gerekmektedir (Mc George and Palmer, 1997).

4.6.3. Mekan Kullanım Süreci

Yapı üretiminde, kalite faktörleri üzerine yapılan çalışmalarda, çoğunlukla tasarım ve yapım sürecine odaklanıldığı, kullanım sürecinin genellikle ihmal edildiği gözlenmektedir. Kullanım sürecinden alınan geri iletilerin hem tasarım sürecine hem de yapım sürecine girdi oluşturacağı için ürün kalitesini etkileyen önemli bir faktör olduğu değerlendirilmektedir.

Kullanım sürecinde, yapının mevcut durumunun, kabul edilebilir standart kalite normlarının altına düşmesi, arzu edilen bir durum değildir. Bu durum bakım kalitesi kavramını gündeme getirirken, bakım kalitesinin sürekliliğini sağlamak, tasarım ve yapım süreçlerinde kazanılan kalite düzeyinin korunması için gereklidir. Ulaşılan kalitenin güvenilirliğinin anlaşılması için kullanım sonrası değerlendirme yapılmasının gerekliliği önerilmektedir. Kalite düzeyinin sürdürülebilmesi için programlı ya da programsız bakım/onarım hizmetlerinin ihmal edilmemesi vurgulanmaktadır (Altaş E., 1996).

Kullanıcı tatmini, kalite belirleyicisi olarak tanımlandığından; yapının tamamlanıp kullanım sürecinin başlamasıyla, yapının performansına ilişkin kullanıcıdan alınacak geri bildirimlerin takibi ve değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Söz konusu geri bildirimler etkin şekilde değerlendirildiği ve bu iletilerin sürekliliğinin sağlanması halinde, takip eden yeni projeler için kalite girdisi olacakları öngörülmektedir. Tasarım ve yapım süreçlerinde, profesyonellerin, tatminsizliğe sebep olacak olası hataların gerçekleşmesi ve

tekrarlamalarının önleneyeceği kaydedilmektedir. Özellikle tek tip yapı tasarlayan ve yapımını üstlenen firmalara yönelik önemli bir veri kaynağı sağlanacaktır. Ancak kalite konusunda hedeflenen düzeyin gerçekleştirilmesi konusunda geri bildirim, eğitim ve kontrollerin devamlılığının sağlanması ve sürekli olarak güncellenmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır.

4.7. HASTANE MEKANLARININ TASARIMI

Geyran (2010), hastane yapılarının belirli bir modüler yapıya sahip olmaları gerektiğini ifade etmektedir. Buna göre hastane yapıları temel yapı ünitesinin tekrarı ile oluşturulacak ve yapı ilaveleri için bir ipucu oluşturacaktır. Benzer yaklaşımların geliştirilme nedeninin hastane yapılarının kullanıcıların kolayca anlayabileceği yapılar olmamalarından kaynaklandığı ifade edilmektedir. Görsel karmaşanın nedeninin, hastane yapılarının pek çok farklı hizmet birimini barındırması olarak açıklanmaktadır. Hastane yapılarının; hizmet verdikleri insanların sağlık, emniyet ve duymusal ihtiyaçlarına duyarlı nitelikte olan, ayrıca yüksek derecede özelleşen tıbbi uygulamaların yapıldığı mesleki etkinlik ve verimlilik kavramlarının uygulandığı yapılar olmaları gerektiği önerilmektedir (Ergenoğlu, 2006).

Hastane yapılarının tasarımında giderek artan öneme sahip bir kavram olarak 'iyileştiren hastane' öne çıkmaktadır. Bu kavramın merkezinde hastalar bulunmakta; bu prensiple inşa edilen binaların hastalar ve hastalıkları üzerindeki etkilerinin iyileşme sürecine olumlu yönde etki ettikleri ifade edilmektedir. Hastaların hem fiziksel hem de ruhsal açıdan desteklenmeleri ve bu ihtiyaçlarını tatmin etme imkanı bulunması bakımından iyileştiren hastanelerin giderek artan öneme sahip oldukları önerilmektedir (Ergenoğlu, 2006).

Mekan analiz çalışmalarında kullanılmak üzere bir mekanın işlevsel tasarım kalitesi dokuz alt başlıkta incelenebilmektedir (Voordt ve Wegen, 2005):

- Park Alanları
- Ulaşılabilirlik
- Etkinlik

- Esneklik
- Güvenlik
- Mekânsal konumlama (orientation)
- Mahremiyet ve Sosyal İletişim
- Madden ve Manen Sağlıklı Olma Hali
- Sürdürülebilirlik.

Hastane yapılarında hastalar ve hasta yakınlarının kullanımına yönelik pek çok mekan oluşturulmaktadır. Bunlardan bazıları otoparklar, giriş salonları, muayene odaları, bekleme alanları, danışma bankoları, koridorlar, tuvaletler, yeme-içme alanları olarak sıralanmaktadır.

Bekleme alanlarının benzer hastane ortak alanları gibi genel hastane trafiğinden ayrılmış olmaları, böylece kullanıcılara belirli bir mahremiyet hissi sağlamaları önerilmektedir. Bekleme alanları bazen hastaların uzun süre geçirecekleri alanlar olduğundan bu alanların gerekli sayıda oturma ünitesi ile ikame edilmiş olması gerekmektedir. Oturma ünitelerinin sayısının belirlenmesi için Miller ve Svenson (1995) tarafından önerilen modele göre, saat başına tedavi edilen hasta sayısının iki katından muayene odası sayısının çıkartılması ile bulunacak sonuç doğru oturma birimi sayısını verecektir. Ayrıca yakınında veya bitişiğinde kullanıcılar tarafından kolay ulaşılabilecek tuvaletlerin bulunmasının önemi vurgulanmaktadır. Söz konusu tuvaletlerin girişlerinin doğrudan bekleme alanına açılmaması gerektiği, bu girişlerin gizlenmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (Kuruçelik, 2009).

Bekleme alanlarının hastalar ve hasta yakınlarının birbirlerinden ayrılabilmeleri ve böylece klinik odalarında hasta mahremiyetinin tesis edilebildiği destek mekanları olarak tasarlandıkları önerilmektedir. Bu kapsamda bekleme alanlarından tedavi alanlarına geçiş noktasında kontrollü kapıların kullanılmasının önemi vurgulanmaktadır. Hastane yapılarında oluşturulacak bekleme alanlarının birbirlerine bitişik veya sıralı olarak tasarlanması durumu, gereksinime göre bekleme alanlarının birleştirilerek daha büyük alanlar elde edilmesine yardımcı olacağı ifade edilmektedir (Huddy, 2002).

Sadece bekleme alanlarının değil, oluşturulan tüm hastane mekanlarının belirli teknik özelliklere sahip olmaları gerektiği düşünülmektedir. Modern teknolojinin kullanımı ile tüm alanların belirli standartlarda aydınlatma, akustik ve iklimlendirme olanakları ile oluşturulması sağlanmaktadır.

4.7.1. Hastanelerde Aydınlatma

Çok çeşitli genel mekanlarda da kullanıldığı üzere aydınlatma kavramı, doğal veya yapay ışığın karanlık mekanların görünür kılınması veya mekanlar ve nesnelere ilgili estetik etkiler oluşturmak amacıyla kullanılması olarak tanımlanmaktadır (<https://en.wikipedia.org/wiki/Lighting>). Hastane ortamlarında aydınlatmanın yetersizliğinin hastalar üzerinde depresyon ve olaylar karşısında tepkisizlik etkilerine neden olduğu ifade edilmektedir (Carpman ve Grant, 1993). Hastalar ve hastane çalışanları üzerinde büyük etkisi olan aydınlatmanın binaların tasarımı aşamasında belirlenmesinin önemi vurgulanmaktadır (Rosenfield, 1971).

Hastane mekanlarının aydınlatma düzeylerinin tespiti bakımından hem genel aydınlatma düzeyinin hem de iş yapılan yüzeylerin aydınlatma düzeylerinin belirlenmesi büyük öneme sahiptir. İşleve uygun olmayan aydınlatma düzeyleri, genel kullanıcılar başlığı altına giren tüm hastalar, hastane idari ve hastane akademik kadrolarında yorgunluk belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Özil, 2008). Aydınlatma alanında yürütülen çalışmaların da gösterdiği gibi kullanıcılar üzerinde, hastane ortamlarında aydınlatma elemanlarınca üretilen ışığın çeşitliliği, uyumu ve kalitesinin; ortamda bulunan ortalama ışık düzeyi miktarından daha etkili olduğu kaydedilmektedir (Karaman, 2009).

Hacimde bulunan kişilerce algılanan ışık miktarını etkileyen mimari yapı elemanları bulunmaktadır. Duvar, tavan ve zemin yüzeylerinin ışık yansıtma veya emme özellikleri bu yapısal elemanların da aydınlatma senaryosu içinde ikincil öneme sahip aydınlatma elemanları olarak dikkate alınmaları gerektiği aktarılmaktadır (Kazanasmaz, 2003). Özellikle doğal aydınlatma ile yapay aydınlatmanın birlikte kullanıldığı mekanlarda

pencere önüne yerleştirilen donatıların (masa, dolap, vb.) üzerinde kullanılan parlak son kat vernik yüzeylerinin mekan içinde bulunan insanların gözlerinin kamaşmasına neden olabileceği ifade edilmektedir. Hastane yapılarında, ısı üretmeyen ve ortama doğrudan değil, bir yüzeyden yansıyan ışık sağlayan ışık kaynaklarının kullanılmasının önemi vurgulanmaktadır (Huddy, 2002). Horton (1997), hastane yapıları içinde oluşturulan soğuk ve monoton aydınlatma düzeylerinin; hastalarca belirsizliği ve yalnızlığı vurgulayan biçimde algılandığından bahisle, bu aydınlatma senaryosunun hastalar üzerinde stres yarattığını ifade etmektedir. Hastane yapılarında hastalar ve hizmet sağlayan kadronun birlikte ve münferiden kullandığı alanlarda farklı aydınlatma senaryolarının kullanılmasının önemine dikkat çekilmektedir (Kuruçelik, 2009).

Hastalar ve hastane çalışanlarınca daha yoğunlukla kullanacak alanlarda doğal aydınlatmanın kullanılmasının insanlar üzerindeki stres seviyesini azaltmak konusunda yararlı olacağı çeşitli araştırmalarca aktarılmaktadır. Hasta odalarında ve doktorların kullanacağı muayene mekanlarının dış cepheden pencereler vasıtasıyla günışığını almalarının motivasyonun yanı sıra mekanda bulunan kişilerin oryantasyonlarını da artırdığı aktarılmaktadır (Kuruçelik, 2009). Aydınlatmanın insan psikolojisi üzerinde büyük etkiye sahip olduğu ve hastane yapılarının tasarımında aşırı vurgulardan kaçınılarak kullanılmasının önemi vurgulanmaktadır (Huddy, 2002).

4.7.2. Hastanelerde Akustik

Hastane yapılarının içindeki ses de insanları etkileyen bir diğer unsurdur. Mekan içinde insanı rahatsız edecek ölçüde yüksek ses gürültü olarak tanımlanmakta, gürültünün ise insanların sikkın, yorgun, hoşgörüsüz ve saldırgan davranışlarda bulunmalarına sebep olacağı aktarılmaktadır. Ülkemizde sağlık yapılarında iç mekanlarda olması gereken azami ses düzeyinin 35 dB olması kurala bağlanmıştır (Silav, 1998). Mekan içinde sesin iki farklı biçimde yayıldığı aktarılmaktadır. Bunlardan ilkinde göre, ses döşeme, tavan ve duvarlardan oluşan yapı elemanlarına geçen titreşimler sayesinde yayılmaktadır. Bu ses türü insanın kulaklarıyla duyabildiği sesler olarak mekanda algılanmaktadır. Diğer ses yayılma biçimi, sesin havaya geçen titreşimler sayesinde yayılmasıdır.

Hastane iç mekanlarda sesin yayılmasının sınırlandırılması için ses emici özelliğe sahip yapı elemanlarının kullanımı önerilmektedir. Böylelikle ses titreşimleri izole edilerek yayılmalarının önlenmesi mümkün olabilmektedir. Yatay ve düşey yapı elemanlarını oluşturan yüzeylerin birleşiminde sesin yayılmasını önleyici elastik malzemelerin kullanımı önerilmektedir (Silav, 1998).

Yapı akustiği iki başlık altında incelenmektedir (Erol, 2006). Bunlar;

- Sessizleştirme
- Hacim Akustiği olarak sıralanmaktadır.

Sessizleştirme prensibine göre mekan içinde bulunan ses kaynakları belirlenmeli ve sonrasında bu kaynakların ürettiği sesin kontrolüne yönelik işlem yapılmalıdır. Yapının içinde olan ses kaynaklarıyla yapının dışında bulunan ses kaynaklarına yönelik farklı müdahale yöntemleri bulunmaktadır. Mekan içinde olan ses kaynakları söz konusu olduğunda, ses yayılmasını engellemek için gelişen teknoloji sonucu daha hafif yapı elemanlarının kullanımı önerilmektedir. Kullanılan malzemelerin çift cidarlı olmasının da ses yayılmasını önleyici etkiye sahip olduğu aktarılmaktadır.

Hacim akustiği ise mekan içinde bulunan ses kaynaklarının ürettiği sesin hacmin içine homojen olarak dağıtılmasını esas almaktadır. Özellikle konuşmaların veya konserlerin yapılması planlanan mekanların ses kontrolüne yönelik çalışmalar hacim akustiği başlığı altında incelenmektedir. Mekanın formu, hacmi, yansıtıcı ve yutucu yüzeylerinin miktarı ve dağılımı mekan içindeki sesin kalitesini etkileyen faktörlerin arasında sayılmaktadır.

Hastane yapılarının içindeki ses kaynakları kadar önemli diğer bir konu da hastane yapısının çevresinde bulunan sesin kontrolünü içermektedir. Yeni şehir ölçeğinde yapıların birbirlerine yaklaşmaları sonrasında ses kontrolünde aktif rol oynayan bitki örtüsünün kullanımının sınırlı olması nedeniyle yapıların cephelerinin sesin kontrolü konusunda ön plana çıkması söz konusu olmaktadır. Hastane yapılarında ses emiliminin en yüksek olduğu yerlerin başında pencerelerin olduğu aktarılmaktadır (Erol, 2006). Hastane yapılarının iç mekan tavan kaplamalarının büyük tek parça yüzeyler biçiminde değil; küçük hareketli parçalar halinde oluşturulmasının tavan arasındaki tesisata

müdahale konusunda büyük avantaj sağlamasının yanı sıra, ses köprüsü oluşturarak sesin mekanlar arasında yayılması konusunda en büyük önemi oluşturacağı ifade edilmektedir. Hastane yapılarının içindeki en etkili ses kaynaklarından birisinin de kalabalık insan gruplarının olması nedeniyle, yapı içinde büyük kalabalık gruplarının oluşmasının önüne idari yöntemlerle geçilmesinin önemi vurgulanmaktadır.

Hastane yapılarının içinde doktorlar ve hastaların iletişim kurdukları en temel mekan birimi muayene odalarıdır. Bu alanların gürültüden uzak, sakin mekanlar olmalarının önemi aktarılmaktadır. Hastane genelinde ve asansörlerde kimi zaman kullanılan genel ortam müziği, muayene odalarında kullanılmamaktadır. Muayene odasında bulunan taraflardan birisinin hasta olması, kesintisiz olması istenen iletişimin önünde bir engel olarak değerlendirilmektedir. Muayene odalarının mümkün oldukça dış ortam seslerinden tecrit edilmiş biçimde oluşturulmasının önemi vurgulanmaktadır (McKee, M. ve Healy J., 2002).

4.7.3. Hastanelerde İklimlendirme

Hastaneler sağladıkları hizmetin kesintisiz niteliği sebebiyle içerideki havanın temizlenmesi, ısıtılması ve soğutulması hijyen koşullarının yerine getirilmesinde büyük önem taşımaktadır (Uzunay, 2011). Günümüz yüksek binalarının tümünde iklimlendirme sistemi merkezî olarak tasarlanıp, ulaştırma kanalları vasıtasıyla birimlere aktarılmaktadır. Sistemin kullanıcı tarafından belirlenen oranda dış ortamdaki temiz hava, sistemin içinde hali hazırda bulunan hava ile karıştırılarak mevsime göre ısıtma veya soğutma işlemi uygulanarak kapalı sistem içinde dolaştırılması prensibine göre çalışmaktadır (Karamustafa, 2012). Sistemin içindeki hava, filtrelerden geçirilerek zararlı organizmaların üremesi ve yabancı cisimlerin sistem içine karışması önlenmektedir. Hastane yapısının içindeki iklimlendirilmiş havanın yapı içinde kalmasını sağlamak amacıyla asansör, merdiven veya tesisat şaftları gibi dikey boşlukların kapılarının ve kapaklarının olmasının önemi vurgulanmaktadır (Silav, 1998).

Muayene alanlarının temiz hava oranının yüksek değerlerde olmasının önemi vurgulanmaktadır. Uzun süre oksijen değeri düşük ortamda vakit geçiren insanlarda baş ağrısı, uyku hali ve odaklanma zorluğu gibi fizyolojik bulgulara rastlanmaktadır. Dış

ortamın karmaşasından korunması gereken muayene alanlarında ortam sıcaklığının vücut konfor değerlerinde ve taze hava karışımı dengeli olacak şekilde iklimlendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Alrubaiee, L., ve Alkaa'ida, F., 2011).

4.7.4. Hastanelerde Mobilya ve Donatı Elemanları

Modern hastanelerin tasarımı aşamasında yaratılan mekanların bir bütünlük içinde oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda daha önceden her biri bağımsız parçalar halinde ele alınan mimari öğeler (örn: tavan, duvar, zemin, donatı, yönlendirme vb.) bir bütünün parçası yaklaşımı ile tasarlanmaktadır.



Resim 4.1.: Bekleme alanı, Tümör Hastalıkları Ulusal Merkezi (NCT), Almanya.

Kaynak: <http://behnisch.com/work/projects/0248>, Erişim Tarihi: 03.05.2017

Hastane sabit donatılarının insanla temas eden kısımlarının insan sağlığına zarar vermeyen, güvenli nitelikte oluşturulmalarının önemi vurgulanmaktadır. İnsan dolaşımının gerçekleştiği yoğun trafiğe sahip koridorlar gibi alanlarda çıkıntı yaparak

incinmeye sebep olacak cisim ve parçaların bulundurulmasının engellenmesi önerilmektedir (Kuruçelik, 2009).



Resim 4.2.: Dolaşım alanı, Koridor, Stone Springs Hospital Center, ABD.

Kaynak: <http://www.healthcaredesignmagazine.com/projects/acute-care/photo-tour-stonesprings-hospital-center>, Erişim Tarihi: 03.05.2017

Dolaşım alanı gibi genel hacimlerin tasarım prensibi de bütünsel tasarım yaklaşımını destekler niteliktedir. Buna göre Resim 4.2.'de, mekanda dolaşan insanları rahatsız edecek fiziksel tehlikelerin bulunmadığı ve hastane ortamının hastaları rahat

hissettirebilmek amacıyla geniş yüzeylerde (duvar, tavan, zemin) doğal malzemelerin kullanıldığı görülmektedir (Karaman, 2009).

Hasta görüşlerinin değerlendirildiği çalışmalarında Alrubaiee, L., ve Alkaa'ida, F. (2011), muayene odalarında kullanılacak mobilya ve donatı elemanlarının seçimine dikkat çekmektedir. Buna göre hastalar tarafından rahat olarak nitelenen mobilyaların kullanılmasının kendilerini daha az baskı altında hissetmelerine yol açtığı aktarılmaktadır. Muayene odalarında bulunan mobilya ve sabit donatı elemanlarının diğer genel mekanlarda bulunan benzerleri ile benzer ürün dili taşımalarının; hastanenin kurumsal kimliğine de önemli katkı sağladığı ifade edilmektedir (Sahil, S. ve Dikmen, Ç. B., 2007).

4.7.5. Hastanelerde Malzeme Kullanımı

Hastane yapılarında kullanılacak malzemelerin seçiminde dikkat edilmesi gereken unsurlardan bazıları; bakımının kolay olması, tozuma yapmaması, yangına dayanıklı, kaymayan, bakteri barındırmayan nitelikte olmak olarak öne çıkmaktadır (Karaman, 2009). Hastane yapılarının farklı kullanıcı grupları tarafından belirli amaçlar için kullanılmaları durumunda, bu amaçlara hizmet edecek mekanlar için seçilecek malzemeleri de etkilediği ifade edilmektedir. Örneğin, hastaların temas halinde olacakları mekanlardaki yüzeylerin bakteri üremesine izin vermeyecek nitelikteki malzemelerden üretilmesinin önemi aktarılmaktadır.

4.7.5.1. Tavanlar

Kuruçelik (2009), hastane yapılarında kullanılacak tavan malzemelerinin tozuma ve bakteri üremesine karşı dayanıklı olması gerektiğini önermektedir. Çeşitli tip ve malzemedan asma tavanlar, üzerlerinde elektrik, doğalgaz, ve iklimlendirme sisteminin hava kanallarını taşımaktadır. Tavan arası hacmin kritik noktalarına erişim imkanı sağlaması bakımından modüler asma tavan sistemlerinin tercih edildiği gözlenmektedir.



Resim 4.3.: Dolaşım alanı, Koridor, Kings County Hospital Center, ABD.

Kaynak: <http://www.som.com/projects>, Erişim Tarihi: 03.05.2017

Resim 4.3.'te aydınlatma ve havalandırma uçları görünen modüler bir asma tavan sistemi kullanıldığı görülmektedir. Tavan kotunda yapılacak ışık ve görsel değişikliklerin tavan yüksekliğini olduğundan daha yüksek göstererek iç mekanda bir ferahlık hissi yarattığı ifade edilmektedir (Karaman, 2009).

4.7.5.2. Duvarlar

Hastane yapılarında duvarların kullanım gerekçeleri arasında:

- hijyeni korumak,
- ses, ışık ve ısı değişimlerini yalıtım,
- sadece bölücü değil, taşıyıcı olarak da hizmet vermek,

gösterilmektedir (Uzunay, 2011). Özellikle insan trafiğinin yoğun olduğu bölgelerde duvar kaplamalarının yüksek oranda yıpranma etkisine maruz kalacağı öngörülerek ilave önlem alınmasının önemi vurgulanmaktadır (Kuruçelik, 2009).



Resim 4.4.: Koridor Duvarları, Liv Hospital, Ulus, Türkiye.

Kaynak: <https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/originals>, Erişim Tarihi: 03.05.2017

Hastane koridorlarında duvar bandı kullanımının amaçları hem duvar yüzeylerini hareket halindeki sedye gibi cisimlerin darbelerinden korumak, hem de hareket halindeki insanlara tutunabilecekleri bir yüzey oluşturmak olarak açıklanmaktadır. Yapılan araştırmalar, duvarlarda görsel çalışma kullanımının hastalar üzerinde ağrı algısını azaltmaya neden olduğunu açıklamaktadır (Diette et.al., 2003). Duvar kaplamaları da mekanın kullanım amacı ile bağlantılı olarak çok çeşitli malzemelerden oluşmaktadır. Örneğin ameliyathane mekanlarında bakteri oluşumunu önlemek amacıyla kompakt laminat gibi daha geniş ve pürüzsüz yüzeyli kaplamalar tercih edilmekteyken; koridorlar veya hasta yatak odalarında duvar kağıdı gibi görsel özellikleri daha ön plandaki kaplama malzemelerinin kullanıldığı görülmektedir (Kuruçelik, 2009).



Resim 4.5.: Ameliyathane Duvarları, Hacettepe Hastanesi, Türkiye.

Kaynak:<http://birliktasarim.com.tr/resimler/hacettepe-hastanesi/12>, Erişim Tarihi: 03.05.2017

4.7.5.3. Zeminler

Zemine kaplanacak malzemelerin kaymayan, kolay temizlenebilir, dökülen sıvılardan etkilenmeyen, aşınma ve darbelere karşı dayanıklı seçilmesinin önemine dikkat çekilmektedir (Çoşar, 2002). Zemin kaplaması olarak hem yapay, hem de doğal malzemelerin kullanımı dikkat çekmektedir. Yüksek trafiğe dayanıklı olması ve kolay temizlenebilir olması özellikleri nedeniyle yapay malzemelerden hem PVC esaslı rulo malzemelerin hem de performans analizi sonuçları bakımından epoksi zemin kaplamalarının yaygın olarak hastane binalarında kullanıldığı görülmektedir (Yılmaz, 2005).



Resim 4.6.: Epoksi zemin, Carolina Medical Center, ABD.

Kaynak: <https://doyledickersonterrazzo.com>, Erişim Tarihi: 03.05.2017



Resim 4.7.: Mermer zemin kullanımı, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Türkiye.

Kaynak: Kişisel Arşiv

Hastane zeminlerinde kullanılan doğal malzemeler olarak granit ve mermer çeşitleri sayılabilir. Malzeme seçimi; yoğun trafik olması durumu, ürünün maliyet birim fiyatı ve

mekanda kullanılacak renk kombinasyonuna göre projenin mimari müellifi tarafından yapılmaktadır. Resim 4.7.'de Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde kat koridorlarında doğal mermer malzemenin kullanımı gösterilmektedir.

4.7.6. Hastanelerde Renk ve Doku Kullanımı

Hastane mekanlarında renk kullanımının, hassasiyetle ele alınan konular arasında olduğu ifade edilmektedir. Renklerin Teorisi isimli kitabında Johann Wolfgang von Goethe'ye göre insan gözü tarafından algılanan görüntü sadece formlardan oluşmamakta; ışık, gölge ve renk elemanlarının tamamının birleşiminden oluşmaktadır. İnsanlar böylece nesnelere birbirlerinden ve bir bütün içindeki parçaları da birbirlerinden ayırabilmektedirler. Hastanelerde renk kullanımı üzerine yapılan araştırmalara göre, hastanede kısa süreli kalan hastalar buldukları mekanda sıcak renkler olarak tanımlanan kırmızı ve sarı; uzun süreli yatış yapan hastalarsa uzun süre geçirdikleri odalarında yeşil ve mavi gibi soğuk renklerin kullanımını tercih etmektedirler (Aydın, 2009).



Resim 4.8.: Hasta odası, Columbia Asia Medical Center, Hindistan.

Kaynak: <https://www.topboxdesign.com>, Erişim Tarihi: 07.05.2017

Doku kavramının malzemenin yapısı ve yüzeyinin ışığı kırma oranı ile ilgili olduğu kadar, malzemelerin montajları, yüzey işlemi ve aşınma oranı gibi kavramlarla da ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Doku oluşturmanın mekan içindeki kimi yüzeylerin önemini vurgulamada kullanılabileceği önerilmektedir. Ayrıca hastane koridorları gibi mekanlarda doku kullanımının, tekdüze bir mekan oluşmasını engelleyeceği ve koridor boyunun olduğundan kısa olarak algılanmasına yol açacağı ifade edilmektedir (Bkz. Resim 4.9.). Doku oluşturmak için kullanılacak sert malzeme ile oluşturulan (örn. beton, mermer) yüzeylerin yüzey parlatma işlemine tabi tutulmaları sonrasında çevrelerini yansıtmaları nedeniyle neredeyse görünmez hale geldikleri ifade edilmektedir. Malzemelerin dokularının, yaratılan gölgenin sert veya yumuşak hatlı olmasını belirlediği ve bunun yanı sıra insanların dokulu yüzeyle iletişime geçmesini teşvik etme veya önleme niteliğinin bulunduğu aktarılmaktadır (Simitch ve Warke, 2014).



Resim 4.9.: Koridor görüntüsü, Chesterfield Royal Hospital, İngiltere.

Kaynak: <https://www.worldarchitecturenews.com>, Erişim Tarihi: 07.05.2017

4.8. IV. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

Mekan kavramı, üç boyutlu uzayda kapladığı hacmin ve kendisini çevreleyen yapısal elemanların ışığında tanımlanmıştır. Mekanların tasarlanması aşamasında, tasarımcılar tarafından kullanıcılara verilmek istenen ileti ile kullanıcılar tarafından algılanan iletinin birbiriyle örtüşmesi hedeflenmektedir. Fiziksel elemanlarla soyut düşüncelerin

gerçekleştirilmesi olarak da tanımlanan mekanların sahip olmaları gereken özellikler aşağıda sıralanmaktadır;

- Anlamı açık-seçik, kodlanabilir, güçlü olan,
- Kendine yüklenen anlamı doğru iletebilen,
- Tasarlayıcısı tarafından yaratılmış,
- Duvar, döşeme, tavanla sınırlanan,
- Kullanıcısının gereksinmelerine cevap veren,
- Fonksiyonel, simgesel ve kültürel özellikleri ile var olan,
- Kullanıcısı tarafından gözlenen, yaşanan, algılanan,
- Kullanıcısının davranışlarını şekillendiren,
- Biçimi ve formu ile sunumsal anlamının, amaç ve değeri ile göstergesel anlamının önemsendiği,
- Tasarımından başlayan süreçte yapımında devam eden ve kullanımıyla devam eden sürecin tamamında kalite süreçlerine dikkat edilen fiziksel alanlar olarak düzenlenmesi uygun olacaktır.

Hastane binaları içinde oluşturulacak mekanların karmaşadan uzak, hastaların güvensizlik duygularını azaltacak görsel ve anlamsal mesajları içeren biçimde tasarlanmalarının önemine işaret edilmektedir. Son dönemde yürütülen araştırmalar hastane mekanlarının hastalar üzerindeki etkilerinin hastaların iyileşme hızlarını etkilediğini ortaya çıkartmıştır. Hastalar için bu denli büyük öneme sahip hastane iç mekanlarının tasarımı, kullanılacak malzemelerin rengi, dokusu, aydınlatma, ses ve havalandırma düzeyleri gibi pek çok farklı disiplini ilgilendiren konuların bir arada ele alınarak ortaya konan mekânsal çözümlerin hastaların hem fiziksel hem de ruhsal ihtiyaçlarını karşılamasının önemi büyüktür.

Bu araştırmanın kapsamında, hastane binaları içinde yer alan muayene odaları örnek mekan olarak seçilmiştir. Muayene alanı, mekan – kullanıcı –tasarımcı iletişim döngüsünde hasta olan insanla şifa dağıtan insan arasında gerçekleşecek iletişimin kesintisiz ve doğru olarak yapılacağı bir alan olmalıdır. Muayene alanının tasarım dili yerel kültürel kimliklerin üzerinde, evrensel kültür düzeyinde ve anlaşılabilir bir yapıda olmalıdır. Doktor ve hasta arasındaki iletişimin kesintisiz olarak sağlanmasının yanı sıra, bu mekan hem kullanıcıların gözlemleri, yaşam tecrübeleri ve kültürü ile beraber şekillenen bir alan olmalı, hem de kullanıcısının davranışlarını ve hatta düşüncelerini değiştiren bir mekan olmalıdır. Daha büyük bir yapının içindeki küçük alanlar olan muayene odaları ölçü, malzeme, donatı, orantı, kullanım senaryosu gibi nitelikleriyle psiko-sosyal kaliteye etki eden mekanlar olmalıdır.

Araştırma kapsamında incelenecek mekanda kullanım sırasında yaşanan insani duygu ve düşüncelerin hangilerinin daha baskın olduklarının tespiti yapılmaya çalışılacaktır. Bu tespit sonrasında da mekanın duygusal özelliklerinin tespit edilen insan duygu ve düşüncelerini nasıl olumlu yönde destekleyebileceği üzerine yorum ve görüş bildirilecektir.

Bir sonraki İnsan-Mekan İletişimi başlıklı bölümde insanın mekan içindeki davranışları incelenecektir. Toplumsal bir canlı olan insanın başka insanların varlığı söz konusu olduğunda geliştirdiği davranış biçimleri hem genel hem bireysel bakış açısıyla değerlendirilecektir.

5. HASTANELERDE İNSAN-MEKAN İLETİŞİMİ

İnsanın bir mekanın farkına vardığı andan itibaren iletişim başlar ve mesajların kaynağı kendisi olduğu kadar, bu kaynak mesajın olduğu ortamlar da olabilir. Bu tanımdaki birim, birbiriyle ilişkili olma, mesaj, alışveriş kavramlarını Cüceloğlu (1991) aşağıdaki gibi açıklamaktadır:

Birim: Birbirleriyle karşılıklı mesaj alışverişi yapan insan, toplum, ortam (çevre), hayvan ya da makinenin her birine 'iletişim birimi' adı verilir. İletişim sadece insanlara özgü bir olay değildir. Bir mekan içindeki iki insanın birbirleriyle iletişim içinde olmaları kadar mekan ile de iletişim halinde oldukları ifade edilebilir. İki insanın iletişiminin içinde buldukları mekan tarafından da yönlendirilmesi mümkündür. İletişim birimleri ikiye ayrılır; kaynak birim ve hedef birim. Kaynak birim, mesaj gönderen birimdir. Bu konuşan kişi ya da ziyaretçi bekleyen mekan olabilir. Hastane örneğinde eğer kaynak birim muayene odaları ise, hedef birim hastalara olabilir. Adından da anlaşılacağı gibi, kaynak birim mesajın kaynaklandığı, olduğu birimdir. Hedef birim ise, mesajın gönderildiği birimdir. İki kişi konuşurken, konuşan kaynak, dinleyen ise hedef birim olur.

Birbiriyle İlişkili Olma: İletişim olabilmesi için sadece mesajın alınması ve karşıya geri verilmesi yeterli olmamaktadır. Mekan, içinde gezen insana bir mesaj vermek üzere tasarlanmış bir hacimdir. Mekan içinde gezen insanın bu mesajı duyumsaması ve algılaması söz konusudur. Mekanın kullanıcılarına verdiği mesaj karşısında kullanıcının bir düşünce geliştirmesi, bunu sözlü olarak ifade etmesi veya bir davranış geliştirmesi gibi gösterilen tepkilerinin her birisi, insan ve mekanın birbiriyle ilişkili olduğu durumlara örnek olarak gösterilebilir. Alınan ve verilen mesajların birbiriyle ilişkili olması durumu iletişimin ve ilişkinin doğru kurulduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle, hasta muayene odalarının tasarımında hastalara verilmek istenen mesajın iyi kurgulanması ve hastada oluşması istenen duygu ve düşüncelerin etkili biçimde aktarılmasının önemi vurgulanmaktadır.

Mesaj: İnsanlar-arası iletişimin olduğu her durumda iletilen ve alınan mesajlar bulunmaktadır. Her girilen mekanın da benzer biçimde insana verdiği mesajlar vardır. Bulunulan ortamda o ortamı yaratan bilinç, mekansal yapı elemanları aracılığı ile mekan içindeki insana mesaj yollamaktadır. İnsanların karşılıklı konuşurken birbirlerine söyledikleri sözlerin kelimeleri değil ama içerikleri, mesaja örnek olarak verilebilir. Mesajın mutlaka sözlü olması gerekmemektedir. Yüz ifadeleri, el kol hareketleri, oturuş ve duruşun hepsi birer mesajdır. Mesaj, *kaynak birimdeki içeriğin, bir seçim sürecinden geçirilmiş ifadesi*dir. Bu tanımda sözü edilen seçme sürecinin söz konusu olmadığı otomatik tepkiler mesaj olarak kabul edilmemektedir. İnsan yüzüne yakın bir yerde el çırpıldığı zaman, istemsiz olarak göz kırpmaya refleksi gerçekleşmektedir. Bu tür refleks hareketler, mesaj olarak kabul edilmemektedir. Bir iletişimin mesaj olabilmesi için, kaynak birimdeki içeriği ifade edebilecek olası seçenekler arasından seçilerek ifade edilmesi gerekmektedir. Mesaj iletiminde bir duygu veya düşüncenin verilebilecek çeşitli cevap seçenekleri arasından seçilerek verilmesinin öneme dikkat çekilmektedir. Mesajların salt sözlü olmak zorunda olmamalarından hareketle, muayene odaları içinde iletişime geçen hasta ve doktor arasında da mesajların gerçekleşmesinden bahsedilmektedir. Hasta ve doktor iletişiminde kullanılan kelimeler kadar önemli olan vücut hareketlerinin, çok çeşitli mesajlar vermekte kullanılmaktadır.

Alışveriş: İletişim iki yönlü bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Tek yönlü mesaj aktarımı aktarıldığı kişide zihinsel bir süreç uyandırmadığında veya bir davranış biçimine dönüşmediğinde iletişim oluşmamaktadır. İki kişi konuştuğunda, bir kişi konuşmakta diğer kişi de onu görüyor ve dinliyorsa iletişimden söz edilmektedir. Dinleyen kişinin yüz ifadesinden, oturuş biçiminden, konuşan kişiyi anlayıp anlamadığı, sıkılıp sıkılmadığı anlaşılabilir. Bu durumda sözlü mesaja, sözsüz mesaja cevap verilmiştir. Birbirlerini görmesi engellenen iki kişiden sadece biri konuşma olanağına sahip olduğunda iletişim değil, tek yönlü bir mesajın iletimi söz konusudur. İnsan-mekan iletişimde, mekanın, içinde gezen kişi tarafından duyumsanmasına rağmen bir algı oluşturmadığı durumda da bir alışveriş gerçekleşmiş sayılmamaktadır. Muayene odalarının mesajlarının hastalar tarafından algılanmaması durumunda da benzer biçimde, alışverişin gerçekleşmeyeceği belirtilmektedir. Mesaj gönderilmekte ancak bu mesajın karşılığı alınmamaktadır. Bir iletişimin gerçekleşebilmesi için bir mesaj alışverişine, bir başka deyişle, iki yönlülüğe gerek vardır. Kaynak birimin gönderdiği mesaja karşılık, hedef birimin verdiği cevap mesaja, "geri iletim" adı verilmektedir.

5.1. İLETİŞİM MODELİ

Bir iletişim modelindeki öğeler, kaynak ve hedef birimler, kanal ve iletişim ortamı olmak üzere üç ana başlık altında toplanmaktadır:

5.1.1. Kaynak ve Hedef Birimler

Her iki birimi açıklayabilmek için, merkez, gönderici ve alıcı tanımlarını bilmemiz gerekmektedir. Cüceloğlu'na (1991) göre; **Merkez:** Gönderilecek mesajların içeriğinin (duygu, düşünce, niyet, güdü, eylem vb.) olduğu ve gönderilmek üzere seçildiği bölüm olarak tanımlanmaktadır. **Gönderici:** Merkezdeki içeriği, sözlü ya da sözsüz işaretler haline dönüştürerek kanala bırakan öğedir. Sözlü iletişimde ciğer, gırtlak, dil, diş, dudak ve damarlardan oluşan ve birbirleriyle düzenli ilişki içerisinde çalışan son derece karmaşık bir sözlü gönderici sistemi iş görmektedir. Yüz ifadeleriyle sözsüz bir iletişim söz konusu olduğu zaman ise, boyun ve yüz kaslarından oluşan bir düzen, gönderici olarak çalışmaktadır. **Alıcı:** İşaret biçimine dönüşmüş olarak kanaldan gelen mesajları alan ve merkeze aktaran öğedir.

Kaynak birim gönderileri göndermekte ve merkezde oluşan mesajı herhangi bir kanal yardımı ile hedef birime ulaştırmaktadır. Hedef birim, gelen mesajları alma görevini yapmakta ve mesajların türüne göre farklı alıcılar kullanmaktadır. Sözlü mesaj aktarımında işitme sistemi, görsel mesaj aktarımında görme sistemi, dokunma, koku gibi işaretler aracılığı ile gönderilen mesajlar, cilt ve burun alıcı sistemleri tarafından algılanmaktadır. Kaynak birim, mesaj gönderen durumundadır, hedef birim ise kendisine gelen mesajı alan ve yorumlayan olarak konumlanmaktadır.

Psikolojik işleyiş bakımından hedef birim, kaynak birimin aynısı olup, süreçlerin yönünün farklı olduğu kaydedilmektedir. Hedef birim, alıp yorumladığı mesajla ilgili bir geri iletimde bulunduğu anda, işlevi bakımından artık bir kaynak birim durumuna gelmektedir (Cüceloğlu,1991).

5.1.2. İletişim Kanalları

Kaynak birimden hedef birime, işaret haline dönüşmüş mesajın gitmesine olanak sağlayan yola, geçide, kanal adı verilmektedir. Her duyu organı, bir kanala karşılık gelmektedir. İnsanın biyolojik ve fizyolojik özellikleri üzerinde çalışan araştırmacılar duyu organlarını; uzak alıcılar (göz, kulak ve burun) ve yakın alıcılar (deri, zarlar, ve kaslar) olmak üzere iki ana başlık altında incelemektedirler (Hall, 1966; Oktay, 1990).

5.1.2.1. Görsel Kanal

Mekanın uzaktan, yakından ve çok yakından algısı farklı bilgiler içermektedir. Yapıların uzaktan bakıldıklarında kimlikleri fark edilmekte; yaklaştıkça gözün gördüğü perspektifle algıya dönüşmekte ve böylece farklı algı ölçeklerine göre mekanla kurulan iletişimin detaylandığı ve geliştiği önerilmektedir. Mekansal tatmin, aslında tüm mekansal ölçeklerin bir fonksiyonudur ve mekanda oluşan algının bütünü sayesinde ortaya çıkmaktadır.

İnsanlar, daha önce hiç kullanmadıkları mekanla ilk defa karşılaştıklarında, kısa sürede mekan hakkında bir izlenim oluşturmaktadırlar. Mekanın büyük veya küçük, aydınlık veya karanlık, yaşanabilir veya yaşanamaz olduğu gibi algılamaları içeren bu ilk izlenimler, ilk otuz saniye civarındaki kısa bir sürede oluşmakta ve daha çok sözsüz mesajlara dayanmaktadır. UCLA öğretim üyelerinden psikolog Mehrabian (1971), insanların birbirleriyle karşılaştıklarında, ilk izlenimi nelerin belirlediğini araştırmıştır. Bulduğu sonuçlara göre; gözden gelen mesajlar ilk izlenimin %55'ini, kulaktan gelen mesajlar %38'ini oluşturmaktadır. Kişinin ne söylediğinin anlamsal karşılığı olan içerik ise, ilk izlenimin ancak %7'sini oluşturmaktadır. Bu sonuçlar, mekanla ilk karşılaşıldığında göz ile algılananların; sahip olunan izlenimi ve çıkarılan yorumu belirlediğini önermektedir. Mekan ile ilgili söz konusu izlenimlerin mekanın kullanım senaryosundan daha önemli olduğu düşünülmektedir.

5.1.2.2. İşitsel Kanal

Konuşulan kelimelerle sesler halinde aktarılan mesaj, işitme kanalı yoluyla, hava titreşimi olarak hedef birime ulaşmaktadır. Sözlü ifade yani hava titreşimi ağızda başlamakta, dinleyicinin kulağına gitmekte ve orada işitsel alıcı organ tarafından sinirsel titreşimlere dönüştürülerek beyine iletilmektedir. Karşılıklı konuşulan kişi görülme dahi, kullanılan ses tonu, kelimelerin vurgulama biçimi, sessizlik süreleri, konuşurken kekelenmesi, kelimelerin tane tane veya hızlıca yuvarlanarak söylenmesi bu kişinin iç dünyası hakkında fikir vermektedir. İleti aktarımında kullanılan konuşma ses tonunun kalın veya ince olmasının dinleyenler üzerinde farklı bir etki uyandırdığı kaydedilmektedir.

Konuşurken bazı kelimeleri vurgulayan kişinin, nelere önem verdiğini anlaşılmaktadır. Kişinin konuşma tarzı, onun kendinden ve söylediğinden emin olup olmadığı, söylediğini ne kadar bildiği konusunda bir izlenim vermektedir. İlk karşılaşma ve tanışma anındaki bu tür ilk izlenimler, kurulacak ilişkinin geleceği hakkında çok önemli etkiler içermektedir (Cüceloğlu, 1991).

İnsan-mekan iletişiminde mekandaki sesin dolaşımına ilişkin veriler, mekan algısını ve ulaşılan yargıları etkilemektedir. İçeride seslerin yankılanması, mekanın akustik niteliği, ses geçirimi konularının insanın konfor koşullarını olduğu kadar psikolojik durumunu da olumlu ya da olumsuz etkilediği aktarılmaktadır. Sağlık yapılarında bulunan genel mekanlarda kimi zaman müzik yayınlanması durumunun; ortamda bulunan hasta, doktor ya da diğer sağlık personeli üzerinde belirli bir etki yaratmak amacıyla bilinçli olarak yapıldığı ifade edilmektedir. Farklı kullanım amacına sahip mekanlarda ortam müziği çeşidinin de değiştiği önerilmektedir.

5.1.2.3. Dokunsal Kanal

Dokunmanın işlevi, yaşamın değişik alanlarında yürütülen araştırmalarla saptanmaktadır. Türk toplumunda, yakın arkadaş ve dostların birbirlerine sık sık dokunduğu görülmektedir. Dokunma davranışının, ilişkinin sıcaklığını ve kişilerin birbirlerine karşı hissettikleri yakınlığı yansıttığı düşünülmektedir (Cüceloğlu,1991). Benzer şekilde, insanlar sık sık eşyalarına ve yaşadıkları mekanın yapısal elemanlarına

dokunarak mekan algılarının olumlu ya da olumsuz olduğunu belirlemeye çalışmaktadırlar. Dolayısı ile bu çabanın arkasında bir mekânsal tatmin arayışından bahsetmek mümkündür. Mekanda oluşturulan dokular, mekanın rahat ya da rahatsız olarak nitelenmesini, sıcak ya da soğuk olarak algılanmasını etkilemektedir. Hastane ortamlarında doku kullanımının niteliklerinin ortamda yaratılmak istenen izlenimle örtüşen nitelikte olmasının önemine dikkat çekilmektedir.

5.1.2.4. Kokusal Kanal

Koku merkezleri iç beyinde yer almakta ve beyin kabuğunun denetiminden uzakta bulunmaktadır. Kokuların, duygusal yaşamımızı doğrudan ve kuvvetle etkilediği; bu etkinin olumlu ya da olumsuz olabileceği ifade edilmektedir. Kokunun olumsuz etkisinin düşünceyle giderilmesinin uzun düşünsel eğitimler sayesinde gerçekleşebileceği kaydedilmektedir. Burun algı organının, parfüm kokusunu 2-3 metreden; hafif kokuları 1 metreden algıladığı bilinmektedir (Cüceloğlu, 1991). Mekanların hatırdaki kalmalarının önemli bir nedeni de, o mekanlarla özdeşleşen kokulardır. Kokuların tekrar algılandığında kişinin hafızasında belirli anıları tetiklediği bilinmektedir. Kimi kokuların, rahatlık duygusu ve haz duygusu gibi mekan tanımlamakta kullanılan duygularla insan zihninde eşleştirilmesi mümkün olabilmektedir. Çok katlı mağazalarda belirlenen zamanlarda tadımlık yemek pişirimi yapılması ve kokunun mağaza geneline yayılmasının sağlanması ticari mekanlarda kokunun bilinçli kullanımını önermektedir. Sağlık yapıları ile özdeşleşen dezenfektan kokusu değerlendirilmekte ve son dönemde ortam kokusuna dikkat edilerek algılanabilir kokusu olmayan malzemeler kullanılarak yüzey temizliğin yapıldığına dikkat çekilmektedir.

5.1.2.5. Tatsal Kanal

Damak zevki ile duygular arasında güçlü bir bağ olduğu önerilmektedir (Cüceloğlu, 2002). Tatsal kanal, insan-mekan iletişimde aracı bir rol üstlenmektedir. İçinde güzel tatlar alınan mekanın, o tatlar çevresinde insan zihninde öne çıkan detayları hatırlanmaktadır. Özellikle, yeme içme mekanlarının tasarımında görsel olarak tatmin olunan ve rahat edilen bir mekanda tadılan lezzetler olduklarından daha lezzetli olarak algılandıkları aktarılmaktadır. Bu etkilenme karşılıklı olduğundan, iyi tatlar alınan bir mekanın çok güzel olduğu algısını önermektedir.

5.1.3. İletişim Ortamı

İletişim sürecini etkileyebilecek nitelikleri olan ve iletişim durumu içinde olan kişi, nesne ve olayların tümüne 'iletişim ortamı' adı verilmektedir. İletişimde bulunulan ortamda, mekanın fiziksel özelliklerinin, konfor şartları (çalınan müzik, mekanın sıcak veya soğuk, büyük ya da küçük olması gibi), yapı çeşitliliği veya çevrenin özelliği (konut, işyeri, okul, hastane gibi), iletişimi etkilediği savunulmaktadır. Bunun yanı sıra, sosyo-kültürel yönüyle iletişim ortamına bakıldığında, toplum yaşamında önemli olan değerler ve toplum kültürü açısından, insanların nasıl bir çevre içinde ilişki kurduklarıyla ilgilenilmektedir. Ayrıca, mekanla iletişim kuran insanların yaşı, mesleği, öğrenim düzeyi de, mekanla nasıl iletişim kurulacağını belirlemektedir (Cüceloğlu, 1991).

5.2. TEMEL İLETİŞİM SÜREÇLERİ

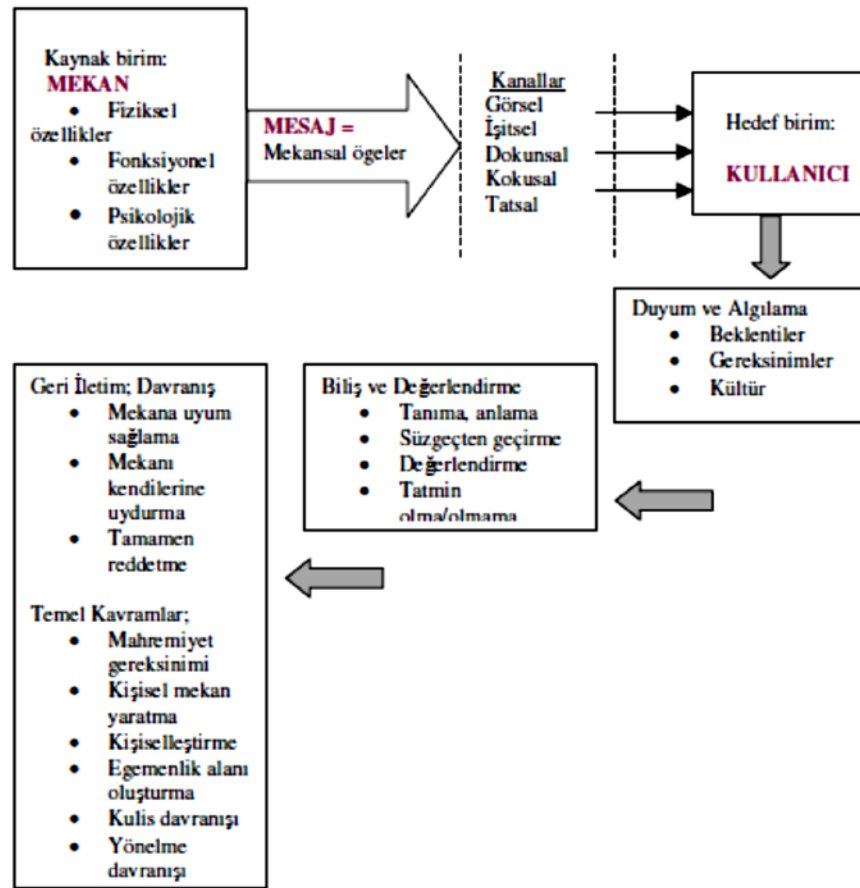
Mimari mekanlar kullanıcıları ile buluştuklarında, eğer kullanıcı nereye geldiğinin farkındaysa, iletişim süreci başlamış demektir. Bu tepki süreci şöyle açıklanmaktadır:

1. Çevrelenen organizmanın çevresinden gelen uyarı organizma tarafından algılanmaktadır. En dar anlamında algı bir uyarının varlığından duyular yoluyla bilgi sahibi olmaktır.
2. Algılanan olgu beyne iletilmektedir. Beyin tarafından bir olgunun algılanması, bir nesneyi eski deneyimler yoluyla yorumlamak anlamına gelmektedir (Stea ve Downs, 1970).
3. Algılanan şey uyumlandırılıp kavrandığında biliş gerçekleşmektedir, yani organizmanın tanıdığı bildiği bir şey haline getirilmektedir.
4. İlk uyarıya bir tepki gösterilirse bu tepkinin önceden bilinen bir imgeye gönderme yapılarak gerçekleştiği varsayılmaktadır.

Mesajın işaret haline dönüşmesinde kullanılan simgeler ve bunlar arasındaki ilişkileri düzenleyen kuralların tümüne "kod" (henüz işlenmemiş bilgi, duyu) adı verilmektedir. Bu anlamda, mekan öğeleri ve lisan birer kod olarak değerlendirilmektedir. Yüz ifadeleri, söyleyiş tarzı, el ve kolların hareketleri de benzer biçimde kodlarla aktarılan mesajlardır. Mesajın içeriğinin kod simgelerine dönüştürülmesine "kodlama" denmektedir.

Kodlanarak gelen mesajın içeriğini yeniden elde etmek için yapılan çözümlene sürecine “kod açma” (algılama) denmektedir. Kod açma sürecinden sonra yorumlama işlemi başlamaktadır. Kod açılarak elde edilen mesajın içeriğine, o andaki bütün ilişkiler ve diğer koşullar çerçevesi içinde, yeniden anlam verilmesine “yorumlama” (bilgi) denmektedir. Yorumlama süreci, kodlar sayesinde alınan mesajın yeniden değerlendirilmesini gerektirmektedir. Kaynak birimin gönderdiği mesaja karşılık hedef birimin gönderdiği cevap mesaja “geri-iletim” adı verilmektedir (Cüceloğlu, 1991).

Söz konusu iletişim modeli Şekil 5.1’de gösterilmektedir:



Şekil 5.1.: İletişim Süreci Özeti (Günel, 2015)

5.3. DUYUM VE ALGILAMA

Duyu, duyu organları tarafından ortamdan getirilen henüz işlenmemiş bilgidir. Duyum ise, alıcı organların çevredeki enerjinin etkisi altında uyarılmasıyla ortaya çıkan nörofizyolojik süreçlerin tanımıdır. Duyumu inceleyen psikologlar alıcı organın yapısını, sinirsel enerjinin akış yollarını, çevrenin özelliği ile ortaya çıkan sinirsel enerjinin türü arasındaki ilişkiyi incelemektedirler (Cüceloğlu, 1991).

Cüceloğlu (1991) algıyı, *“bilgileri işleyerek belirli bir yapı ve organizasyona sokma işlemine verilen addır ve duyu verilerini örgütleyip yorumlayarak çevremizdeki nesne ve olaylara anlam verme süreci”* olarak tanımlamaktadır. Çevresel psikologlara göre algılama, çevremizdeki uyarıların farkında olma süreci olarak görülmektedir. Gür'e (1996) göre; insan çevresini her şeyden önce kişisel etkinlikleri ve toplumsal ortamda üstlendiği rollerle algılamaktadır.

Algılama, algılanan uyarıcının ve algılayan insanın özelliklerinin etkileşimiyle oluşmaktadır. Önce duyuşal süreç yaşanmakta, arkasından algı süreci gelmektedir. İkisi arasındaki zaman farkının algılanamayacak kadar kısa olması nedeniyle duyumla algılamanın aynı anda gerçekleştiği sanılmaktadır. Alıcı organlar, renk, doku, ağırlık, sıcaklık, yumuşaklık, hızlılık gibi nesne ve olayların özelliklerine göre farklı duyuşal veriler iletmektedirler. Bu özellikler, duyuşal düzeyde nörofizyolojik enerjiye dönüştükten sonra algı süreci başlamaktadır.

Algılama, kişinin önceki yaşantı ve deneyimlerine göre gerçekleşmektedir. Her algılama olayı, gelen duyuşal verilerle dış dünya hakkında kurulan bir kuramdır. Bu kuram sorgulamaya ve denemeye açık, geçici bir kuramdır. Daha sonradan gelen duyuşal verilerle, ya daha kuvvetlenmekte ya da zayıflayarak yerini başka –geçici- bir kurama terk etmektedir. Her birey kendi kuramını, kendi yaşantısı ve deneyimleri çerçevesinde oluşturmaktadır. Söz konusu özelliği dolayısıyla algının, son derece öznel bir süreç olduğu kaydedilmektedir. İnsanın yarattığı her şey kendi algısal süreçlerinden geçerek oluşmaktadır (Cüceloğlu, 1991). Rapoport (1977), çevrenin algılanmasının, bilişsel davranışlar ve değerlendirme temeline dayandığını savunmaktadır. Buna göre, çevresel algılama, çevrenin doğrudan duyularla hissedilmesi olarak kabul edilmektedir. Gerçek

dünya, insanda ilk olarak kültürel bir süzgeçten geçmekte ve sonra, kişisel değerler çerçevesinde ikinci bir süzgeçten geçerek algılanan dünyaya ulaşılmaktadır (Rapoport 1977).

Algı ile ilgili çalışmalarda, mekan performansları, mekan gereksinimleri ve algıya dayalı konfor çözümlerine ulaşılmıştır. Örneğin; dikdörtgen mekanlar, daha büyük olarak algılanırken, bu büyüklük algısının kare mekana yaklaştıkça etkisini kaybetmeye başladığı görülmüştür. Mekanın ferahlığının, binanın konumundan çok, iç mekanların sahip olduğu aydınlık değeri, oda ve pencere ölçüleri ve pencerelerin baktığı yeşil alanlarla yakın ilişkili olduğu görülmüştür (Oseland ve Raw, 1991). Zorlu tedavi sürecinde tanıdığı fiziksel çevreden uzakta bulunan hastaların ve onlarla birlikte bu zorluklarla baş etmeye çalışan hasta yakınlarının içinde buldukları fiziksel ortamın yukarıda verilen örnekte tespit edilen mekânsal niteliklerinin; hastane ortamındaki kalış sürecinin konforu seviyesine ve iyileşme sürecinin de hızlanmasına olumlu etkileri bulunduğu ifade edilmektedir. Algı ile mekânsal tatmin arasında bir ilişkiden söz etmek mümkündür. Amerikalı akademisyen-mühendislik tarihçisi David C. Ipsen, tatmin ve algılama ilişkisini şu şekilde açıklamaktadır: *“tatmin ya da tatminsizlik derecesi ve düzeyi, beklentilerle ve bir nesnenin algılanmış gerçekliği ile ilişkilidir”* (Ipsen, 1960).

5.4. ALGILAMAYI ETKİLEYEN ÖZELLİKLER

Bir algılama sürecinde, birbirini etkileyen dış ve iç etkenler algı bütünü oluşturur. Burada bahsi geçen dış etkenler kişiyi etkileyen dış uyarıcılar, iç etkenler ise uyarıcıdan kişiye ulaşan duyu verileri ve kişinin algılamasını yöneten psikolojik süreçler olarak tanımlanmaktadır. Nesnenin ya da davranışın içinde yer aldığı sosyal durum ve bağlam algılamamızı etkilemektedir. Cüceloğlu'na (1991) göre;

“...İçinde yetişilen kültür, o anda içinde bulunulan ortam, gereksinimler ve benzeri her şey, algısal beklentileri etkiler. Bu nedenle algılamalar “mutlak” bir gerçek olamaz. Her bireyin algılaması o bireyin gerçeğini oluşturur. Bu bilimsel gerçeğin unutulması, kendi bildiği ve gördüğünün “tek doğru yol” olarak savunulması, diğerlerinin algılamasına saygı göstermeyen, bireyin özgürce algılama ve düşünmesine sürekli zincir vuran bir ortam yaratır. Bu ortam, özgür düşünen kişilerin yetişmesini ve gelişmesini kısıtlar” (Cüceloğlu, 1991).

Algılama sürecinin iki önemli aşaması seçici dikkat ve örgütlemedir;

5.4.1. Seçici Dikkat

Dış dünyada olup bitenlerin büyük bir kısmını duyu organları tarafından algılanmaktadır, ne var ki insan çoğunlukla kendisini çevreleyen enerjilerin farkına varamamaktadır. İnsanoğlu, çevresini seçici bir şekilde algılamaktadır. Sinir sisteminden geçen duyu verileri, yaşantı ve öğrenme getirileriyle etkileşimde bulunarak bir önem sırasına göre düzenlenmektedir. Kişi, duyu organlarına ulaşan tüm uyarıcılara tepki vermemektedir. Gelen uyarıcılar o anda bireyin ihtiyacı olana doğru yönlendirilmektedir. Bu algısal odaklanmaya "dikkat" adı verilmektedir (Dövücü, 1999). Akademisyen-mimar Semra Aydın'ya (1992) göre, kişinin çevresindeki çok yönlü mesajları hızla alabilme, bilgiyi açık, net bir şekilde görebilme yeteneği "görsel keskinlik" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım "dikkat" tanımıyla örtüşmektedir.

Herhangi bir insan, mesleki uzmanlığına göre örneğin, mimar, mühendis ya da sosyolog mesleğindeki bir kişi olarak bir yapıya baktığında yapının farklı özelliklerini algılamaktadır. Farklı mesleğe mensup bir kimse, yapının pencerelerini, kapısını, çatısını ve rengini algılamak; mimar, renklerin şiddetini, yapı üzerindeki gölgeyi ve pencerelerin yansımalarını; mühendis, kullanılan malzemeyi, imalat tekniğini ve yapısal detayları; sosyolog ise pencerelerin perdelerinin açık ya da kapalı olmasını, yapının kullanılmakta olup olmadığını algılamaktadır. Bunun yanı sıra, çevrenin gönderdiği mesajlar ve bunların insan tarafından algılanması ilgi, tutum ve değerlere bağlı olarak değerlendirilmektedir (Aydın, 1992).

Hastane ortamlarında yukarıda tanımlanan meslek grupları ile ilişkili olan ve ilerdeki bölümlerde incelenecek olan 'hasta insan' grubunun algıları üzerinde durulacaktır. Hasta kişinin doktoru ile yapacağı görüşmenin öncesinde, sırasında ve sonrasında yapı ile ne tür bir etkileşim içine girdiği konularının araştırmaya değer olduğu değerlendirilmektedir. Duyu organları diğer tüm meslek gruplarına mensup kişilere benzer biçimde çalışan ve dış dünyadan algılama yapmaya devam eden kişi için hastalık durumunun kişinin bireysel yorumları ve psikolojik durumu üzerindeki etkilerinin, kişinin çevre algısı üzerinde belirleyici bir niteliğe sahip olduğu düşünülmektedir.

5.4.2. Örgütlenme (Organizasyon)

Algı kavramının bir örgütlenme işlemi olduğu ifade edilmektedir. Dünya, nesnelerin ve olayların rastgele dizildiği bir çevre olarak algılanmamaktadır. Duyu organlarından karmaşık olarak gelen duygusal veriler, insan beyni tarafından örgütlenerek algılanmaktadır.

Algı olgusunda biçim, renk, büyüklük, açıklık, kıyaslama gibi algısal değişmezler bulunmaktadır. Kişiye gelen duyular, algısal değişmezler kullanarak bir araya toplanarak organize edilmekte ve tüm bu işlemde bir anlam çıkartılmaktadır. Algısal değişmezler, kişinin tüm yaşamı boyunca geliştirilmektedir. Dolayısıyla, algısal işlemi hızlandırmak adına, her gelen duyusal veriye, her defasında yeni baştan anlamlar yüklemek yerine, söz konusu bu değişmezler kullanılmaktadır. Algının örgütlenme özelliği, algıyı oluşturan duyusal girdilerin toplamından daha fazla bir anlam elde edilmesini sağlamaktadır (Cüceloğlu, 1991).

5.5. MEKANSAL ALGI

Görsel, işitsel, ısısal çevre etkenleri, üç boyutlu bir mekansal düzenleme kapsamında ele alındığında “mekansal algı” konusundan bahsedilebilmektedir. İnsan varlığı, algıladığı çevresini kişisel amaçlarıyla özdeşleştirerek ve aynı zamanda çevrenin sağladığı koşullara kendini uydurarak bulunduğu mekana anlam kazandırmaktadır. Mekanın fiziksel özellikleri olan renk, doku, form, aydınlık düzeyi, koku, ses, ısı mekânsal algılamamızı etkileyen çeşitli verilerdendir.

Renk, belli bir ortamdaki elemanlar ve ortam arasındaki farklılığın algılanmasına yardımcı olmaktadır. Bazı mekansal objeleri görünür hale getirmenin yolu arka planları ile kontrast yaratan bir renkte boyanmalarıdır. Öte yandan parlak renklerle boyalı geniş alanlar ise gözde bitkinlik oluşturmakta ve özellikle çevrenin aydınlanmasında farklı ışık seviyeleri söz konusu olduğunda, istenen mekânsal öğeler ön plana çıkartılmakta, diğer öğelerin algılanmaları engellenmektedir. Güçlü bir kontrasta sahip renkler ise, dikkat çekici olarak nitelendirilmektedirler.

Renk algı fizyolojisinin psikolojik etkileri üzerine kayda değer sayıda çalışma bulunmaktadır. Kimi çalışmalarda koyu renklerin depresif bir etki yaptığı ve bütün açık renklerin hayatı daha kolay, parlak renklerin ise mekanı daha samimi bir hale getirdiği düşünülmektedir. Söz konusu bu yargının, sistematik bir araştırmaya dayalı olduğu kadar, kişisel gözlemlere bağlı olduğu önerilmektedir.

Bazı renklerin, duvarların varlığını kabul ettirmeye çalışmayarak odayı daha geniş göstermeleri söz konusuyken, diğerleri daha sıcak bir ortam izlenimi oluşturmaktadırlar. Bu yaygın kabul gören inanışlar, günlük deneyimlerle de doğrulanıyor gibi gözükmektedir (Grandjean, 1973).

“Bir yüzeyin dokusu, malzemenin yapısında var olan niteliğidir.”(Aydınlı, 1986).

Dokular, dokunularak tecrübe edilmektedir. Diğer bir deyişle doku, parmaklarımız ve ayaklarımızın altıyla deneyimleyebileceğimiz bir tecrübe olarak tanımlanmaktadır. İnsan vücudunun duyu ile görevli bölgeleri, hissedilen yüzeyin özellikleri ile ilgili bildirimlerde bulunmaktadır; yumuşak, sert, pürüzlü gibi. Dokunma duyularının malzemenin yapısının ne olduğunu (beton, çakıl, kum çamur, tahta vb.) anlatmanın yanı sıra malzemenin ortam ısısına göre durumunu da (sıcak, soğuk, ortam ısısında) aktarmakta kullanıldığı ifade edilmektedir (Ünlü, 1994).

Form, üç boyutlu bir anlatımı ifade etmek için kullanılmaktadır. Formların kullanıldıkları mekanlarda farklı etkiler yarattığı yapılan deneysel çalışmalarla saptanmıştır. Dikdörtgen formların dengeli ve dinamik bir etki yarattığı; dar açılı formların dengesiz ve rahatsız etki yarattığı rapor edilmiştir (Aydınlı, 1986).

Renk, doku ve formun görsel etkinliği, kullanılan ışık kaynağı ve aydınlık düzeyi ile artırılmakta veya azaltılmaktadır. Yeterince aydınlatılmamış mekanlar kimi insanlarca kasvetli bir etkiye sahip olarak tanımlanırken, iyi aydınlatılmış bir mekanın kişide neşeli bir etki bıraktığı kaydedilmektedir. Hastaların sağlık yapılarında kullandıkları mekanların

ışık kalitesinin hastaların psikolojik durumlarını etkilediği göz önünde bulundurularak, hastaların kullandıkları mekanların ışık ve renk seçimlerinin hassasiyetle yapılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Işık kullanımına ilişkin çeşitli algı türlerine göre ortaya çıkan kavramlardan bazıları; aydınlatma yoğunluğu, kamaşma, ışığın rengi, ışığın doğrultusu ve gölge olarak sıralanmaktadır (Aydınlı, 1986 ve Hesselgren, 1969).

Koklama duyusu yoluyla da mekanların hissedilip algılanabildiği vurgulanmaktadır. Kokularla insan çevresindeki alanlar insan zihninde bir hatıra oluşturmaktadırlar. Koklama, ayrıca mekânsal tatmin duygusunu zenginleştirmekte ve o yerin özelleştirilerek, teşhis edilmesini sağladığı vurgulanmaktadır. Diğer taraftan kokuların, toplum tarafından verilen anlamları gösterdiği ve manevi ve sosyal kimlikler taşıdıkları önerilmektedir. Kokunun insanların bazı yerleri fark etmelerini ve akıllarında tutmalarını sağladığı aktarılmaktadır. Liman şehirlerinin algısal kimlikleri, görsel ve koku etkileriyle yoğun olarak gerçekleşmektedir. Deniz ürünlerinin satılması, depolanması, pişirilmesi bütün atmosferi değiştirmekte ve mekana özel bir kimlik oluşturmaktadır. Aynı şekilde bir sağlık mekanının algılanmasında ve akılda tutulan kısmında kokunun önemli bir yerinin bulunduğu kaydedilmektedir (Rapoport, 1977).

Ses, çevresel değerlendirme özelliklerinden biridir. Ses elemanı, çevrenin özelliklerini vurgulamakta, ima etmekte ve algılanmasına yardımcı olmaktadır. Sessiz ya da gürültülü yerler, o yerin anlamı ve özellikleri hakkında bilgi vermektedirler. Şehirlerde yoğun trafik gürültüsü diğer tüm sesleri bastırmaktayken, sakin yerlerin insanın ağaçları, rüzgarı, suyun sesini kısaca doğal çevresini fark etmesini sağladığı vurgulanmaktadır (Ünlü, 1994).

Mekanın işitsel olarak algılanmasında, yankı ve yansıma süresine göre farklı etkilerin ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Değişik mekânsal form özelliklerine bağlı olarak uzun yansıma süresi ve yankının olması, insana olduğundan geniş bir mekanda bulunduğu hissini vermekte; buna karşın kısa yansıma süresi ise, küçük bir mekanda bulunduğu hissini uyandırmaktadır. Mekanın oluşumunda kullanılan malzemelerin doku karakterlerinden kaynaklanan farklı yutma niteliğine sahip olmaları, işitsel algılamayı

etkileyen bir faktör olarak kullanılmalarına olanak vermektedir (Aydınlı, 1986 ve Hede, 1981).

Bir mekanın algılanmasında o yerin ısı, hava hareketleri, nemi vb. de oldukça önemlidir. Bir mekanın gerçek ısı değerinin yanı sıra o mekanda hakim olan renk ve kullanılan malzemeler de o mekanın olduğundan sıcak ya da soğuk algılanmasına katkıda bulunabilmektedir. Ateşin sarı-kırmızı rengi sıcak renkleri çağrıştırmakta; buzun mavi-yeşil rengi soğuk rengi çağrıştırmaktadır. Tasarımında sıcak renkler kullanılan bir mekanın olduğundan sıcak, soğuk renklerle tasarlanan mekanın da olduğundan soğuk olarak algılanacağı vurgulanmaktadır. Benzer şekilde, düz ve sert dokulu bir yüzey soğuk bir etki bırakırken, pürüzlü bir yüzey sıcak bir etki yaratmaktadır. Ayrıca o mekanda kullanılan malzemeler de o mekanın ısıl algısını etkilemektedir. Örneğin, metal soğuk, ahşap ise sıcak olarak algılanmaktadır (Brebner 1982). Böylece, hasta muayene odalarında kullanılacak malzemelerin de mekanı sıcak gösteren ve hastayı tehdit etmeyen malzemeler arasından seçilmesinin, yaratılmaya çalışılan mekânsal tatmin hissine katkıda bulunacağı önerilmektedir.

5.6. BİLİŞ VE DEĞERLENDİRME

Biliş, algıdan daha fazla zihinsel nitelik taşımaktadır. Biliş, çok fazla algısal zenginliğe sahip olmakla birlikte, bilgiyi algıya oranla daha fazla ayrıştırmakta ve basitleştirmektedir. Akademisyen-mimarlar Alper Ünlü (1998) ve Charles Holahan (1982) çevresel bilişin, çevreden gelen bilgileri toplama, organize etme, tekrar yapılandırma ve çevresel imajları hatırlamayı içerdiğini belirtmektedir.

Bilişsel psikoloji, düşünme, öğrenme, hatırlama, hissetme ve zihinsel gelişim konuları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bilişim konusundaki çalışmalar psikoanalitik ve davranışsal psikoloji dallarınca ağırlıklı olarak işlenmektedir. Bunlardan ilki bilişin bilinçaltı, ikincisi ise öğrenme üzerindeki etkileri üzerinde yoğunlaşmıştır (Lang, 1987).

Gür (1996),

“kalıtsal belirleyicilik, biliş kavramında önemli bir ilkedir ve biliş gerek bir tanıma/anlama süreci gerekse bu süreçten insana kalan tortudur ve yorumlama, değerlendirme, tanıma ve anlama aşamalarını izler...”

demektedir. Psikologlar Albert Bandura ve Richard Walters'da (1963) insan yaşamında belirleyici etmenin sosyo-kültürel öğrenme olduğunu vurgulamaktadırlar.

Antropolojik olarak bakıldığında, çevresel bilişin taksonomik bir süreç olduğu ve çevreyi anlamlandırma işlemi olduğu ifade edilmektedir. Anlamlandırma işlemi, bilişin bir kavramsal sisteme bağlı olarak adlandırma, sınıflama ve düzenleme yoluyla gerçekleştiğini savunmaktadır (Gür, 1996).

Bilişin ardından gelen yorumlama ve değerlendirme aşamasında birey, tatmin olma ya da olmama yönünde bir karar vermektedir. Diğer bir deyişle, bir çevrenin objektif özellikleri, insanın bu çevresel özellikleri algılaması ve değerlendirmesi aracılığıyla bireyin tatminini etkilemektedir. Fiziksel çevrenin, tatmin üzerindeki ve tatminin davranış üzerindeki etkisi, çevre-insan ilişkilerini açıklamakta önemli bir rol oynamaktadır (Gür, 1996).

İnsan, öğrenme, anımsama, anlamlandırma ve yönetme ile ilgili süreçlere dayalı düzenler geliştirmektedir. Bu düzenler, fiziksel çevrenin bilişsel sınıflamalarının bir ifadesi olarak kültürden kültüre değişim göstermektedir. Bireysel filtreler, bilişsel şemanın oluşumunu yönlendirmektedirler. Fiziksel çevrenin, kişisel etkinlikler ve toplumsal ortamda üstlenilen roller kullanılarak algılanması durumu, fiziksel çevrenin görülebilmesini, ayırt edilebilmesini ve kişiye birikimlerinden hatırlamalar yapmasını sağlamaktadır (Appleyard 1973, Canter 1976, Zeisel 1981, Gür, 1985). Bu nedenle, algının, kişisel etkinliğe bağlı olduğu vurgulanmaktadır. Kullanım değeri yüksek ve yararlı olan nesnelere öncelikli, hızlı ve abartılı şekilde algılanmakta ve biliş sürecinde de bu şekilde yer almaktadır (Lang ve ark., 1982). Etkinliklere dayalı biliş, kullanım ve amacı ifade etmekte kullanılmaktayken; uyarılara dayalı biliş, imgeye; çağrışımlara dayalı biliş de anlama karşılık olarak kullanılmaktadır (Gür, 1996).

Biliş süreçleri ve mekansal anlamlar, biliş haritaları ile daha iyi açıklanabilmektedir. İnsanın algılarına, ayımsama, ayırt etme, bellekte süreçlendirme işlemlerine, duygusal ve zihinsel tepkilerin sonuçlarına bağlı olarak oluşturulan biliş haritaları, saptama, varsayım yapma ve değerlendirme sonucu zihinde oluşan üç boyutlu kurgulardır. Bir mekanı kullanma süresine göre bilişsel haritalar, genelden özele olmak üzere bütüncül, ayrıntılı ve sistematik başlıkları altında incelenmektedirler (Gür, 1996).

Biliş ve değerlendirme kavramlarının ışığında, hastanelerde bulunan muayene odalarına giriş anından itibaren hastalarda bu iki kavramla ilgili farkındalık yaşanmaktadır. Mekana giren hasta, içeride bulunduğu sürece çevresini anlamlandırmaya çalışmaktadır. Anlamlandırma sürecinin sonucunda hastada biliş meydana gelmektedir. Farkına vardığı mekanla ilgili hastaların mekânsal tatmin ya da tatminsizlik yaşamaları da bu sonraki aşama olan değerlendirme aşamasında gerçekleşmektedir. Her hastanın diğerlerinden farklı geçmişleri, toplumsal statüleri, eğitim ve kültürel seviyeleri bulunması sebebiyle de her hastanın biliş ve değerlendirme aşamalarının o bireye has olmasına vurgu yapılmaktadır.

5.7. DAVRANIŞ – MEKÂNSAL DAVRANIŞ

Gür'e (1996) göre; insan algılayan, biliş yapan ve davranan bir organizmadır. Algı, duyular yoluyla çevreden bilgi edinme eylemi; biliş, yorumlama, belleğe gönderme yapma ve duyumsama eylemi; davranış ise, amaç ve güdüler doğrultusunda algılara verilen tepkiler olarak birbirlerinden ayrılmaktadır. Davranış, insan ve çevresi arasındaki etkileşimlerin tümünü kapsamaktadır. Davranışın tümü devinimsel bir tepki olarak gözlenmemektedir. Yerinden hiç kıpırdamadan sayı saymak, birini ne kadar sevdiğini düşünmek eylemleri de birer davranıştır. Gerçekte insanın toplumsal olmayan davranışlarının bulunduğu, ancak mekansal olmayan davranışının olmadığı ifade edilmektedir.

Davranış, bünyesinde birden fazla etkinlik bulundurabilir. Amerikalı bilgisayar programcısı Ronald Harris (1964, s.28) en küçük davranış birimini "insan vücut parçalarının her bir devinimi, vücudun en yakınındaki nesnelere mekan ve zamana bağlı olarak sürekli değiştirilmesidir" şeklinde tanımlar ve en küçük davranış birimini "akton"

olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda akton, vücudun bir parçasının deviniminden meydana gelen çevresel bir etki olarak tanımlanmaktadır. Davranış ve çevresel etkinin algılanmasında algılama sınırının altına düşülmemesi; akton'un ne zaman oluştuğu ve ne olduğu hakkında bir fikir vermektedir. Davranış akışı içinde yer alan çok sayıdaki etkinlikler eylemlere, eylemler aktonlara ayrılabilirler.

İnsan, toplumsal ve kişisel özellikleriyle bir davranış sistemine sahiptir. Davranış şeklinin eyleme dönüşmesiyle mekan ile iletişim başlamaktadır. İnsan-mekan iletişimi başladığında, insan-mekan iletişim sisteminin algı-biliş-davranış mekanizmasının işlerliği sonucunda bir takım yeni davranış özellikleri ortaya çıkmaktadır. Mekan ve insan kimliğinin oluşumunda önemli olan bu özellikler, mahremiyet, kişiselleştirme, kişisel mekan, egemenlik alanı, kulis davranışı ve yönelme davranışlarıdır. Kullanıcının tatmin ya da tatminsizlik değerlendirmesinden sonraki davranış biçimlerini bu kavramlarla açıklamak mümkündür.

5.7.1. Mahremiyet

Mahremiyet, bir kişiye veya gruba diğerlerinin optimum düzeyde yaklaşma koşulu olarak tanımlanan bir kavramdır. Mahremiyet aynı zamanda, bireylerin veya grupların diğerleriyle görsel, işitsel, kokusal olarak birbirlerini etkilemelerini kontrol edebilme kabiliyetidir. Amos Rapoport (1977), mahremiyeti şöyle tanımlamaktadır:

"mahremiyet, birbirleriyle olan ilişkileri kontrol etmek, seçeneklere sahip olmak ve istenen ilişkileri gerçekleştirmektir."

Amerikalı sosyal psikolog Irwin Altman'a (1975) göre mahremiyet, "optimum düzeydeki toplumsal bir eylem biçimi"dir ve insanın içinde bulunduğu durum ve orada gerçekleştirdiği eylem biçimi arasındaki ilişkilere ışık tutmaktadır.

Mahremiyet, bireyi diğerlerinden fiziksel olarak ayırmak olarak görülmemelidir. Her biri bir amaca yönelik birkaç çeşit mahremiyet vardır. Amerikalı akademisyen-hukukçu Alan Westin (1970), dört tip mahremiyet tanımlamaktadır:

- **Yalnızlık** (solitude); diğerlerinin gözleminden uzak olma durumudur.
- **Teklifsiz dostluk** (intimacy); diğer kişilerle birlikte olmak ama dış dünyadan uzak olmaktır.
- **Tanınmamak** (anonymity); kalabalık içinde bilinmeme durumudur.
- **Saklanmak** (reserve); istenmeyen izinsiz ilişkileri kontrol etmek için psikolojik bariyerler kullanmaktır.

Westin çalışmasında mahremiyet için dört amaç tanımlamaktadır. Bu amaçlar sırasıyla:

- Kişisel özerklik sağlamak,
- Duyguların serbestçe ifade edilmesine izin vermek,
- Kişisel denetime yardım etmek,
- İletişimi sınırlamak ve korumak.

olarak sıralanmaktadır. Dolayısıyla mahremiyet bireylerin veya grupların geri kalanı ile olan ilişkilerin düzenlenmesi açısından önemli bir kavramdır (Lang, 1987).

Mahremiyetin derecesi ve tipi, kültürel bağlama, kişiliğe, bireysel isteklere ve davranış örüntülerine bağlı olarak belirlenmektedir. Duvarların, perdelerin, sembolik ve egemen ayırıcıların ve uzaklıkların kullanımı, mahremiyeti sağlayacak mekanizmalar olarak düşünülmektedir. Yapısal çevredeki karmaşıklığın nedenlerinden biri, istenen mahremiyet seviyesinin sağlanamamasıdır (Lang, 1987).

İnsan ilişkileri arasında kesin bir mahremiyet ihtiyacı gösteren ilişki, doktor-hasta arasında tanımlı bir zaman aralığında gerçekleşen muayene görüşmesidir. Tanı ve teşhis çalışmaları sırasında değişen oranlarda olmak üzere hasta tüm sınırlarını yok saymakta ve kendi bedenini doktor olan bir başka insana teslim etmektedir. Bu işleyiş sırasında öngörüldüğü üzere, hasta tarafındaki kişisel sınırların kaldırılmaması durumunda hastanın psikolojik olarak kendisini rahatsız hissettiği nakledilmektedir. Dolayısıyla bu görüşme esnasında doktor-hasta ilişkisinin doğru kurulabilmesi sayesinde, hastanın doktor ile birlikte kendisini bir grup olarak algılamasını sağlamasının öneminin büyük olduğu anlaşılmaktadır. Mahremiyet kavramının bir sonraki aşamasında hasta-doktor grubunun görsel, işitsel ve kokusal ortamının sınırlanmasının gerekleri tam

olarak yerine getirilmelidir. Bu konu muayene odalarında hasta-doktor arasında gerçekleşmesi öngörülen sosyal iletişim açısından büyük önem taşımaktadır.

5.7.2. Kişisel Alan

Bireyler ve gruplar, kendileriyle diğerleri arasında, düzgün olmayan sınırlarını zihinlerinde belirledikleri, kendileriyle birlikte hareket eden bir alan oluşturmaktadırlar, bu hayali alan kişisel alan olarak adlandırılmaktadır (Gür, 2000). Bir uzaklık belirleme (araya mesafe koyma/koymama) mekanizması olan kişisel alan olgusu Amerikalı antropolog ve davranış bilimci Hall, E.(1966) tarafından geliştirilmiştir.

Kişisel alan ihtiyacını karşılamak, mahremiyetin sağlanması için temel bir mekanizmadır. Amerikalı akademisyen-çevre psikolojisi Prof. Robert Sommer (1969) kişisel alanı şöyle tanımlamaktadır;

“Kişisel alan, kişinin bedenini çevreleyen, görünmeyen sınırları olan, istenmeyen kişilerin girmesine izin verilmeyen bir alandır. Kişilerin, karşılarındakinin sıcaklığını ve arkadaşlığını hissedecek kadar yakın ama onların dokunmasından kaçınacak kadar uzak bir alandır. Kişisel alanın şekilsel olarak bir küre olması gerekmez, kişinin bedeninden her yönde eşit uzaklıktadır. Bir sabun köpüğü, bir salyangoz kabuğu, bir aura, bir nefes alma odası...”

Kişisel alan için, her bireyin yarattığı, gözle görünmeyen bu sınırlar toplumda onay gören davranışların sonlarını belirlerler. Davranışın konumu değişince kişisel alanın ölçüsü de değişmektedir. Kişisel alanın sınırlarının denetimi, bilgi akışını mahremiyet açısından ayarlamakta ve düzene sokmaktadır (Gür 2000). Bu alana davet edilmeden birisinin girmesi halinde, kişi rahatsızlığını agresif davranışlarda bulunarak göstermektedir. Kişisel alan izin alınmadan zorlandığında bu durum kişide gerilim ve baskı yaratmaktadır. Kişisel sınırın ihlal edilmesi durumunun tam tersi, insanların diğerleriyle teklifsiz dostluk kurmak istedikleri durumlarda yaşanmaktadır. Böylesi durumlarda birey, kişisel alan sınırlarını yok sayarak başkalarını davet edebilirler (Lang, 1987).

Kişisel alan bir davranış çeşidi olarak görülse de, yapısal çevreyi anlamada çok katkısı olmamaktadır. Bu kavramın önemi ancak, sabit donanımlı (örn.; sabit oturma bankları)

çevre tasarımlarında anlaşılmaktadır. Kişisel alan çatışmalarının yaşandığı yerlere örnek olarak: hastaneler, havaalanları, otobüs terminalleri gibi mekanların bekleme alanları, tiyatro ve sinema salonlarındaki fuaye alanları, parklardaki oturma yerleri, hastanelerdeki hasta kuyrukları gibi kalabalık ortamlar örnek olarak gösterilebilir. Kişisel alanın korunamadığı alanlar olan asansörler, uçak ve otobüs koltukları, metrolar ve hastane bekleme koltukları kontrol edilemeyen kişisel alan ihlallerine örnek alanlar olarak gösterilmektedir. Bu alanların aynı zamanda kişisel çatışmaların da yaşandığı alanlar oldukları aktarılmaktadır.

5.7.3. Kişiselleştirme

Kişi kendine ait olan, kendisinin bildiği mekanı düzenlemekte, organize etmekte ve diyalektik olarak farklılaştırmaktadır. Oluşturulan biçimlerin her biri, bireyce, çevrenin yapılandırılması, çevrede işaret noktalarının konması, güvenlik ve rahatlık koşullarının yaratılması açısından harcanan çabayı göstermektedir. Bu kavram kişiselleştirme terimiyle tanımlanmaktadır (Bilgin, 1991).

Kişiselleştirme, bir yeri benimsemek ve o yerdeki kendine ait nesnelere ve izlere artırmaktır. Bu işlem sırasında kişi çevresine kendinden bilgi aktarıırken isteklerini kabul ettirmektedir; kişiselleştirmenin yapısında bir "sorumluluk" özelliği vardır. Oluşumuna katkıda bulunan ve sahiplenilen çevrelerin ve nesnelere benimsendiği, onlara bakıldığı, korundukları ve sevildikleri kaydedilmektedir (Gür, 2000). Yaşanan çevreyi kişiselleştirme olgusu, kişilerin isteklerine, özlemlerine ve tasarımlarına göre hareket etmek, dinlenmek, sahip olmak, duymak, düş görmek, yaratmak olanaklarını sunmaktadır. Bu kavram kapsamında, bir özne-nesne ilişkisi içinde çevreyi kişiselleştiren birim, özne (birey veya grup) olarak tanımlanmakta; günlük yaşamda onun etrafında bulunan eşyalar da nesnelere olarak düşünüldüğünde özne-nesne arasında yer alan psikososyolojik süreçlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Bilgin, 1991).

Kişisel yapının temelinde, kişinin kimliği yatmaktadır. Sahip olunan kimlik, kişinin davranışları üzerinde ve dolayısıyla da "mekan" ile etkileşiminde birinci derecede etkin rol oynamaktadır. Bu kimlik doğrultusunda kişiler çevreyle bilinçli veya bilinçdışı bir iletişime girmektedirler, belli bir algı-biliş süreci sonucunda bir takım kararlara varmakta

ve o kararlar doğrultusunda bir davranış şekli göstermektedirler. “Sahiplenme” olarak gözlenen bu davranış, egemenliğin kontrolü için istemlerin ortaya konmasıdır. İnsanın yakın çevresinde gerçekleşecek eylemlerin daha verimli düzenlenmesi için sarf edilen bir çaba olduğu kadar estetik tercihlerin de bir ifadesi olduğu önerilmektedir. Bazı durumlarda çevreler tahrip edilmeden veya bir tamirat yapılmadan kişiselleştirme yapılamamaktadır. Sommer (1974) bu çabayı “el mimarlığı” olarak tanımlamaktadır. El mimarlığının zor bir kişiselleştirme yolu olduğu belirtilmektedir.

Bir yerin kişiselleştirme derecesinin, o yerin yapım malzemesinin kişiselleştirmeye uygun olup olmadığına, kullanıcı gereksinmelerine, içinde buldukları bağlamın kurallarına ve sosyal normlara bağlı olduğu ifade edilmektedir. Homojen toplumlarda, caddeler ve komşuluk üniteleri bir grubun kültürel gerçeğini yansıtacak biçimde kişiselleştirilmektedir. Dikkatli bir gözle bakıldığında herhangi bir yapısal çevrede, orada yaşayanların kişiselleştirme ve adaptasyon örnekleriyle ve ait oldukları kültürün izleriyle dolu olduğu belirtilmektedir (Rapoport, 1967).

Sağlık yapılarındaki çağdaş yönelimler çerçevesinde, kişiselleştirme beşeri bir ihtiyaç olarak kabul edilmektedir. Hastaneler, uzun dönem yatan hastaların kaldıkları odayı kişiselleştirmelerine belirli bir düzeye kadar izin vermektedirler. Yapılan güncel çalışmalar bu yaklaşımın yatan hasta iyileşme hızını olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır. Resim 5.1.’de Bristol Hematoloji ve Onkoloji Merkezi’ne sanatçı Jeremy Hutchinson tarafından tasarlanan ürünler görülmektedir. Bu ürünlerin parlak sarı renkleriyle hem mekana canlılık kattığı hem de hastaların şahsi eşyaları ile donatıp, rutin hayatlarına ilham verecek sanat objeleri oluşturdukları kaydedilmektedir. (<http://willisnewson.co.uk/bristol-haematology-and-oncology-centre.html>).



Resim 5.1: Bristol Hematoloji ve Onkoloji Merkezi kişiselleştirme panosu (<http://willisnewson.co.uk/bristol-haematology-and-oncology-centre.html>)

Uzun dönem yatan hastaların hastane ortamlarında tanıdık ortamlarından uzakta olmaları sebebiyle, kendi olma bilinçlerini kaybettikleri düşünülmektedir. Sanatın hastane ortamlarında kullanımının, hastaların yaşam kalitesini artıracağı beklenmektedir.

Yerlerin kişiselleştirilmesi, özel eylem örüntüleri organize etmek, gereksinmelerin karşılanması, psikolojik güvenlik ve sembolik estetik anlayışı gibi amaçlara hizmet etmektedir. Bölümlenme, kapatma, çevreleme gibi davranışlar, bir yeri kişiselleştirmenin temel araçlarıdır. Gür'e (1996) göre kişiselleştirme, bir yerin veya mekanın dönüştürülmesinde ortaya çıkan bir hakimiyet ve bir denetim göstergesidir. Kişiselleştirmenin gerçekleşmesi için söz konusu çevreye sahip olmak zorunlu bir koşul değildir. Bir yeri kendi anlayış veya zevkine göre düzenlemek, mekanlar içinde sınırlar ve kişisel bölgeler oluşturmak, eşyaları sınırlayıcı ya da geçiş olanağı verecek şekilde yerleştirmek, kendi zevk aldığı biçim, renk ve dokuyla doğanın ya da mekanın varlığını etkilemek, bir parçayı tamamıyla yok etmek gibi faaliyetlerin mekanın

kişiselleştirilmesinin ve kişinin özünün dışavurumunun ifadesi olduğu düşünülmektedir (Gür, 1996).

Fransız akademisyen-sosyal psikologlar Abraham Moles ve Elisabeth Rohmer (1978), kişiselleştirmeyi bireyin çevresine demir atması ve kök salması olarak nitelemekte; antropolojik olarak insanın “bir yere ait olma” kimliğine ihtiyacı olduğunu belirtmektedirler. Kişiselleştirmenin, ‘yer’e bağlı kimliğin oluşmasıyla gerçekleştiği ve kişinin mekan ile diyalogunda en açık “dil”, en anlamlı “söz”, en “yalın” ifade biçimi olduğu belirtilmektedir.

5.7.4. Egemenlik Alanı

Egemenlik alanı, bir kişinin veya bir grubun kullandığı ve koruduğu sınırlanmış bir mekan olarak tanımlanmaktadır (Pastalan, 1974). Egemenlik alanı davranışının, bir kişi veya bir grup tarafından sahiplenilmiş bir mekan veya bir nesnenin kişiselleştirilmesini sağlayan sınır düzenleyici bir mekanizma olduğu ifade edilmektedir (Altman, 1975). İnsan, mekanı aynı anda ben-merkezli ve çevre-merkezli algılamaktadır. İnsan, ben-merkezli algısı sonucu devingen ve dinamik kişisel mekanı ile varolmaktadır. Merkezinde olduğu statik ve sınırlandırılmış yer de onun durağan egemenlik alanı olarak sınırlanmaktadır. Çeşitli kural ve simgelerle denetimi altına aldığı, izinsiz girilince saldırı tavrına geçtiği bu durağan çevre insanın egemenlik alanı olarak tanımlanmaktadır.

Egemenlik alanı kişi ve grup sınırlarını betimleyen bir davranış mekanizmasıdır. Buna göre, egemenlik alanı bir kişi veya grubun kendi mülkiyetine aldığı veya denetimine / sorumluluğuna verilen bir mekan parçasıdır. Söz konusu alan, sahiplenmişlikle betimlenir ve sahibiyile psikolojik olarak bütünleşmektedir. Egemenlik alanı davranışının özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Mülkiyet (sahip olma veya denetleme hakkına sahip olma),
- Ölçekten bağımsız olma (farklı ölçeklerdeki mekanları kapsama, üzerinde hak iddia etme),
- Yabancılarla, saldırılara karşı koruma,
- Tüm gereksinimler hiyerarşisini kapsayan farklı eylemlere hizmet etme,
- Kişiyi özelleştirme / kendileme.

Bu özelliklerden de anlaşılacağı gibi egemenlik alanı davranışı, bir topluluktaki ilişkilerin tanımlanmasına ve belirli bir toplumsal düzenin korunmasını sağlayan birey ve grup hak ile sınırlarını oluşturan bir davranış mekanizması olarak tanımlanmaktadır (Altman, 1975).

İnsanların egemenlik alanı davranışları, hayvanlarınkine benzer şekilde biyolojik temelli olduğu kadar kültürel bağlama da temellenmektedir. Egemenlik alanı, yerel ve boyutsal olarak tanımlanmakla birlikte; bu alan sadece fiziksel bariyerlerle ve sembolik işaretlerle belirlenmiş bir yer değil, fikirler ve düşüncelerle tanımlanmış soyut bir yer de olabilmektedir. Her iki durumda da insanlar belirli egemenlik alanlarına sahiptirler ve bu alanlarla ilgilenmektedirler. Bir yere sahip olmanın, kişiye güvenlik ve özgürlük duygusu verdiği; kendine ait olanı koruma, bakma, güzelleştirme isteği uyandırdığı önerilmektedir (Lang, 1987). Kimi zaman toplum hayatı içinde insanlar kamusal alanlarda kişisel eşyaları vasıtasıyla kendilerine geçici egemenlik alanı belirlerler. Egemen olduğunu düşündüğü bu alan içinde kişi kendisini rahat ve güvende hissetmektedir.

Çevre düzenlemelerinde mahremiyeti karşılayan egemenlik alanlarının kontrolünün önemli olduğu kaydedilmektedir. Egemenlik alanı sınırlarını çizmek için kullanılan birçok fiziksel eleman bulunmaktadır. Konut, egemenlik alanı için iyi bir örnektir. Aileler konutlarını kendi egemenlik alanları olarak tanımlarlar. Konut, mahremiyetin göstergesidir ve diğer insanlardan korunmayı temsil etmektedir. Konutun, egemenlik alanı olmasının sürekliliği, egemenlik alanı isteminin açıkça belirlenmesine bağlıdır. Konutun dış sınırı olan duvarları, bahçe çitleri, çit bitkileri ve diğer sembolik sınırlar kolayca bu alanı belirlemektedir. Ön bahçe, sundurma, giriş merdiveninin basamakları gibi mimari elemanlar mahremiyet alanını kamu alanından ayırmaktadır.

Egemenlik alanındaki bu hiyerarşi insanların kendilerini iyi ve güvende hissetmelerini sağlamaktadır. Tipik apartman bloklarında mahremiyet alanları sadece dairelerin içindedir ve kapıda bitmektedir. Orada, müstakil konutların tersine kamusal alanla mahremiyet alanı arasında bir geçiş mekanı yoktur. Bu düzen, çok katlı apartman bloklarının kaçınılmaz karakteri olarak gösterilmektedir (Lang, 1987).

Sağlık yapılarında egemenlik alanına örnek olarak doktor çalışma ofisleri gösterilmektedir. Doktor çalışma ofisleri, konut örneğindeki kadar olmasalar da, kamusal bir alanda bulunabilecek üst seviye egemenlik alanı örneklerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Bu alanlarda da oda kapısı kamusal alanla mahremiyet sınırını belirlemektedir. Egemenlik alanının her zaman katı fiziksel sınırları olmadığı önceden ifade edilmiştir. Bu kapsamda, muayene alanındaki doktor masası da etrafının veya üzerinin açık olmasına rağmen, fiziksel ölçüsü belirgin biçimde azaltılmış ancak yine de güçlü bir egemenlik sınırına örnek olarak kabul edilmektedir.

5.7.5. Mekansal İstila

Tek başına yaşayan bir insanın sınırsız bireysel alana sahip olacağı kabul edilmekle birlikte, sınırları belirli olan kişisel alanının her zaman kendisini çevrelemeye devam edeceği önerilmektedir. Bu tespit nedeniyle Sommer (1969), kişisel alanı aynı zamanda 'Portatif Mülkiyet' olarak da tanımlamaktadır. Mekânsal istila kavramı insanların kişisel alanının bütünlüğünün bozulması durumu olarak ifade edilmektedir. Mekânsal istila alandaki diğer kişilerce yapılabileceği gibi, bu durumun cansız varlıklar tarafından da gerçekleştirilebileceği kaydedilmektedir. Mekânsal istila üzerine yapılan deneylerde insanların giderek artan oranda rahatsız oldukları durumlar şu şekilde aktarılmıştır:

- İnsanlar cansız nesnelere tarafından dokunulduklarında insan temasına göre daha az tepki vermektedirler,
- İnsanlar hemcinslerinin temasına, karşı cinsten gelen temasa göre daha az, ancak cansız nesne temasına göre daha fazla tepki vermektedirler,
- İnsanlar, en fazla tepkinin ve rahatsızlık hissinin karşı cinsten insan teması sonrasında gerçekleştiğini aktarmaktadırlar.

5.7.6. Kulis Davranışı

İnsanlar günlük yaşamlarını sürdürürken, yaşamsal eylemlere hazırlık için bir zaman harcamaktadırlar. Shakespeare'den bu yana, yaşamın da bir tür sahne olduğu söylenmektedir. Gözlemci ve dış kullanıcılar için mimari mekan, bir ön sahne olarak kabul edilse bile, aynı mekan iç kullanıcı için bir sonraki zaman diliminde oluşacak eylemlere hazırlık mekanı olmak durumundadır.

Örneğin, tiyatro sahnelerinin kulisleri, çekim salonları, film setleri arka planlardır. Bir konutun mutfağı, konuk odasının arka planıdır. Hazırlık odası konferans salonunun arka planıdır. Dikkatle gözlemlendiğinde, her mimari mekanın bir arka sahnesi olduğu görülmektedir. Kulis davranışı, insanların kendilerini ve eylemlerini başkalarına sunmadan önce gerçekleştirdikleri, bir dizi hazırlık etkinliğine evsahipliği yapmaktadır (Gür, 1996).

Fiziksel göstergeler ve zihinsel ipuçları, bir mekanın, kapalı, yarı kapalı ve açık alanlarının bulunduğu, ön ve arka alanları olduğunu, erkek ve kadının egemenlik alanlarının bulunduğu, kamusal veya özel ya da pis veya temiz alanlara sahip olduğu bilgisini kullanıcılara aktarmaktadır. Yapıların farklı kullanım amaçlarına göre tasarlanmaları sonrasında sahne ve arka plan kulis mekanlarının bir arada bulunduğu mekanlar oluşmaktadır. Yapısal çevrede, hangi mekanın diğerinin kulis (hazırlık) mekanı olacağını bazı kültürel normlar belirlemektedir. Genellikle kapalı, arkada olan, görülmesi tercih edilmeyen, özel alanlardaki davranışlar, diğerlerine kulis görevi yapmaktadırlar. Kapalı alanlar, açık alanın kulisi, yani hazırlık mekanı olarak kullanılmaktadır. Mutfak, salonun kulis mekanıdır ve kimi zaman pis ve dağınık olması doğal karşılanmaktadır. Yatak odaları ve onların bulunduğu holler konutların içidir, arka planıdır, özeldir ve kulis mekanıdır. Salon ise, konutun temsil alanıdır, konukların rahat kullanabileceği dışı açık ön planıdır ve sahne mekanıdır. Konutun iç mekanı içinde mutfak, holler, banyo kulis davranışlarının yer aldığı kulis mekanları olarak oluşturulmaktadır ve tüm sayılan alanlar salonun hazırlık mekanları olarak değerlendirilmektedir. Kulis mekanlarının olmadığı konut çözümlerinin, mahremiyet duygusunu zedeleyerek olumsuz tepkilere yol açtıkları belirtilmektedir (Gür, 2000).

Sağlık yapıları örneğinde, muayene odalarının yerleşim düzenleri iki kademeli hareket tarzını destekleyecek biçimde düzenlenmektedir. Buna göre hasta mahremiyetinin üst düzeyde sağlanması gereken fiziksel muayene alanı arka plandır, kapalıdır ve özel görüşmenin gerçekleştirildiği alandır. Hasta ve doktorun ön görüşme yaptıkları ve bir masa etrafında gerçekleşen görüşme alanı yarı açık niteliğe sahiptir, dış dünyanın yansımasıdır, temsil ve prestij alanı olarak değerlendirilmektedir. Böylece, sağlık

yapılarının hasta muayene alanı örneğinde verilen açık görüşme alanı sahne ise, fiziksel muayene alanının mekanın kulisi olması düşünülmektedir.

5.7.7. Liderlik

Liderlik kavramı, bir grup içindeki bireylerin kendi sosyal konumlarını grubun içindeki lider konumundaki bireye göre daha aşağı olarak belirlemeleri olarak tanımlanmaktadır. Lider bireyin seçimleri ve davranışları grup için de geçerli olan genel doğruları oluşturmaktadır. Liderlik kavramı 'baskınlık' kavramı ile karıştırılmamalıdır. Baskın bireyler otoritelerini çevrelerine korku, baskı ve zorlamalar uygulayarak sağlamaktadırlar. Grup içinde lider konumundaki birey ise, baskın bireylerin aksine, tüm grup fertleriyle iletişim halinde olan, grubun menfaatini düşünen niteliklerde olan bir birey olarak tanıtılmaktadır (Murphy, 2007).

Sağlık yapılarının yönetici sınıfını oluşturan ve tamamı doktorlardan oluşan idari yapı içinde de hiyerarşiden bahsetmek mümkündür. Her biri benzer eğitimlerden geçen mesleki otoritelerini mesleki profesyonelliklerinden alan doktor topluluğunun oluşturduğu idari yapının temsili de kendi aralarından seçilen bir temsilci birey tarafından gerçekleştirilmektedir. Temsilci bireyin seçimindeki belirleyici kriterin, bu bireyin liderlik niteliği olduğu düşünülmektedir.

5.7.8. Yönelme Davranışı

Eylem yeteneği olan tüm canlıların gereksinme ve amaçları doğrultusunda davranmaları, yönelme olarak tanımlanmaktadır ve belirli bir doğrultu içeren bir süreç olduğu düşünülmektedir. Algısal ve bilişsel süreçlerde insan zihninde kurgulanan mekanın geometrik örüntüsü, eylemleri yönlendirme özelliği taşımaktadır (Passini, 1984). Yaşam bölgelerinde ya da kentlerde insanın gideceği yeri bulmasına bu kurgu yardımcı olmaktadır. Geometrik örüntüsü karmaşık yaşam bölgelerinde ve kentlerde, yönelme duygusu zayıf kalmakta, bu durum kişide güvensizlik hissi yaratmakta ve yol bulma işlemini zorlaştırmaktadır. Kentsel çevrenin tasarlamasındaki en önemli unsur, okunabilirliktir. Görülebilir ve okunabilir yol ve iletişim sistemlerinin tasarlanması, ana düğümlerin sadece kentsel dokunun sürekli kullanıcıları için değil yabancılar için de

anlaşılabilir olması, kentsel dokunun okunabilir olmasını sağlar. Büyük ölçekte okunabilir olan kentsel yapılar, küçük ölçekte de okunabilir olursa, kullanıcıda estetik doyum sağlanabilir (Gür, 1996).

Giderek artan sağlık ihtiyacının bölgesel orta-küçük ölçekli sağlık yapıları ile değil; lokal ve her biri çok büyük ölçekli birer inşaat yapısı olan günümüz sağlık yapıları ile karşılanması düşüncesi; inşaat alanı bakımından her biri kayda değer birer kent yapısı haline gelen sağlık binalarının hızla inşa edilmesi sonucunu doğurmaktadır. Kent ölçeğindeki yatay insan hareketleri yeni sağlık yapılarında hem yatayda hem dikeyde gerçekleşmek durumundadır. Bir ihtiyaç sahibi olan ve sağlık sıkıntısı çeken insanların bu yeni gelişmekte olan sağlık yapıları içindeki yönelme davranışlarının doğru yönlendirilmesinin büyük önemi bulunmaktadır.

5.7.9. Organizasyonel Ortam

Organizasyonel ortam farklı işlerde çalışanlarca tespit edilebilen bir organizasyona özgü olma durumudur. Aynı işi iki farklı organizasyonda yapmanın çalışanlarca çoğu zaman iki farklı şey gibi algılandığı aktarılmaktadır. Bu kavram Endüstriyel/ Organizasyonel Psikoloji araştırma alanının başlıca çalışma konuları arasındadır. Bu alanda karşılaşılan başlıca sorun, ilgisinin belirli olmayışıdır; ortam kavramının organizasyonun bir niteliği mi olduğu, yoksa ortam kullanıcılarından kaynaklanan bir özellik mi olduğu halen tartışma konusudur (Denison, 1996). Organizasyonel ortamın pek çok yönden duygusal zeka kavramı ile benzerlik gösterdiği düşünülmektedir (Murphy, K. R. 2007, 30). Organizasyonel ortam kurumsal bir yapının nitelikleri arasında sayılmakta, ancak sınırlarının belirsiz olması nedeniyle konu hakkında yapılan yorumlar sınırlı olmaktadır.

5.7.10. Tükenmişlik Sendromu

Tükenmişlik sendromu ilk olarak 1975 yılında Freudenberger tarafından tanımlanmış sosyal bir olgudur. Bireylerin iş ortamlarında süregelen stres kaynaklarıyla başetmedeki yetersizliklerini ifade eden bir kavramdır. Amerikalı psikolog Herbert Freudenberger, hizmet sektöründe çalışan insanların; kendi istekleri, hizmet verdikleri insanların talepleri ve yönetim kademesindeki insanların talepleri olmak üzere, üç yönlü baskı altında

olduklarını ifade etmektedir. Sendrom tanısı giderek artan baskı sonucunda hizmet sağlayan insanların kendi iç çelişkileri ve artan stres seviyeleri nedeniyle görevlerini yerine getiremez hale gelmeleriyle konmaktadır. Bireyler tükenmişlik sendromunu pek çok farklı meslek dallarında tecrübe etmekle birlikte, sendromun gerçekleşmesi için insanlar-arası ilişkilerin varolmasının önemi vurgulanmaktadır (Maslach, Schaufeli ve Lieter, 2001). İnsanlar-arası ilişkilerden kaynaklı olması sendromun eğitim ve sağlık alanlarında çalışan kişilerde daha sık gerçekleştiğini düşündürmektedir (Dorman, 2003).

Konu ile ilgili yapılmış çalışmaların ortak görüşü, birbirinden farklı çok sayıda stres kaynağının bulunması (Friedman, 2000) ve bunların sistematik olmaktan uzak ve bireysel olmaları nedeniyle de idari müdahalelerden bağımsız olarak sendromu tetiklemeleri olarak değerlendirilmektedir (Dworkin, 2001). Tükenmişlik sendromu, *ruhsal tükenmişlik*, *duyarsızlaşma* ve *işlev yetersizliği* durumlarını yaşayan bireylerce yaşanan geçici bir durumdur (Maslach, et al., 2001).

- **Ruhsal Tükenmişlik** kavramı, kişinin yürüttüğü görevi nedeniyle aşırı yüklenmesi durumuyla ilişkilendirilmektedir. İnsan fizyolojisinde halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, bireyin görevine karşı ilgisini kaybetmesi gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır.
- **Duyarsızlaşma** kavramının belirgin hale gelmesiyle kişinin hizmet verdiği diğer insanların kişiliklerini gözardı etmesi ve bu insanlara karşı her türlü olumlu duygudan yoksun biçimde davranması gözlenmektedir.
- **İşlev Yetersizliği** konumu; bireyin kendisi ile ilgili depresyon, düşük moral seviyesi, diğer bireylerle beşeri ilişkilerde kendini geri çekme, azalan üretkenlik ve baskılarla başetmedeki yetersizlik gibi olumsuz duygular beslemesinin sonucunda gerçekleşmektedir.

Yürütülen araştırmaların ışığında, işyerindeki tükenmişliği tetikleyen örgütsel nedenlerden bazıları, yapılan işte kişinin kontrolünün az olması, bireyin kendisini fiziksel tehditlere maruz hissetmesi veya maddi kaynakların yönetimi sorumluluğu olarak tanımlanmaktadır (Başaran, 1982).

5.7.11. Hastalarda Güven Hissi

Güven hissinin tanımı -bir tarafın, karşı tarafın kendileri açısından olumlu sonuçlar yaratacak davranışlar göstereceğine olan beklentisi- olarak yapılmaktadır (Sanzo et al., 2003). Hizmet alımlarındaki güven kavramının tanımı hizmeti sunan tarafa, vaatlerini yerine getireceğine dair duyulan güven olarak yapılmaktadır (Alrubaiee, L., ve Alkaa'ida, F., 2011). Morgan ve Hunt (1994), güven hissinin sadece bir partinin diğer partinin güvenilirliğine ve dürüstlüğüne inanması halinde varolabileceğini öne sürmektedirler. Hall (2005) ise, güven duyulan kimselerin ayrıca güven duyanlara karşı iyi niyetli girişimler içinde olmalarının beklendiğini ifade etmektedir. Ayrıca, güven hissinin gelecekte gerçekleşecek işbirlikleri için de zemin hazırladığı ifade edilmektedir.

Güven duygusunun dört niteliği olduğu kaydedilmektedir. Bunlar:

- Güvenilirlik
- Açıklık
- Yetki
- İlgili olmak

olarak sıralanmaktadır. Ayrıca güven kavramının dört niteliğinin de ortaya konabilmesi için iletişimin çok önemli olduğu ifade edilmektedir (Alrubaiee, L., ve Alkaa'ida, F. , 2011).

Sağlık alanında güven hissi ile ilgili çalışmalar yürüten Entwistle ve Quick (2006), güven duyan hastaların da tıpkı güven duymayanlar gibi sürekli tetikte olduğunu önermektedir. Güven duygusunun gerçekleşmesi kesin olmayan bir umut veya bir iyimser düşünce olmadığı; güvenin tesis edilmesinin, hastaların ihtiyatlı olmayı bırakmaları anlamına gelmeyeceği ifade edilmektedir (Entwistle ve Quick, 2006). Güven duygusunun sürekliliğinin, oluşan ufak hataların ve bu hatalarla ilgili alınacak önlemlerin hastalara bilgi olarak aktarılmasının önemi vurgulanmaktadır. Bu durumda hastaların istemsiz hatalar nedeniyle ziyana uğramaları halinde bile güvenmeye devam ettikleri aktarılmaktadır (Alrubaiee ve Alkaa'ida, 2011). Alanda yapılan çalışmalar, yüksek hizmet kalitesi algısının, hastalarda oluşturulacak olumlu güven hissi ile destekleneceğini ortaya koymaktadır (Trachtenberg, Dugan ve Hall, 2005).

5.8. KULLANICI – TASARIMCI İLETİŞİM SÜREKLİLİĞİ VE MEKAN KALİTESİ

Yaşanabilirlik kavramının gücü, tasarımın işlevsel verimliliği ile sınırlı olan ve kullanıcının psikolojik rahatlığını ve tatminini etkileyen bir niteliktedir. Mekansal tatminin değerlendirilmesi yoluyla, yapının kalitesi ya da kalitesizliği kullanıcıların duyuşsal tepkilerine bağılı olarak açığı çıkmaktadır. Bireylerin sağıık yapısının kendisi ve çevresiyle ilgili düşünceleriyle, mimarın kullanıcı verilerini kullanarak oluşturduğu ve kavramsallaştığı tasarımı hakkındaki fikirlerini bir araya getirecek ve karşılaştıracak bir platformun kurulmasının yararlı olacağı değerlendirilmektedir. Bir yandan kullanıcı ve tasarlayıcı etkenlerinin birlikte yorumlanması, bir yandan da tasarlama ve araştırma verilerinin hem kendi disiplini içinde birleştirilebilmesi, hem de diğıer çevre bilimleri ile karşılıklı alışverişe açık bir duruma getirilebilmesinin gereğı vardır. Diğıer bir deyişle, tasarımda sürekliliğin sağlanabilmesi için kullanıcı-tasarımcı diyalogunun sağlanmasının yararlı olacağı değerlendirilmektedir.

Çevre kavramının, insanı etkileme miktarı henüz tam olarak bilinmediğıinden, araştırmacılar bireylerin tanımlamaları ile çevreyi değerlendirmeye zorlanmaktadırlar. Bu nedenle, mimarlarda kullanıcı psikolojisi hakkındaki bilinç geliştirilmelidir. Tasarımcılar, yapıyı kullanacak insana ilişkin öznellikler içerdığını düşündükleri ancak gerçekte nesnelleşmiş / varsayımsal mimari bilgiler kullanarak yapıları yorumlamaktadırlar. Oysa sağıık yapıları gibi çok geniş kişisel ve sosyal önemi olan alanlarda hastalar sistemin gerçek müşterileridir. Kalite ölçümü için kullanılan mekansal tatminin, yapıyı kullanan insanların kendi bakış açılarının vurgulanması olduğu ve yapısal çevrelerde ortaya çıkan birçok soruna, aslında, kullanıcıların ihmal edilmiş bakış açılarının neden olduğu öne sürülmektedir (Francescato vd., 1987). Bu konudan hareketle, yapının asıl anlamı, yapıyı kullanan tarafından verilir ve bu yorum ağırlıklı olarak kişisel deneyimlerle oluşturulmaktadır. Tasarımcıların, kullanıcıların yapı deneyimlerini, onların sağıık yapıları konusundaki duygularını bilme ve anlama ya da en azından farkında olma zorunluluğı bulunmaktadır. Her yeni tasarlanan yapının kullanım süreci izlenerek ve değerlendirilerek, yapı-hasta iletişimi araştırmalarından yararlanılarak tasarımcının kendi farkındalığını geliştirmesinin ve yapı kalitesini nasıl iyileştireceğı hakkındaki bilgi birikimini artırmasının yararları değerlendirilmektedir. Böylece sürekli olarak desteklenen

bilgilenme süreci, sürdürülebilir sağlık yapısı kalitesini sağlayacak ve böylece, gittikçe artan sağlık yapısı kalitesi elde edilecektir.

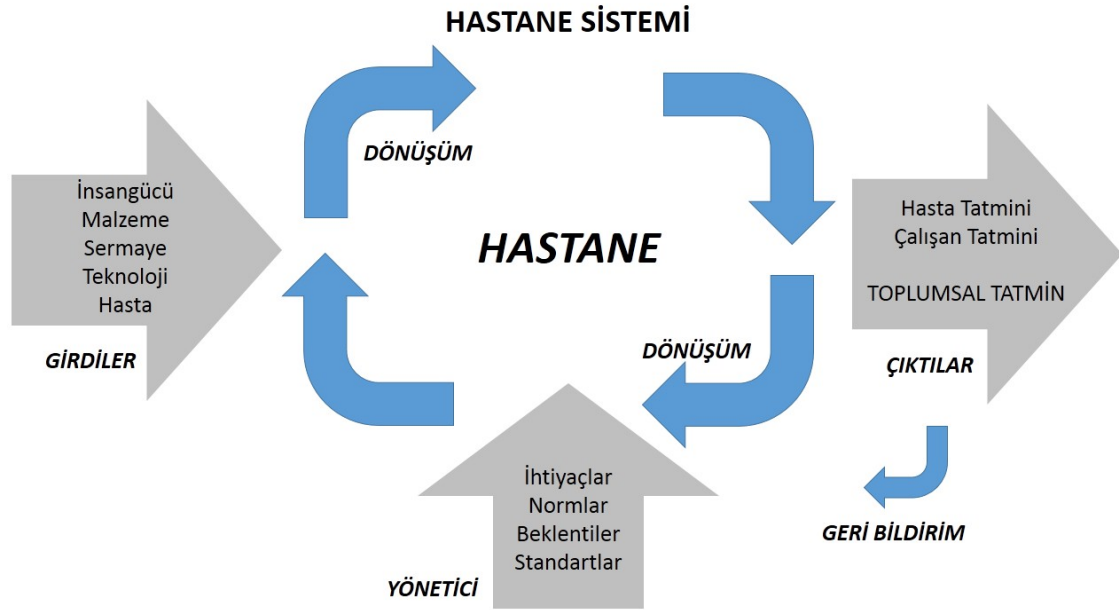
5.9. HASTANELERDE HASTA TATMİNİ

Türkiye’de sağlık sektörünün gelişimi incelendiğinde, sağlık sisteminde alınan kararlar uyarınca devletin sağlık sektöründeki varlığının sınırlandırılarak sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından işletilen hastanelerce verilmesinin yaygınlaştığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1993). Devletin artan miktarda özel sektöre yönelik teşvikleri sayesinde sağlık hizmetini veren özel hastanelerin verdikleri hizmetin kalitesiyle rakiplerinden ayrışma ihtiyacı içinde olduğu kaydedilmektedir. Gelişen yeni rekabetçi ortam hasta tatmini kavramının önemle üzerinde durulan bir kavram olmasını önermektedir (Sahil ve Dikmen).

Hasta tatmini kavramının hastanecilik alanında toplam kalite yönetimi ile ilişkili bir kavram olduğu değerlendirilmektedir (Esatoğlu ve Ersoy, 1997). Buna göre, hasta tatmini kavramından bahsedebilmek için hastane yöneticilerinin kalite yönetimi kavramına aşina olmaları, hasta tatmini kavramının karar verme ve hizmet satın alımı süreçlerini başlatmasının farkında olmaları beklenmektedir. Hastanelerdeki kalite yönetiminin kapsamı içinde yer alan tıbbi bakım hizmetlerinin kalitesinin tanımı “örgütün tüm üyeleri ile birlikte tüketici beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması yolunda sürekli bir çabanın varlığı” olarak yapılmaktadır (Esatoğlu ve Ersoy, 1997).

Hastanelerdeki hizmet kalitesinin iki boyutu bulunmaktadır. Bunlardan ilkinin verilen hizmetin kendisi olduğu, diğerinin ise verilen hizmetin kullanıcı tarafından algılanması olduğu kaydedilmektedir. Verilen hizmetin kalitesi, sağlık örgütünün kendi çalışma prensip ve kurallarını tanımlarken; bu hizmetin nasıl algılandığı, hizmet kullanıcılarını ilgilendirmektedir. Sağlık hizmetinin kalitesi kavramının da sağlık hizmetinin nasıl algılandığı kavramının da tek başlarına hastanenin örgüt kalitesini geliştirmek konusunda yeterli olamayacağı ifade edilmektedir (McLaughlin ve Kaluzny, 1990).

Hastane ortamında tatmin kavramını etkileyen etmenler Şekil 5.2.'de gösterilmektedir.



Şekil 5.2. : Hastane Ortamında Tatmin Kavramı (Kaynak: Ersoy, K., 1996, 'Baştabip Oryantasyon Kursu', Gülhane Askeri Tıp Akademisi.)

Tablodan elde edilen bilgilere göre, öncelikle tatmin kavramının sağlık hizmetlerinin temel çıktılarından birisi olduğu görülmektedir. İkinci olarak, hasta ve çalışan tatmininin toplumsal tatmin kavramı ile ilişkili olduğu ve bu sürecin sonundaki geribildirim hastane bünyesinde gerçekleşen dönüşüm hareketi ile ilgili bilgi sağladığı tespit edilmektedir. Ancak, bu noktada vurgulanması gereken bir konu da, hizmeti deneyimleyen bireylerce memnun olmama durumunun, memnun olma durumuna nazaran daha fazla paylaşılmasıdır (Çoruh, 1998). Son olarak hastane yönetiminin eldeki tüm beşeri ve maddi imkanları ve deneyimi olumlu bir tatmin süreci elde etmek konusunda kullanmakta kilit durumda olduğu anlaşılmaktadır.

Sosyal Bilimler alanında yürütülen araştırmalar hasta tatmin hissini; hastanın algıladığı kalite koşulları ile beklediği kalite şartları arasındaki bir fonksiyon olduğunu ortaya koymaktadır (Taylor ve Cronin, 1994). Hastalar, tedavi öncesi sağlık hizmetleriyle ilgili beklentileriyle, tedavi sonrası tecrübeleri arasındaki farka göre hizmet tatmini kararlarını ortaya koymaktadırlar. Hasta tatminini etkileyen başlıca faktörlerin arasında: bireylerin hastane personeli, aile bireyleri ve diğer hastalarla olan ilişkileri, fiziksel faktörler, hastalık

ve tedavi ile ilgili doktor tarafından yapılan bilgilendirme ve güvenlik ihtiyaçları gibi pek çok değişik kişi ve çevre sayılabilmektedir. Tablo 5.1.'de araştırmacılar Staiber ve Lewis tarafından belirlenen hasta tatminini etkileyen faktörler sıralanmaktadır.

Staiber, S.	Lewis, J. R.
Doktorlar	İnsanca Yaklaşım
Hemşireler	Genel Kalite
Genel Bakım	Teknik Donanım
Oda Hizmetleri	Hastanenin Fiziki Durumu
Bakım Maliyeti	Bakım Maliyeti
Ziyaretçi Politikası	Bürokrasi
Personel Hizmetleri	Psiko-Sosyal İhtiyaçlara Verilen Önem
Temizlik	Bilgilendirme
Beslenme Hizmetleri	Bakım Çıktıları
Park Hizmetleri	Bakımın Sürdürülebilirliği
Giriş ve Taburcu Hizmetleri	Genel Tatmin
	Hastanenin Genel Durumu

Tablo 5.1.: Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler (Staiber, S.,1989. "Making Use of Patient Survey Data" Healthcare Strategic Management. ve Lewis, J. R., 1994. " Patient Views on Quality Care in General Practice: Literature Review" Social Science Medicine.)

Sahada yürütölen diğer araştırmalarda gündeme gelen diğer bazı maddeler ise: güven, hastane çevresinin fiziki durumu ve bekleme süresi olarak sıralanabilir. Hasta tatminine verilen önemin hastanelerin rekabet gücüne olumlu yönde etki etmesi beklenmektedir. Günümüzde toplam sağlık pastasından kurumların aldığı payların paylaşımı sırasında donanım ve hizmet kavramlarında kalitenin belirgin olarak öne çıktığı gözlenmektedir. Sosyal bir canlı olan insanların iletişim ve şefkat ihtiyaçlarının giderilmesinin, deneyimin sonucunda ortaya çıkan tatmin hissini olumlu yönde etkilediği aktarılmaktadır (Tengilimoğlu, 1997).

Deneyim sonrası yaşanan tatmin duygusunu artıran faktörlerden birisi de bu deneyimin kullanıcı tarafından benzersiz olarak tanımlanmasıdır. Buna göre hastanelerin modern iletişim tekniklerini kullanarak avantajlarını ön plana çıkartmalarının uygun olacağı değerlendirilmektedir. Hasta tatmin değerlerinin de periyodik aralıklarla ölçülmesi,

şikayet ve öneri sisteminin geliştirilmesi gibi uygulamaların hastanelerde hasta ve personel tatmin hissini belirleyen düzeyde kalmasını sağlayacağı ifade edilmektedir. Hastanelerin sunduğu hizmetten hastaların duyduğu tatmin hissini artması durumunun ise hasta sadakat oranını artıracığı önerilmektedir (Altuğ ve Erdem, 2007). Hastaların tatmin oranı bilgisinin halen hastanelerin standartları arasında yapılacak değerlendirmelerde sıklıkla kullanılan karşılaştırma araçlarının arasında bulunduğu düşünülmektedir.

5.10. HASTANELERDE TATMİN HİSSİ VE MEKAN

Hastaneleri kullanan insan gruplarının deneyimlediği tatmin hissi önceki bölümlerde sağlık personeli ve hastalar başlığı altında ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Öne çıkan en önemli tespit, tatmin hissini sunulan hizmetin niteliği ve kalitesi ile ilgili olduğu kadar, hizmetin sunulduğu hastane yapısının nitel ve nicel özellikleriyle de ilgili olduğu düşünülmektedir (Sahil ve Dikmen, 2007). Kullanıcı grupların isteklerinin zaman içinde değişiklik göstermesi göz önüne alınarak, hastane mekan tasarımının da zaman içinde gerçekleşen değişikliklere uyum sağlayan biçimde revize edilmesinin yerinde olacağı düşünülmektedir.

Önceden tanımlı amaçlarla tasarlanan yapıların zaman içinde fiziksel ve işlevsel olarak eskidikleri ve kullanılmaz hale geldikleri ifade edilmektedir. Sadece yıpranma sonucu değil, esnek kullanıma uygun tasarlanmayan mekanların da kullanım özelliklerini kaybettiği kaydedilmektedir (Çetin, 1999). Kullanım özelliklerini kaybeden mekanların miktarının artmasının kullanıcı tatminini olumsuz yönde etkilediği ifade edilmektedir (Sahil ve Dikmen, 2007).

Hastane mekanlarının farklı kullanıcı grupları için birbirlerinden ayrı kullanım senaryolarına sahip olduğu düşünülmektedir. Örneğin işlevsel rolü önemli olan ameliyathane mekanlarının hasta ve refakatçi erişim ve dolaşımına kısıtlanması durumu, farklı mekanların farklı kullanım senaryolarına sahip olmaları bir yana, farklı erişim haklarına da sahip olmaları sonucunu doğurmaktadır. Hastane mekanlarının değişen kullanım senaryolarına sahip olmalarının; kimi mekanların görsel olarak vurgulanmasına, diğerlerinin görsel ve fiziksel erişimlerinin kısıtlanmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Bireysel tatmin hissini bilinç gerektiren bir eylem olduğu önerilmektedir. Bireysel tatmin hissini etkileyen faktörler göz önüne alınarak yapılan müdahalelerin etkin biçimde ve düzenli olarak yapılmasının önemi vurgulanmaktadır. Hastane mekanları, içlerindeki sabit ve hareketli donatıların da değerlendirilmesiyle tatmin hissini doğrudan etkileyen unsurlar olarak öne çıkmaktadır.

5.11. V. BÖLÜM DEĞERLENDİRMESİ

İnsan-mekan iletişiminin incelendiği bu bölümde iletişimin en temel yapı elemanları olan birim, mesaj, alışveriş kavramları incelenmiştir. İletişimin var olabilmesi için gereken kavramlardan ileti, duyu, ileti kaynağı, ileti hedefi kavram tanımlamaları yapılarak birbirleri ile aralarındaki ilişkiler detaylı biçimde açıklanmıştır. İletişimin duyu kanalları ile algı olarak, ortamın içinden insanın çeşitli duyu organları vasıtasıyla toplanması incelenmiştir.

Mekân kavramı ile insanın arasındaki iletişimin ana başlıkları aşağıdaki gibi listelenmektedir:

- Bir mekan, kullanıcısıyla karşılaştığında mekan ile kullanıcı arasında bir iletişim süreci başlamaktadır,
- Tasarımcı, mekan aracılığıyla kullanıcıya mesaj iletmektedir,
- “Mekan” kaynak birim, “kullanıcı” hedef birimdir,
- Kullanıcı tarafından algılanan mesaj değerlendirilir ve bir tepki oluşturulur,
- Davranış şeklindeki bu tepki “geri ileti”dir.
- Kullanıcının mesajını tasarımcının algılaması, değerlendirmesi gerekmektedir.

İnsanlar arasındaki iletişimden söz edilirken kullanılan enstrümanların; iletişim ortamı ve çeşitli mekanlar olduğu; kaynak ve hedef birimlerin insanlar; mesajlar ve geri iletilerin

çoğunlukla sözlü ifadeler oldukları değerlendirilmektedir. Psiko–sosyal kalite araştırmalarında mekan-insan iletişim sisteminden yararlanılmaktadır.

Oluşturulan mekan-insan iletişim sistemindeki enstrümanların; iletişim ortamı olarak sağlık yapılarını; kaynak birim olarak, mekan kavramını; mesaj olarak, mekânsal öğeleri; hedef birim olarak, hastaları; geri iletiler olarak ise davranışların önemli olduğu düşünölmektedir.

Doktor–hasta arasındaki iletişim sürecini inceleyen bu çalışmanın hedefi, mekan kullanıcısı olan hastanın muayene ortamındaki “davranış kalıplarını” açığa çıkarmaktır. Bu iletişim sürecinde kullanıcı, mekanla ilk karşılaştığı anda iletişim başlayacak, duyumla beraber algılama, biliş süzgecinden geçirme ve değerlendirme gibi zihinsel işlemler sonucu bir tepki verecektir. Söz konusu tepki, bir sonraki aşamada davranışa dönüőecektir. Dikkat edilecek en önemli konu ise söz konusu olan ihtiyaç sahibi kişinin hasta olmasıdır. Bu gerçek, kullanım senaryosunun çok büyük bir parçası olduğundan göz ardı edilmemelidir.

Geri ileti olan davranış tepkisi, hastaların bilişsel düzeyleri ve mekansal beklentilerini açığa çıkartmak konusunda önemli katkılar sağlayacaktır. Kullanıcının sergilediği davranışların yorumlanması ile mekanın tasarımcısına iletilecek geri bildirimler de elde edilecektir. Kullanıcı, mekana girerek onunla iletişim kurmaya başladığında, mekanın fiziksel özelliklerini (boyut, doku, renk, ısı, aydınlanma, koku, ses vs.) donatılarını ve onun fiziksel özelliklerini, fonksiyonlarının neler olabileceğini, nasıl bir kültürü yansıttığını, simgesel anlamını fark edecektir.

Biliş ve değerlendirme aşamasında kullanıcı, güven, güvensizlik, tatmin ya da tatminsizlik gibi bir değerlendirme yapacaktır. Kullanıcı, fiziksel mekanı kontrol edebilmek, kendi gereksinmelerine özgü kılmak, beğeni ve isteklerini gerçekteştirmek için bir davranışa yönelecektir. Bu davranış, ya muayene mekanına uyum sağlamak, ya da tehdit algısı güçlenerek dış uyarıcılara kendisini kapatması ile sonuçlanabilecek bir sürece yol açacaktır. Muayene alanının iç ve dış yapılanmasını değerştirmek ya da başka

bir hizmet sağlayıcı hastaneye gitmek şeklinde gerçekleşecektir. Bu davranışlar, duygusal tatminin davranışsal etkileri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu araştırma kapsamında, hastalar olan kullanıcıların kişisel mahremiyetlerine, doktor ile aralarındaki kesintisiz olması gereken çift yönlü iletişime, toplum ile hasta arasındaki sosyal ilişkilerde ortaya çıkan sosyal iletişime izin verecek özelleşmiş mekanları olan bir hastane sistemi üzerinde çalışılacaktır. Mekanların hastaların, görsel, işitsel, kokusal ilişkilerini kontrol edebilme kabiliyetine sahip olabilmelerinin; hastaların güven duyguları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Mekan-insan iletişim sisteminde geri ileti olarak gözlemlenen davranışlardan kişiselleştirmenin yani ortamda kullanıcılara tanıdık ve sıcak bir ortam yaratmak amacıyla değişiklikler yapma davranışı için gerekli geri bildirim bilgilerinin elde edilebileceği tahmini, bu çalışma dahilindeki beklentiler arasında yer almaktadır. Bu işlem sırasında kullanıcılar, kişiselleştirme kavramına uygun biçimde iletişim halinde oldukları mekana kendilerinden bilgi aktaracak ve gelecekte çevrelerinde kendi istemlerinin yansımaları fiziksel olarak var olmaya başlayacaktır.

Diğer taraftan doktorların çeşitli kural ve simgelerle denetimleri altına aldıkları, izinsiz girilince savunma tavrına geçtikleri muayene odaları, onların egemenlik alanları olarak tanımlanabilmektedir. Hastaların kulis davranışları sergilemelerine imkan tanıyacak fiziksel muayene ve ön görüşme alanlarının varlığı, hastaların psikolojik ihtiyaçlarına hitap edecektir. İnsanlar-arası ilişkilerin yoğun olarak yaşandığı doktorluk mesleğine mensup kimselerin tükenmişlik sendromuna maruz kalarak mesleki deformasyona uğrama durumlarının da ihtimal dahilinde olduğu değerlendirilmektedir. Muayene odaları tasarımının, hastaların kişisel alanlarına saygı duyan ve bu alanlara mekânsal istilayı önleyen nitelikte olmasının önemli olacağı değerlendirilmektedir.

Çalışma ortamı olarak hastane yapılarında hastalara olduğu kadar doktorlara da uygun çalışma ortamı oluşturulması konusundaki durum tespiti bir sonraki bölümde incelenecektir.

6. PLASTİK, REKONSTRÜKTİF ve ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM DALI KLİNİĞİ MUAYENE ODALARINDAKİ HASTA - DOKTOR İLETİŞİMİNE MEKÂNIN ETKİSİ

6.1. ALAN ÇALIŞMASININ TANIMI

Bu çalışma, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı muayene odalarının, muayeneye gelen hastaların doktorlarıyla olan iletişimlerine etkilerini ortaya koymayı; bununla birlikte, muayene odalarının hastaların kendilerini güvende hissetmelerinde veya mahremiyetlerinin korunduğunu düşünmelerinde rol alıp almadığını belirlemeyi amaçlamaktadır. Hacettepe Üniversitesi bünyesinde hem bir Güzel Sanatlar Enstitüsü, hem de modern bir hastaneye sahip olması durumunun, İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Anabilim Dalı'nda yürütülen akademik araştırmalar açısından uygun bir ortam oluşturduğu tespit edilmiştir. Kurum içi iletişim konusunda böylesine elverişli bir durum olmasına rağmen, Hacettepe Hastanesi konulu araştırmaların sınırlı sayıda olmasının, önemli bir eksik olduğu değerlendirilmiştir.

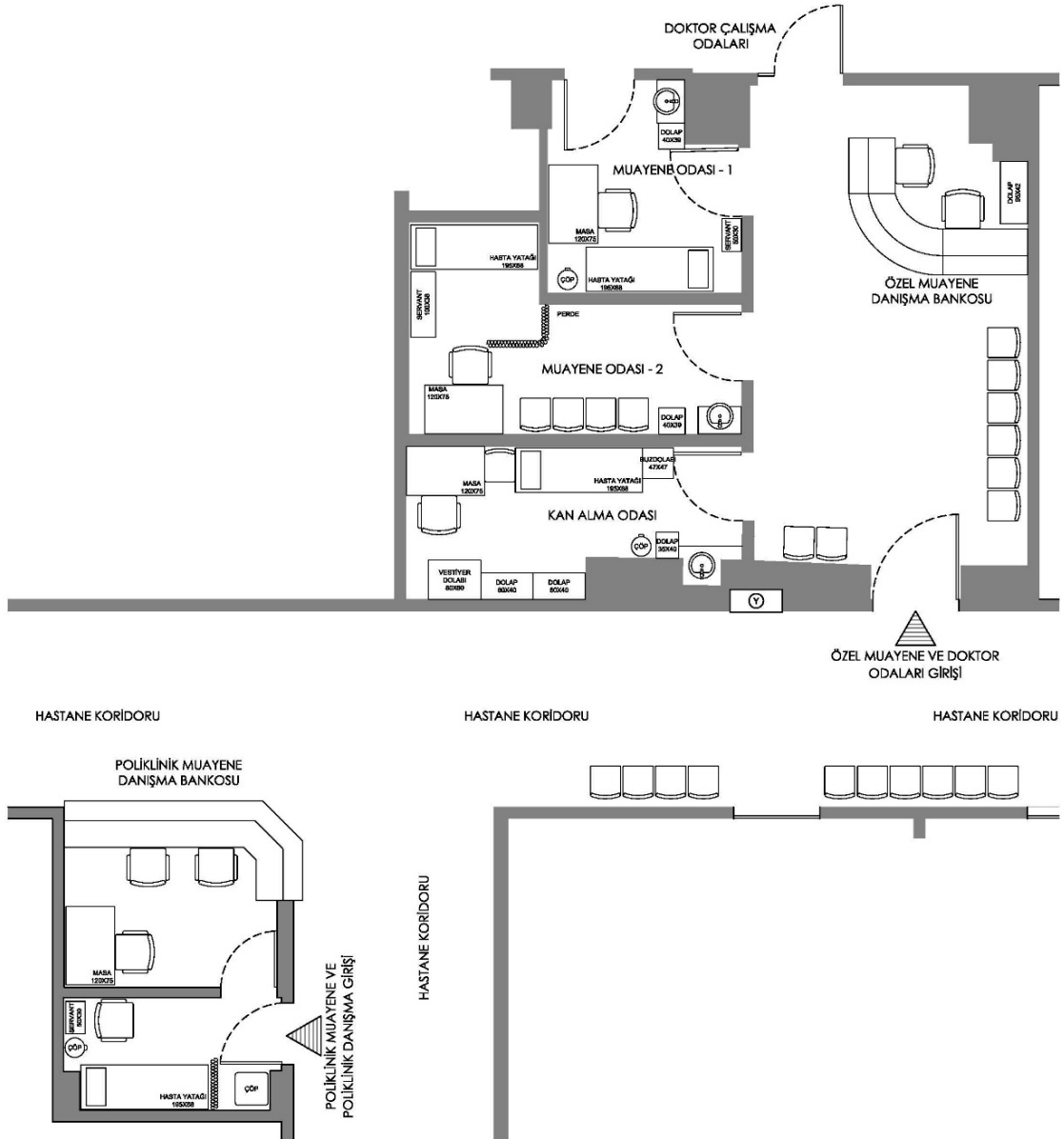
Hastane içinde önerilen servisin seçilmesinin nedeni olarak, kısıtlı bir fiziksel mekanda muayene hizmeti vermeye çalışan doktorlar ve muayeneleri sırasında birden fazla sayıda mekânsal çözüme ihtiyacı bulunan hastaların durumlarının tespitinin sonuçları bakımından ilginç bulgular ortaya koyacağı düşünülmektedir. Muayene rutini, hastalık geçmişinin doktor ve hasta arasında gerçekleşecek karşılıklı görüşme ile alınması ve fiziksel muayene aşamalarından oluşmaktadır. İhtiyaç duyulması halinde, konu ile ilgili uzman başka doktorların da fiziksel muayene aşamasına çağırıldığı aktarılmaktadır. Çocuk hastaların muayeneleri esnasında doktor, hasta, hastanın ailesi ve bir de çocuk arabası ile birlikte muayene mekanına girildiğinde zaten kısıtlı fiziksel olanağa sahip alanda muayene işleminin yapılmasında yaşanan güçlükler yerinde de tespit edilmiştir. Söz konusu anılan nedenlerle, araştırmanın uygulamasının Hacettepe Hastanesi bünyesinde ilgili Anabilim Dalı muayene alanlarında yapılmasına karar verilmiştir.

Muayene odalarının içindeki sosyal iletişimi etkileyen ve sağlıklı biçimde oluşmasına katkı sağlayan mekânsal öğelerin belirlenmesi, olası iletişim engellerinin tanımlanması, hastalarda güven hissini ve mahremiyet duygusunu destekleyen unsurların öne çıkartılması, muayene odasında hasta tarafından alınan sağlık hizmetinin kalitesini olumlu veya olumsuz etkileyen etmenlerin ortaya konması, çalışmanın temel amaçlarındandır. Bu kapsamda, farklı mekânsal ihtiyaçlara sahip anılan serviste tez araştırma çalışmasının yapılmasının, sonuçları bakımından önemli olacağı değerlendirilmektedir.

6.1.1. Alan Çalışmasının Gerçekleştirildiği Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

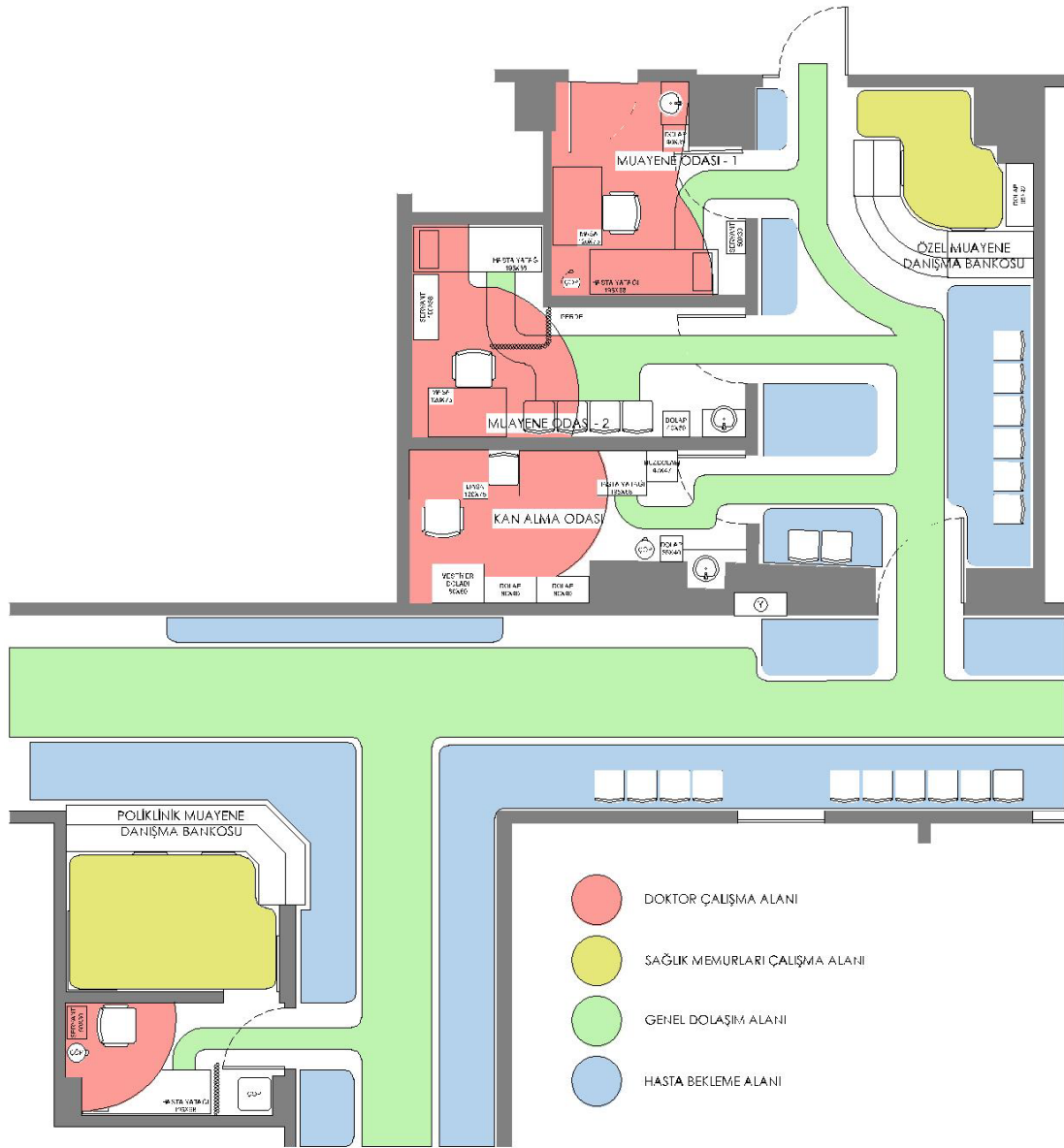
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı (PRE Cerrahi ABD), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde 1965 yılında kurulmuştur. Türkiye'nin ilk eğitim veren Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğidir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı; Hacettepe Erişkin Hastanesi Bölüm 41'de 28 yatağa ve İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Bölüm 31'de 6 yatağa sahiptir. Yılda ortalama 16.981 hastaya poliklinik hizmeti verildiği kurumun internet sitesinden görülmektedir. 1.991 kişi yatarak tedavi görmektedir. Yıllık hasta kalış gün sayısı 15.463, yatak kullanım kapasitesi % 92.1'dir. Bu birimin, Türkiye'nin en çok hasta gören Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniği olduğu ifade edilmektedir (http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/plastik-cerrahi-ad_85.html).

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'na ait Doçent ve Profesör ünvanlı akademisyen doktorlarca kullanılan 2 adet özel muayene odası, uzman doktorlar tarafından muayene hizmeti verilen 1 adet poliklinik muayene odası ve 1 adet kan alma odası bulunmaktadır. Özel muayene odaları ve poliklinik muayene odası farklı danışmalara ve farklı bekleme mekânlarına sahiptir (Bkz. Çizimler 6.1.-6.4. ve Resimler 6.1- 6.11).



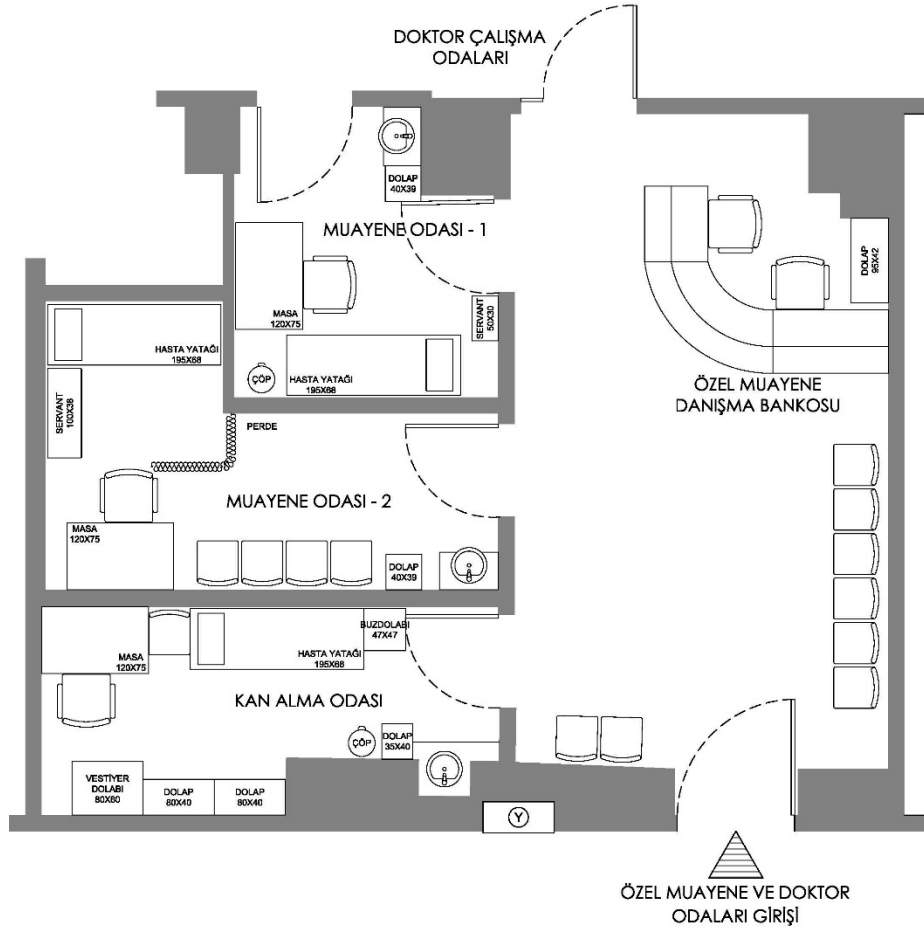
Çizim: 6.1.: Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Planı (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)

Çizim 6.1.'de alan çalışmasının yürütüldüğü Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'na bağlı muayene odalarının ve poliklinik muayene odasının fiziksel konumunu göstermektedir.



Çizim: 6.2.: Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Hareket Şeması (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)

Çizim 6.2.'de ise, hastaların ve sağlık personelinin bu mekanı nasıl kullandıkları gösterilmektedir. Hastane ana koridorunun karşılıklı iki tarafında bulunan Anabilim Dalı muayene odaları ve poliklinik muayene odası çizimde gösterilmektedir. Bu durumun, hastalarda iki farklı servise ait mekanlarda sağlık hizmeti verildiği hissi yarattığı aktarılmaktadır. Hastaların, klinik içinde ve ana servis koridoru boyunca geniş alanlarda muayene sıralarını bekledikleri hareket şemasında gösterilmektedir.



Çizim: 6.3.: Özel Muayene Odaları ve Bekleme Salonu Planı (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.1.: Özel Muayene Odaları Danışma Bankosu ve Bekleme Salonu (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.2.: Özel Muayene Odaları Bekleme Salonu (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.3.: Özel Muayene Odaları Girişi (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.4.: Özel Muayene Odası No.1 İçmekanı (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.5.: Özel Muayene Odası No.1 İçmekanı (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.6.: Özel Muayene Odası No.1 içmekanı
(Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.7.: Özel Muayene Odası No.1 içmekanı
(Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)

Özel muayene odalarının dışında bulunan bekleme holünde 8 hasta ve hasta yakınının oturabileceği bekleme koltuğu bulunmaktadır. Hastanenin kat koridorunda tam anabilim dalı giriş kapısının hizasında 6 kişilik ve poliklinik danışma bankosuna yakın 4 kişilik daha bekleme koltuğu bulunmaktadır. Çoğunlukla dolu olan bu bekleme koltuklarının yeterli olmadığı çoğu durumda ise hastalar ve hasta yakınları sıralarını ayakta beklemektedir. Muayene odalarında muayene için gerekli mobilyaların dışında başka bir mobilya eşya vb. bulunmamaktadır.

Muayene sırasında hastanın güven duygusunu sağlamak ve mahremiyet duygusunun tesis etmede kullanılan perde unsuru sadece muayene odası No: 1'de mevcuttur. Muayene odası No:2'de ve kan alma odasında bu görsel bariyer kullanılmamıştır.



Resim: 6.8.: Özel Muayene Odası No.2 içmekanı
(Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.9.: Özel Muayene Odası No.2 içmekanı
(Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.10.: Özel Muayene Odası No.2 içmekanı (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.11.: Kan Alma Odası İçmekanı (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



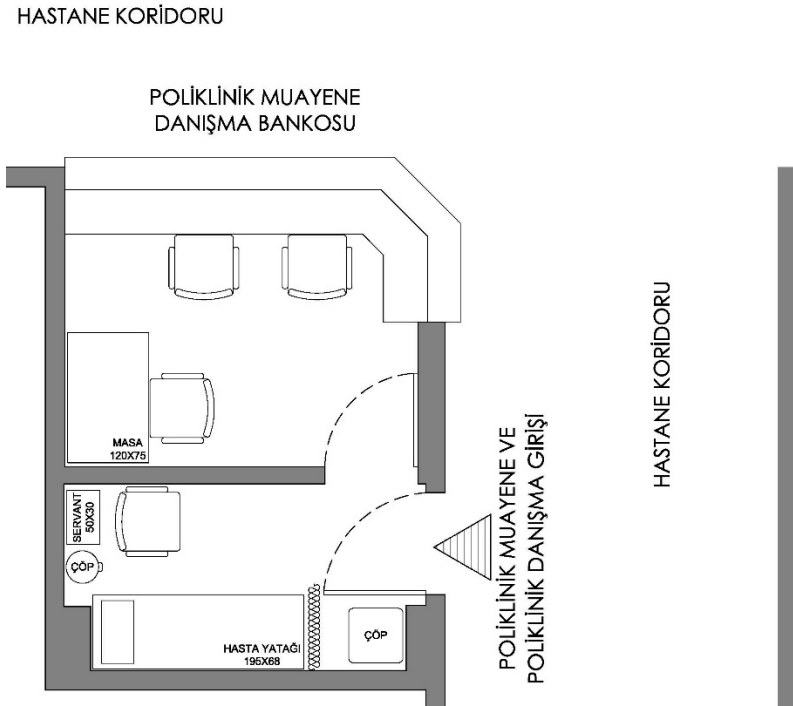
Resim: 6.12.: Kan Alma Odası İçmekanı
(Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.13.: Kan Alma Odası İçmekanı
(Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)

Resim, tablo vb. sanat çalışmaları muayene ve kan alma odalarında kullanılmamıştır. Bu çalışmalar sadece özel muayene odalarına hizmet veren bekleme salonunda

kullanılmıştır (Bkz. Resimler 6.2. ve 6.3.). bu alanda zeminde seramik malzeme kullanılmıştır



Çizim: 6.4.: Poliklinik Muayene Odası ve Danışma Bankosu Planı (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.14.: Poliklinik Danışma Bankosu ve Bekleme Mekanı (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.15.: Poliklinik Muayene Odası Giriş Kapısı
(Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.16.: Poliklinik Muayene Odası İçmekanı
(Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)



Resim: 6.17.: Poliklinik Muayene Odası İçmekanı (Kaynak: Kişisel Arşiv, 2017)

Poliklinik alanı birbirlerinden tek kapı ile ayrılan iki mekandan oluşmaktadır. Hastanenin tali koridoruna açılan bir kapıdan poliklinik muayene odasına girilmekte ve yine bu

muayene odasında bulunan bir diğer kapı ile de ana koridora bakan poliklinik danışma bankosuna geçilmektedir. Duvarlarında herhangi bir resim veya görsel çalışma bulunmayan poliklinik muayene odasının zemini rulo PVC kaplıdır.

6.1.2. Alan Çalışmasının Metodu

Araştırma, gözlemsel araştırma tipi altında yer alan tanımlayıcı araştırmalar grubunda yer almaktadır. Buna göre, bir merkeze başvuran kişiler üzerinde yapılacak ve müdahale komponenti olmayan bir çalışma olarak tasarlanan bu araştırma, toplum geneline yayılabilecek sonuçlar üretmemektedir. Toplum geneline yönelik sonuçlar elde etmenin iki ana prensibi bulunmaktadır. Bunlardan ilki tesadüfi örnek seçimidir. Yürütülen araştırma sadece Hacettepe Üniversitesi hastanesinin Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı hastalarının mekan algısına yönelik tasarlanmıştır. Diğer ana prensip ise temsiliyettir. Seçilen deneklerin toplum genelini temsil etmeye yetecek çeşitlilikte ve farklı şehirlerden deneklerle de uygulama yapılmasının gerekliliği bulunmaktadır. Öyleyse, bu tez kapsamında yürütülen araştırma sonucu sadece Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nin Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı özelinde bir pilot çalışma olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmada öngörülen analizler hastaların mekansal boyutuyla Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Muayene Odalarındaki memnuniyetlerini ölçmek ve memnuniyet derecelerine bağlı olarak doktor hasta ilişkileri üzerindeki etkileri değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Buna bağlı olarak, mekansal anlamda genel memnuniyetin yanı sıra aşağıdaki hipotezlerin test edilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın temelini oluşturan ve çalışmaya yön veren Hipotezler aşağıdaki gibidir:

- H1. Muayene odaları Hasta ve Doktor arasında oluşması gereken sosyal ilişkinin kurulmasında ve güçlendirilmesinde etkilidir.
- H2. Muayene odalarının mekân kurgusu, Hasta ve Doktorun sağlıklı iletişim kurabilmeleri için gereken mahremiyet hissi üzerinde etkilidir.
- H3. Tasarlanmış bir iç mekân, Hasta ve Doktor arasındaki güven ilişkisi üzerinde etkilidir.
- H4. Tasarlanmış iç mekânlar bireyin sağlık hizmet kalitesi algısını artırır.

Araştırma kapsamında, Hacettepe Üniversitesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.02.2017 tarihli, GO 17/137-16 numaralı onay kararını (Bkz. Ek 1) takiben 19 soruluk bir anket uygulanmıştır (Bkz. Ek 2). Anket yoluyla elde edilen veriler, niceliksel olasılıklı bir örneklem araştırmasının verilerini oluşturmaktadır.

Anket uygulaması, 06.03.2017 – 16.03.2017 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı özel muayene odalarının ve polikliniğinin bekleme mekânlarında gerçekleştirilmiştir. Katılımcı evrenini klinik muayene odaları ve poliklinikte muayene olan onsekiz yaşından büyük hastalar ve çocuk hastaların ebeveynleri oluşturmaktadır. Uygulama, bekleme mekânlarında muayeneden çıkan hastalara anket formunun doldurulmasının istenmesi yöntemiyle ve toplam 400 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Uygulama günleri bazında, toplam hasta sayısı ve katılımcı sayısı Tablo 6.1'de gösterilmektedir. Söz konusu tabloda muayene olan hasta sayıları Hacettepe Üniversitesi Hastanesi hasta kayıt sisteminden alınmıştır.

Tarih	Muayene Olan Toplam P.R.E. Cerrahi A.B.D. Hasta Sayısı	Anket Uygulanan Hasta ve Çocuk Hasta Velisi Sayısı
6 Mart Pazartesi	127	65
7 Mart Salı	75	30
8 Mart Çarşamba	56	22
9 Mart Perşembe	143	80
10 Mart Cuma	61	34
13 Mart Pazartesi	132	72
14 Mart Salı	87	39
15 Mart Çarşamba	48	22
16 Mart Perşembe	114	36
Toplam	843	400

Tablo 6.1: Toplam Hasta Sayısı ve Anket Uygulanan Katılımcı Sayısı Tablosu

Ön görüşmeler sırasında Anabilim Dalı Başkanı Sn. Prof. Dr. Figen Bülbül'den, muayeneye gelen hastaların %50 oranındaki bir bölümünü doğum anomalisi olan çocuk hastaların oluşturduğu bilgisi alınmıştır. 18 yaşından küçük çocuk hastaların kendileriyle değil, yanlarında kendilerine refakat eden reşit yaştaki ebeveynleriyle anket çalışması yapılmak suretiyle çocuklu ailelerin mekânsal tercihleri çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmada soru formunda yer alan sorular üzerinden hasta-doktor iletişimde mekanın etkisi, hastaneyi ziyaret eden hastaların eğitim durumu, daha önce hastaneye gelmiş olma durumu, cinsiyet ve yaş gruplarına göre çapraz sıklık ve oran tabloları alınarak incelenmiştir.

Bunun yanısıra, muayene olunan mekanın fiziksel koşullarının doktor ile kurulan iletişime etkisi, kişisel mahremiyetin korunması, kendini güvende hissetme düzeyi ve alınan sağlık hizmetine etki eden faktörler mantıksal regresyon (logistic regression) yöntemi ile analiz edilmiştir. Mantıksal regresyon analizi; bağımlı değişkenin iki ya da daha çok sayıda kategoride gözlemlendiği durumlarda, bağımlı değişkenin bağımsız değişkenler ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaygın olarak kullanılan bir tekniktir. Bu teknik bağımlı değişken kategori olasılıklarını, modeldeki bağımsız değişkenler yardımıyla açıklamaya dayanmaktadır. Yöntemde normal dağılım varsayımı ya da değişkenlerin sürekli değişken olması koşulu aranmamaktadır. Mantıksal regresyonda modeller bağımlı değişkenin kategorik yapısına göre farklı isimler alabilmektedir (Tüzen, 2014). Bu çalışmada, kategorik bağımlı değişken iki durumlu olarak tanımlanmış ve İkili (Binary) Mantıksal Regresyon Yöntemi uygulanmıştır.

6.1.3. Örnek Hacminin Belirlenmesi

Örnek hacminin hesaplanabilmesi için kurumun internet sitesindeki;

“Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı polikliniğinin yılda ortalama 16.981 hastaya poliklinik hizmeti verdiği”

ifadesinden yola çıkılmıştır. Araştırmanın evrenini, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı'na bağlı Klinik Muayene Odaları ve Poliklinikte muayene olan onsekiz yaşından büyük hastalar ve çocuk hastaların 18 yaşından büyük ebeveynleri oluşturmaktadır. Anabilim Dalı başkanlığının internet sitesinde yıllık bazda 10,000 kişiye poliklinik hizmeti verildiği ve ameliyat edilen hasta sayısının da 17,000 kişi civarında olduğu ifade edilmektedir.

Örneklem genişliği belirlenirken istenilen değişkenin görülme sıklığı bilinmediğinden, büyük örnek hacmi değerini verecek şekilde $p=0.5$ değeri alınmış ve $\pm\%10$ yanılma payı

ile $d=0,05$ ($0,5*0,10=0,05$) duyarlılık düzeyinde sonuçların üretilmesi hedeflenmiştir. $n=p*q*t^2/d^2$ formülü ile hesaplanan örnek hacminde çalışmanın amacı dikkate alındığında, hastaların muayene odalarına ilişkin olarak mekânsal yönleriyle genel memnuniyetlerinin ölçülmesi yönünde hazırlanan sorularda nadir bir olayın ölçülmesi hedeflenmemiştir (Sümbüloğlu ve Akdağ, 2007).

Çalışmada herhangi bir tabaka düzeyinde sonuçların üretilmesi hedeflenmemiştir. Belirtilen hususlar dikkate alındığında, aşağıdaki formüle dayalı olarak elde edilen $n=384$ örnek hacmi, cevapsızlık ya da ölçüm hatalarından kaynaklanabilecek sorunlar da gözetilerek %5 oranında artırılarak 400 kişi olarak belirlenmiştir. Tablo 6.2.'de farklı duyarlılık düzeyleri ve prevalanslar için belirlenmiş örnek genişlikleri yer almaktadır (Bkz. Tablo 6.2.).

Evren Büyük- lüğü	+- 0.03 örnekleme hatası (d)			+-0.05 örnekleme hatası (d)			+-0.10 örnekleme hatası (d)		
	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7
100	92	87	90	80	71	77	49	38	45
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1000000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100 milyon	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

Tablo 6.2: Farklı Duyarlılık Düzeyleri ve Prevelanslar için Belirlenmiş Örnek Genişlikleri Tablosu (Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S., 2004)

6.2. ALAN ÇALIŞMASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

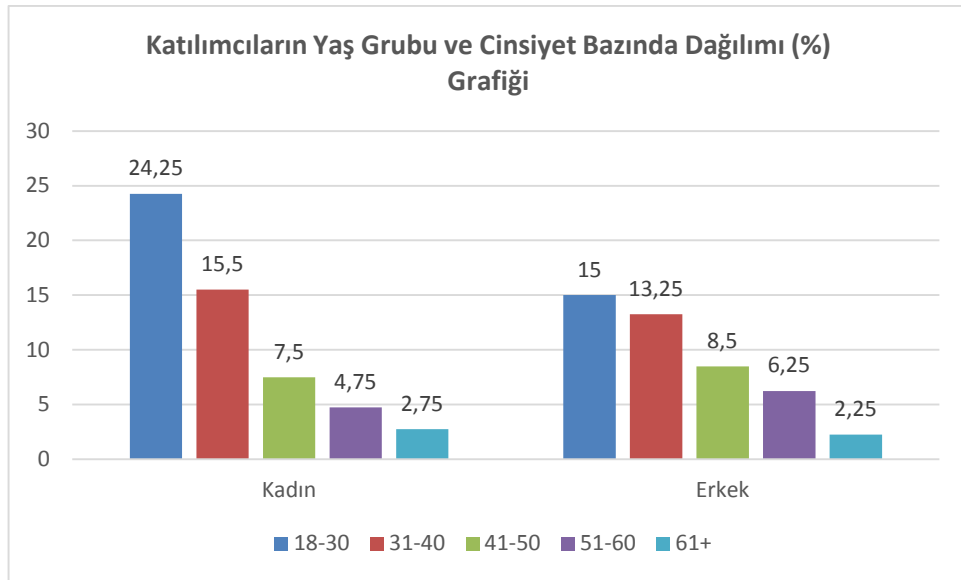
6.2.1. Anket Sorularının Veri Analizleri

Çalışmada kişisel bilgiler dikkate alınarak oluşturulan temel tablolar aşağıda yorumlanmıştır:

Katılımcıların Yaş Grubu ve Cinsiyet Bazında Dağılımı						
YAŞ GRUBU						
	18-30	31-40	41-50	51-60	61+	TOPLAM
Toplam	157	115	64	44	20	400
Kadın	97	62	30	19	11	219
Erkek	60	53	34	25	9	181

Tablo 6.3.: Katılımcıların Yaş Grubu ve Cinsiyet Bazında Dağılımı Tablosu

Toplamda 400 kişi ile yapılan uygulamada yaş grubu ve cinsiyet bazında dağılım incelendiğinde en fazla 18-30 yaş aralığında kadın hastalar (97 kişi) ile görüşüldüğü belirlenmiştir. 61+ yaş grubunda erkek hastalar ise ankette en az rastlanan kişi sayısını (9 kişi) oluşturmuştur.



Grafik 6.1.: Katılımcıların Yaş Grubu ve Cinsiyet Bazında Dağılımı (%) Grafiği

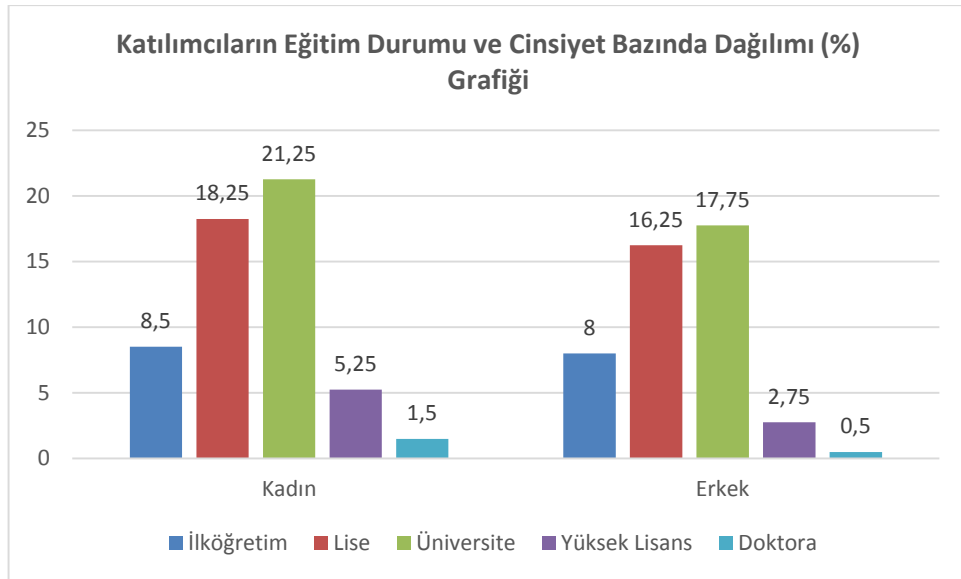
Grafik oransal olarak yorumlandığında da toplam içinde 18-30 yaş grubunda kadınlar %24.25; 61+yaş grubundaki erkekler ise %2.25 oranında temsil edilmiştir: katılımcıların %54.75 oranında kadınlar olduğu, erkek katılım oranının ise %45.25 olduğu bu aşamada elde edilen bilgilerdir.

Katılımcıların eğitim durumu ve cinsiyet bazında dağılım tablosu aşağıdaki gibidir:

Katılımcıların Eğitim Durumu ve Cinsiyet Bazında Dağılımı						
EĞİTİM DURUMU						
	İlköğretim	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans	Doktora	TOPLAM
Toplam	66	138	156	32	8	400
Kadın	34	73	85	21	6	219
Erkek	32	65	71	11	2	181

Tablo 6.4.: Katılımcıların Eğitim Durumu ve Cinsiyet Bazında Dağılımı Tablosu

Toplamdaki 400 katılımcının 156'sı üniversite; 138'i ise lise mezunudur. Bu rakamların kadın ve erkek dağılımları incelendiğinde üniversite mezunlarının 85'inin kadın, 71'inin erkek olduğu; lise mezunlarının 73'ünün kadın,65'inin erkek olduğu elde edilmiştir. Doktora sahibi hastalar ise çalışmanın en düşük frekanslı gözlemi olup; 6 kadın 2 erkek katılımcı ile uygulama yapılabildiği görülmüştür. Oransal olarak üniversite mezunları %39 ile en yüksek katılımcı grubunu oluşturmaktadır. Bu oranı %34,5 ile Lise mezunları izlemektedir. Doktora derecesi sahibi hastalar ise %2 ile en az orandaki katılımcılar olarak gözlenmiştir.



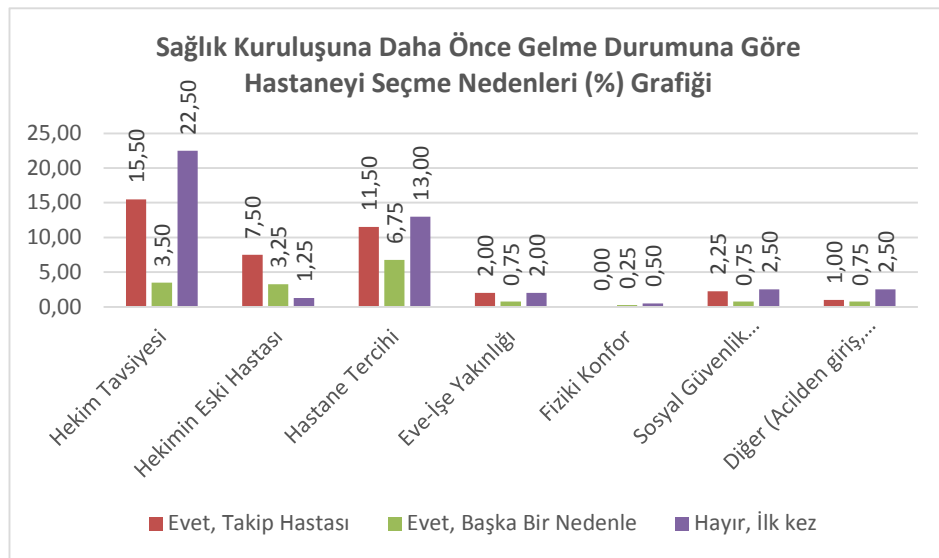
Grafik 6.2.: Katılımcıların Eğitim Durumu ve Cinsiyet Bazında Dağılımı (%) Grafiği

Oransal olarak üniversite mezunu kadınlar toplam katılımcılar içinde en kalabalık grubu %21,25 oranıyla oluşturmaktadır. Bu oranı Lise mezunu kadınlar %18,25 oranıyla ve üniversite mezunu erkekler ise %17,75 oranıyla takip etmektedir. En düşük mevcudiyet, %0,5 oranıyla doktora sahibi erkekler olarak gözlenmiştir.

Sağlık Kuruluşuna Daha Önce Gelme Durumuna Göre Hastaneyi Seçme Nedenleri								
	Hekim Tavsiyesi	Hekimin Eski Hastası	Hastane Tercihi	Eve-İşe Yakınlığı	Fiziki Konfor	Sosyal Güvenlik Koşulları	Diğer (Acilden giriş, yakın tavsiyesi vb.)	TOPLAM
Toplam	166	48	125	19	3	22	17	400
Evet, Takip Hastası	62	30	46	8	0	9	4	159
Evet, Başka Bir Nedenle	14	13	27	3	1	3	3	64
Hayır, İlk kez	90	5	52	8	2	10	10	177

Tablo 6.5.: Sağlık Kuruluşuna Daha Önce Gelme Durumuna Göre Hastaneyi Seçme Nedenleri Tablosu

Sağlık kuruluşuna daha önce gelme durumuna göre hastaneyi seçme nedenleri incelendiğinde; hekim tavsiyesi ile hastaneye ilk kez gelenler 90 kişi ile en yüksek değer olarak gözlenmiştir. Fiziki konfor ise en az tercih edilen neden olarak gözlenmiş olup; daha önce hastaneye gelenler içinde takip hastası hiç gözlenmemiştir. Takip hastası olmayıp ancak başka bir nedenle daha önce hastaneye gelen yalnızca 1 kişi ile uygulama yapılabilmiştir. Fiziki konfor nedeniyle ilk kez gelen hasta sayısı ise 2 kişi olarak gözlenmiştir.



Grafik 6.3.: Sağlık Kuruluşuna Daha Önce Gelme Durumuna Göre Hastaneyi Seçme Nedeni (%) Grafiği

Grafik 6.3.'ün oransal dağılımı incelendiğinde en yüksek oranın %41.50 ile doktorun tavsiye edilmesi sonucu gelen hastalarda olduğu, bu oranı %31,25 ile hastanenin tercih edilmesi sonucu gelen hastaların takip ettiği gözlenmektedir. Hastaların geliş sebepleri incelendiğinde en düşük orandaki seçim gerekçesinin %0.75 oranıyla hastanenin sunduğu fiziki konfor şartlarının oluşturduğu gözlenmiştir.

6.2.2. Muayene Mekanının Fiziksel Özellikleri İlgili Soruların Analizleri

Hastanenin fiziksel koşullarından memnuniyet durumu incelendiğinde, uygulama yapılan bireylerin büyük çoğunluğu -%84 oranında- memnun olduklarını belirtmişlerdir. Fiziksel koşulları “Çok Rahatsız” bulan hasta sayısı 400 hasta içinde yalnızca 11 kişi olarak tespit edilmiştir. Fiziksel koşulları rahatsız bulan hasta oranı tüm katılımcılar içinde toplam %16 oranındadır. Memnuniyet düzeyine göre dağılım Tablo 6.6.'da verilmiştir.

Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Genel Değerlendirmesi		
	Toplam	ORAN
Çok Rahatsız	11	2,75
Rahatsız	53	13,25
Kabul Edilebilir	149	37,25
Rahat	153	38,25
Çok Rahat	34	8,50
	400	%100

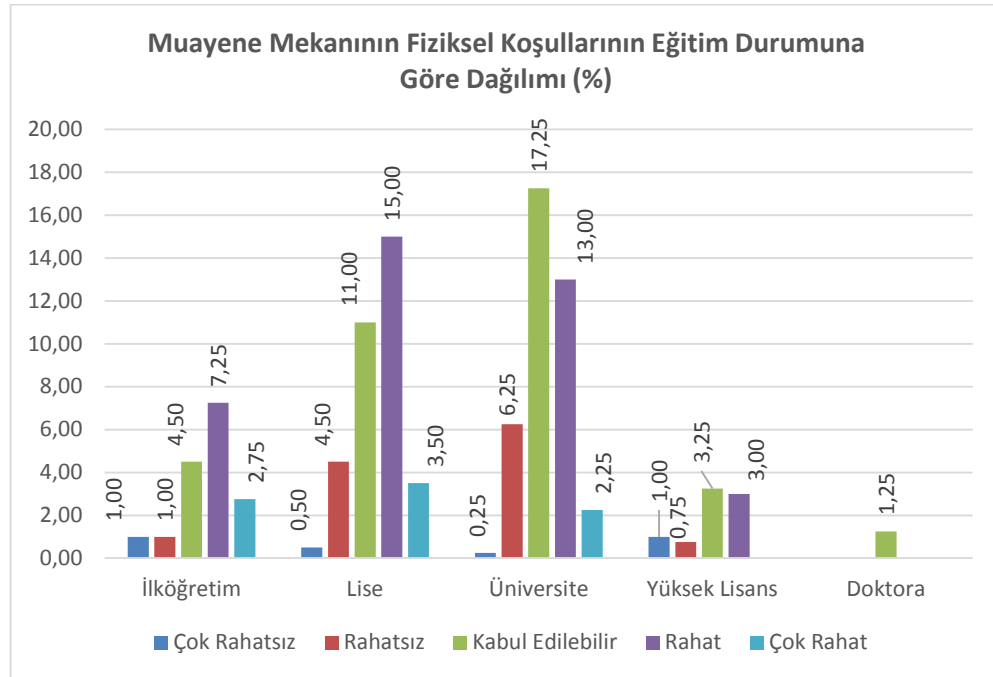
Tablo 6.6.: Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Genel Değerlendirmesi Tablosu

Fiziksel koşullardan memnuniyetin hastaların eğitim durumu aşağıdaki sıklık tablosu ve oran grafiği ile açıklanmıştır (Bkz. Tablo 6.7. ve Grafik 6.4.).

Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı						
	Çok Rahatsız	Rahatsız	Kabul Edilebilir	Rahat	Çok Rahat	Toplam
Toplam	11	53	149	153	34	400
İlköğretim	4	4	18	29	11	66
Lise	2	18	44	60	14	138
Üniversite	1	25	69	52	9	156
Yüksek Lisans	4	3	13	12	0	32
Doktora	0	3	5	0	0	8

Tablo 6.7.: Muayene Mekanının Fiziksel koşullarının Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi Tablosu

'Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu' (Bkz. Tablo 6.7.) incelendiğinde; muayene mekanı 153 kişinin tercihi ile 'Rahat' olarak değerlendirilmiştir. Bu grubun içindeki 60 kişilik mevcudiyeti ile Lise mezunlarının çoğunluğu oluşturduğu ifade edilebilir. Muayene mekanı 'Kabul Edilebilir' konforda bulanlar toplamda 149 kişilik bir ağırlığa sahip olup; bu grubun içinde çoğunluğu 69 kişi ile üniversite mezunlarının oluşturduğu tespit edilmektedir. Muayene mekanı değerlendirmesinde en düşük mevcut 11 kişi ile 'Çok Rahatsız' seçeneğini tercih edenler olup, bu grubun içinde çoğunluk ilköğretim ve yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olan 4'er kişi olarak tespit edilmiştir. Toplamda 400 hasta içinde en küçük gözlem değeri 1 olup; üniversite mezunu bu kişi fiziki koşulların 'Çok Rahatsız' olduğunu belirtmiştir.



Grafik 6.4.: Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

'Muayene Mekânının Fiziksel Koşullarının Eğitim Durumuna Göre Oransal Dağılım Grafiği' incelendiğinde, en yüksek tercih olarak üniversite mezunlarınca muayene mekanını %17,25 oranında 'Kabul edilebilir' olarak değerlendirmesi görülmektedir. Bu karar yüksek lisans ve doktora dereceli hastalar için de tutarlı görünmektedir. Lise ve ilköğretim dereceli eğitime sahip hastalar toplamda %22,25 oranında muayene mekanını 'Rahat' olarak değerlendirmişlerdir.

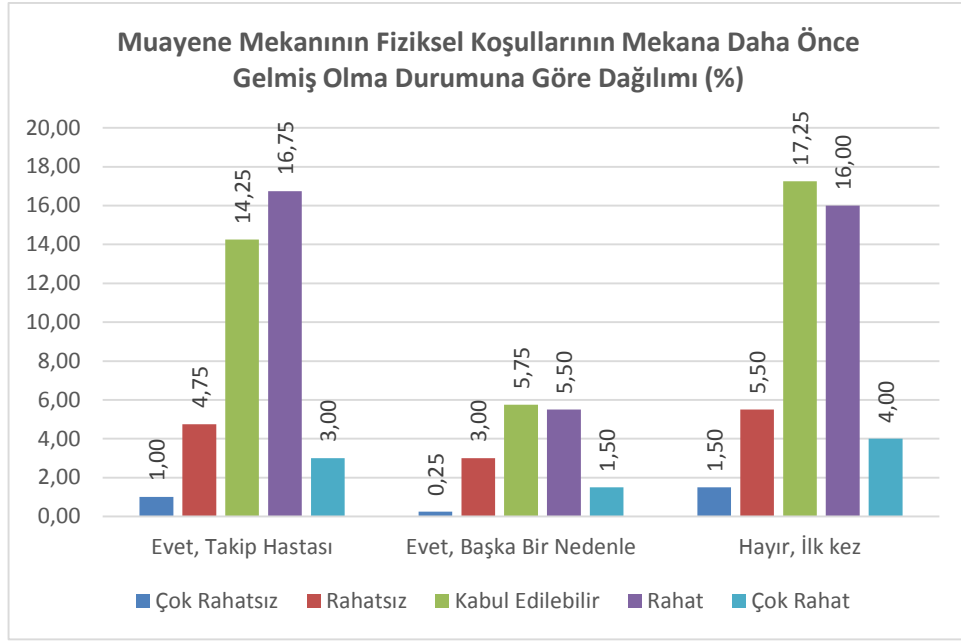
Muayene mekânının fiziksel koşullarının, mekâna daha önce gelmiş olma durumuna göre değerlendirmesi aşağıdaki sıklık tablosu ve oran grafiği ile açıklanmıştır (Bkz. Tablo 6.8. ve Grafik 6.5.).

Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı						
	Çok Rahatsız	Rahatsız	Kabul Edilebilir	Rahat	Çok Rahat	Toplam
Toplam	11	53	149	153	34	400
Evet, Takip Hastası	4	19	57	67	12	159
Evet, Başka Bir Nedenle	1	12	23	22	6	64
Hayır, İlk kez	6	22	69	64	16	177

Tablo 6.8.: Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Mekana Daha Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı Tablosu

'Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı' tablosu incelendiğinde, ilk defa muayene olmaya gelen 69 kişinin muayene mekanını 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirdiği görülmektedir. Muayene mekanını rahatsızlıklarının gerektirdiği şekilde düzenli aralıklarla kullanan 67 takip hastası ise zaten aşına oldukları muayene mekanını 'Rahat' olarak değerlendirmişlerdir.

'Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Oransal Dağılımı' grafiği (Bkz. Grafik 6.5.) incelendiğinde, ise muayene mekanını kullanan tüm hasta gruplarının verdikleri cevapların çok ağırlıklı olarak 'Kabul edilebilir' ve 'Rahat' seçeneklerine yoğunlaştığı görülmektedir.



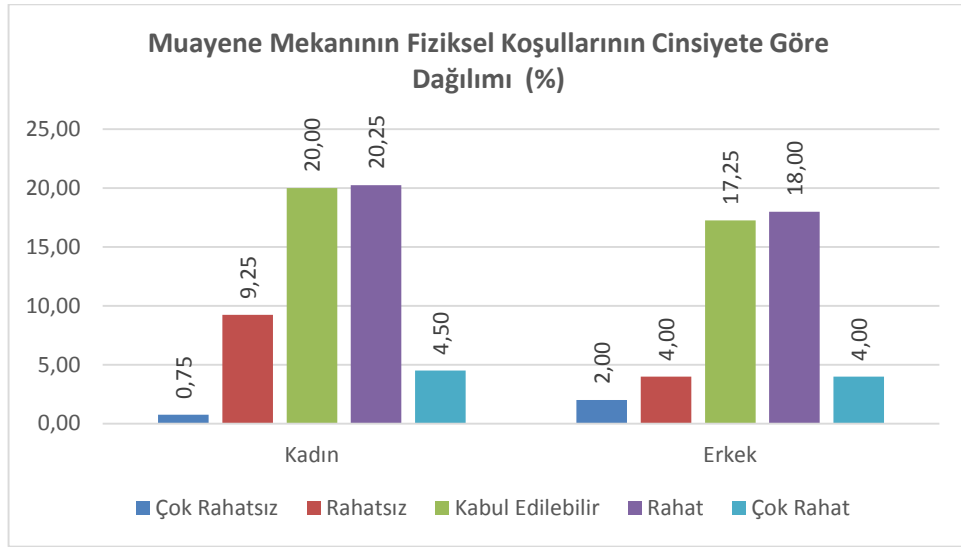
Grafik 6.5.: Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Mekana Daha Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Cinsiyete Göre Dağılımı tablosu (Bkz. Tablo 6.9.) birbirlerine çok yakın sayıda kadın katılımcının muayene mekanını 'Kabul Edilebilir' ve 'Rahat' olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Bu katılımcılar kadın mevcudunun %73,5'u gibi bir orana sahip olduklarından tercihleri topluluk adına belirleyici olmuştur. Erkek katılımcılar da benzer biçimde muayene mekanını 'Kabul Edilebilir' ve 'Rahat' olarak değerlendirmişlerdir. Bu tercihi yapan erkek katılımcılar da toplam erkek nüfusunun %77,9'unu oluşturmaktadır.

Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Cinsiyete Göre Dağılımı						
	Çok Rahatsız	Rahatsız	Kabul Edilebilir	Rahat	Çok Rahat	Toplam
Toplam	11	53	149	153	34	400
Kadın	3	37	80	81	18	219
Erkek	8	16	69	72	16	181

Tablo 6.9.: Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Cinsiyete Göre Oransal Dağılımı grafiği (Bkz. Grafik 6.6.) Kadın ve erkek katılımcıların oransal yanıtları arasında gözle görülür bir benzerlik bulunmaktadır. Ancak, grafikte verilen bilgilerden en dikkat çekici olanının, %9.25 oranındaki kadın katılımcının mekanı 'Rahatsız' olarak değerlendirmesi olduğu düşünülmektedir.



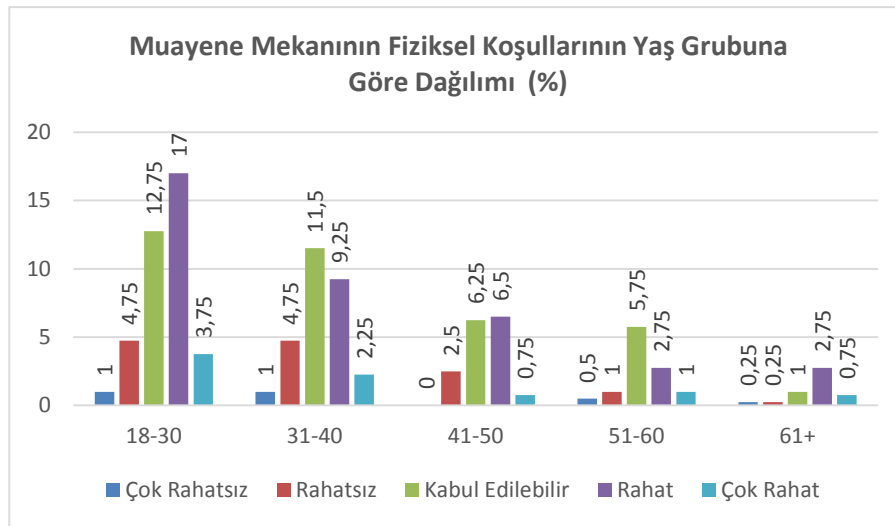
Grafik 6.6.: Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Cinsiyete Göre Dağılımı (%) Grafiği

Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Yaş Grubuna Göre Dağılımı tablosu (Bkz. Tablo 6.10.) incelendiğinde; en kalabalık katılımcı yaş grubunun 157 kişilik mevcut ile 18-30 yaş grubuna mensup katılımcılar olduğu tespit edilmektedir. Sayıca en az grubun 20 kişilik mevcut ile 61 yaş üzeri hastalar ve hasta yakınları olduğu görülmektedir.

Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Yaş Grubuna Göre Dağılımı						
	Çok Rahatsız	Rahatsız	Kabul Edilebilir	Rahat	Çok Rahat	Toplam
Toplam	11	53	149	153	34	400
18-30	4	19	51	68	15	157
31-40	4	19	46	37	9	115
41-50	0	10	25	26	3	64
51-60	2	4	23	11	4	44
61+	1	1	4	11	3	20

Tablo 6.10.: Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Yaş Grubuna Göre Dağılımının Oransal olarak incelendiği Grafik 6.7.'de en büyük grup olan 18-30 yaş grubuna mensup katılımcıların verdiği cevapların en yüksek oranda olanının %17 ile 'Rahat' cevabı olduğu görülmektedir. Oransal olarak bir sonra gelen yüksek oranlı cevabın yine aynı yaş grubuna mensup katılımcıların mekanın fiziksel koşulları ile ilgili verdiği %12,75 oranındaki 'Kabul Edilebilir' cevabı olduğu görülmektedir. En küçük katılımcı yaş grubu olan 61 yaş üzeri grupta da en ağırlıklı cevabın %2,75 ile yine 'Rahat' cevabı olduğu anlaşılmaktadır.



Grafik 6.7.: Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Yaş Grubuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

6.2.2.1. Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Analizi

Muayene mekanının aydınlatma düzeyinin genel değerlendirme tablosu'na (Bkz. Tablo 6.11.) göre, katılımcılar toplamda yaklaşık %91,5 oranında mekan aydınlatmasını 'Kabul Edilebilir', 'İyi' ve 'Çok İyi' olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanının aydınlatması konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %8,5 oranında aydınlatma düzeyini 'Kötü' ve 'Çok Kötü' olarak değerlendirmişlerdir.

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Genel Değerlendirmesi		
	Toplam	ORAN
Çok Kötü	4	1,00
Kötü	30	7,50
Kabul Edilebilir	115	28,75
İyi	200	50,00
Çok İyi	51	12,75
	400	%100

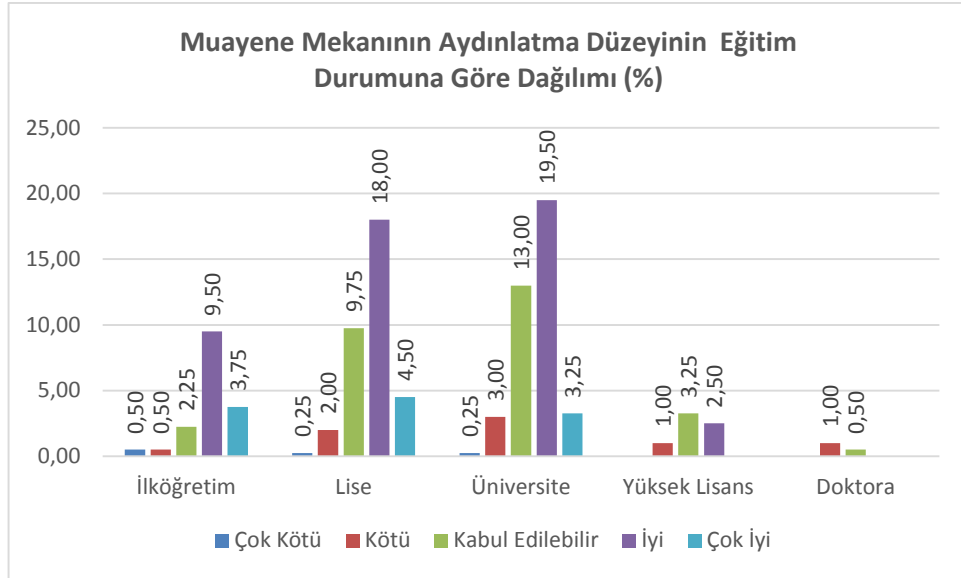
Tablo 6.11.: Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Genel Değerlendirmesi Tablosu

Muayene mekanının aydınlatma düzeyinin eğitim durumuna göre dağılımı aşağıdaki sıklık tablosu ve oran grafiği ile açıklanmıştır (Bkz. Tablo 6.12. ve Grafik 6.8.).

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı						
	Çok Kötü	Kötü	Kabul Edilebilir	İyi	Çok İyi	Toplam
Toplam	4	30	115	200	51	400
İlköğretim	2	2	9	38	15	66
Lise	1	8	39	72	18	138
Üniversite	1	12	52	78	13	156
Yüksek Lisans	0	4	13	10	5	32
Doktora	0	4	2	2	0	8

Tablo 6.12.: Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu

'Tablo 6.12. : Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu' verilerine göre 78 kişilik üniversite mezunu katılımcı muayene mekanının aydınlatma düzeyini 'İyi' olarak işaretlemiştir. Bu sayıyı 72 kişilik mevcutla 'Lise' düzeyi katılımcının verdiği 'İyi' tercihi takip etmektedir. Tabloda en küçük gözlem değeri olan 1; bir Lise ve bir Üniversite mezunu tarafından işaretlenen 'Çok Kötü' seçeneğini göstermektedir.



Grafik 6.8.: Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

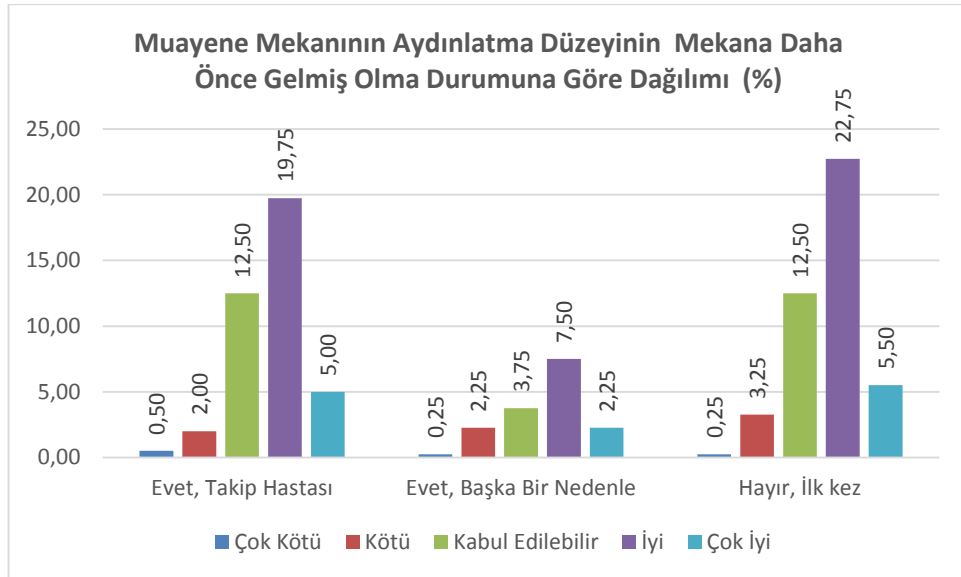
'Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Oransal Dağılım Grafiği' incelendiğinde (Bkz. Grafik 6.8.) ilköğretim, Lise ve Üniversite mezunları gruplarının her üçünde de muayene mekanının aydınlatma düzeyinin 'İyi' seviyede algılandığı görülmektedir. Yüksek Lisans mezunları arasında mekanın aydınlatma düzeyinin 'Kabul Edilebilir' seviyede algılandığını ifade etmek yerinde olacaktır.

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı'nın incelendiği Tablo 6.13.'te ise, 91 kişilik hastaneye ilk kez gelen hasta grubunun muayene mekanının aydınlatma düzeyini 'İyi' seviyede bulması dikkat çekmektedir. Bu katılımcı grubunu 79 kişi ile hastaneye düzenli olarak gelen takip hastaları grubunun verdiği 'İyi' cevabı takip etmektedir. Aydınlatma düzeyini 'Çok Kötü' olarak değerlendirenler; başka bir nedenle servise gelen bir kişi ve ilk kez gelen bir diğer kişi olmuştur.

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı						
	Çok Kötü	Kötü	Kabul Edilebilir	İyi	Çok İyi	Toplam
Toplam	4	30	115	200	51	400
Evet, Takip Hastası	2	8	50	79	20	159
Evet, Başka Bir Nedenle	1	9	15	30	9	64
Hayır, İlk kez	1	13	50	91	22	177

Tablo 6.13.: Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Oransal Dağılımı'nın incelendiği Grafik 6.9.'da hastanede bulunan her üç grubun değerlendirmesinin de muayene mekanı aydınlatmasının 'İyi' seviyede olması olarak göze çarpmaktadır. Bu seçeneği tercih edenler toplam katılımcıların %50'sini oluşturmaktadır. Aydınlatma seviyesini 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirenlerin ağırlığı da %28.75 olarak görülmektedir.



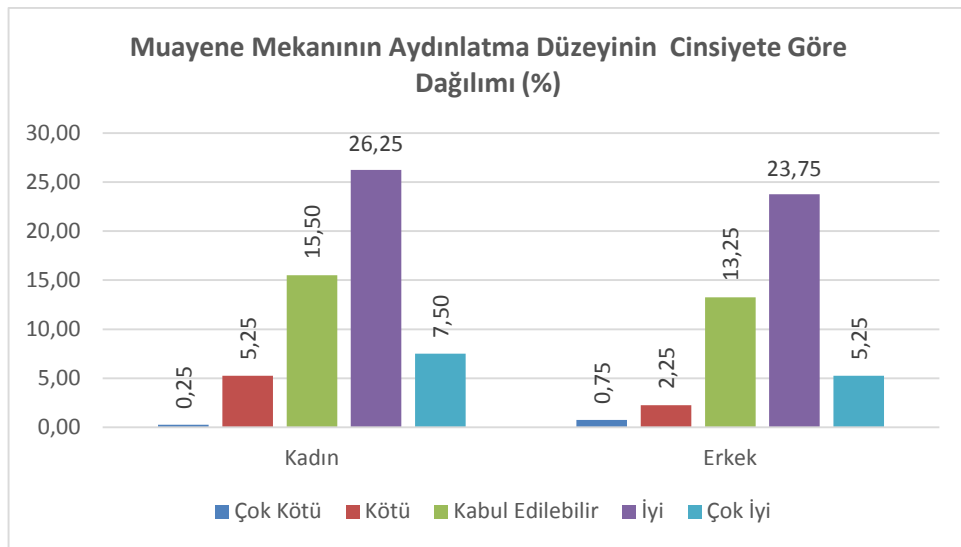
Grafik 6.9.: Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.14.) verileri incelendiğinde muayene mekanının aydınlatma düzeyi 105 kişilik kadın katılımcı tarafından 'İyi' olarak değerlendirilmiştir. Bu sayıyı 95 kişilik erkek katılımcının aydınlatma düzeyini yine 'İyi' olarak değerlendirmesi takip etmektedir. En düşük değerler 1 kadın, 3 erkek katılımcı tarafından verilen 'Çok Kötü' değerlendirilmesi olmuştur.

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı						
	Çok Kötü	Kötü	Kabul Edilebilir	İyi	Çok İyi	Toplam
Toplam	4	30	115	200	51	400
Kadın	1	21	62	105	30	219
Erkek	3	9	53	95	21	181

Tablo 6.14.: Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Cinsiyete Göre Oransal Dağılımı Grafiği (Bkz. Grafik 6.10.) incelendiğinde ilk değerlendirme olarak hem kadın hem de erkek katılımcıların tercih oranlarında benzerlik olduğu gözlenmektedir. Kadın katılımcılar %26,25 ile en yüksek oran olarak aydınlatma düzeyini 'İyi' olarak değerlendirmişlerdir. En düşük veri oranı %0,25 ile kadın katılımcıların verdiği 'Çok Kötü' değerlendirilmesi olmuştur.



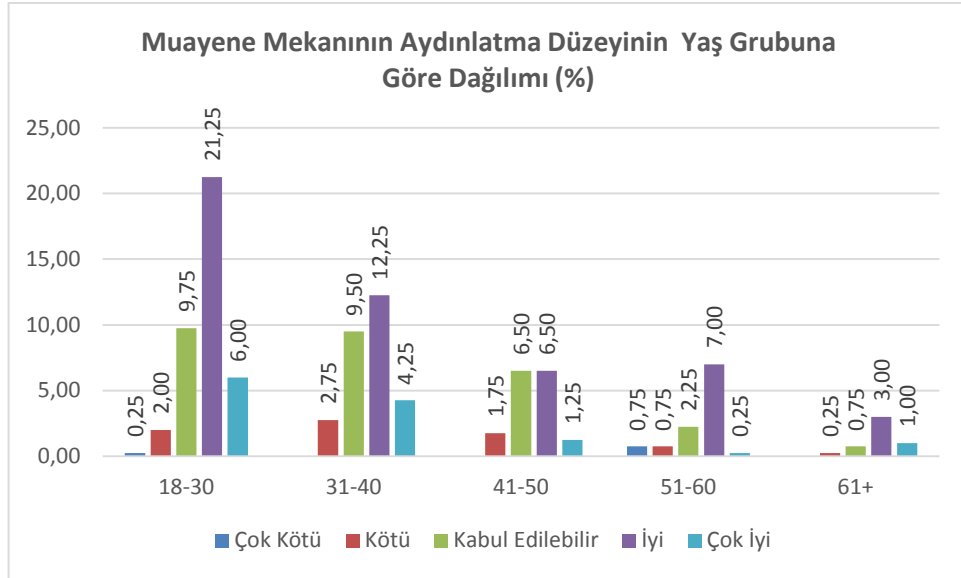
Grafik 6.10.: Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı (%) Grafiği

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.15.) göre muayene mekanı aydınlatması 18-30 yaş grubuna mensup 85 kişinin tercihi ile 'İyi' olarak değerlendirilmiştir. Toplamda 400 hasta içinde en küçük gözlem değeri 1 olup; bu kişiler 18-30 yaş grubunda bir kişi mekan aydınlatmasını 'Çok Kötü' olarak değerlendirmiş, 61 yaş üzeri bir kimse aydınlatma oranını 'Kötü' olarak değerlendirmiş ve 51-60 yaş grubuna mensup bir kişi de aydınlatma düzeyini 'Çok İyi' olarak değerlendirmiştir.

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı						
	Çok Kötü	Kötü	Kabul Edilebilir	İyi	Çok İyi	Toplam
Toplam	4	30	115	200	51	400
18-30	1	8	39	85	24	157
31-40	.	11	38	49	17	115
41-50	.	7	26	26	5	64
51-60	3	3	9	28	1	44
61+	.	1	3	12	4	20

Tablo 6.15.: Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımının Oransal olarak incelendiği Grafik 6.11.'de en kalabalık grup olan 18-30 yaş grubuna mensup katılımcıların verdiği cevapların en yüksek oranda olanının %21,25 ile 'İyi' cevabı olduğu görülmektedir. Oransal olarak bir sonra gelen yüksek oranlı cevabın 31-40 yaş grubuna mensup katılımcıların mekanın aydınlatma düzeyi ile ilgili verdiği %12,25 oranındaki 'İyi' cevabı olduğu görülmektedir. En küçük katılımcı yaş grubu olan 61 yaş üzeri grupta da en ağırlıklı cevabın %3 ile yine 'İyi' cevabı olduğu anlaşılmaktadır.



Grafik 6.11.: Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

6.2.2.2. Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Analizi

Muayene mekanının akustik düzeyinin genel değerlendirme tablosu'na (Bkz. Tablo 6.16.) göre, katılımcılar toplamda yaklaşık %80,75 oranında mekan akustiğini 'Kabul Edilebilir', 'Sessiz' ve 'Çok Sessiz' olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanının aydınlatması konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %19,25 oranında akustik düzeyini 'Gürültülü' ve 'Çok Gürültülü' olarak değerlendirmişlerdir.

Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Genel Değerlendirmesi		
	Toplam	ORAN
Çok Gürültülü	6	1,50
Gürültülü	71	17,75
Kabul Edilebilir	203	50,75
Sessiz	101	25,25
Çok Sessiz	19	4,75
	400	%100

Tablo 6.16.: Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Genel Değerlendirmesi Tablosu

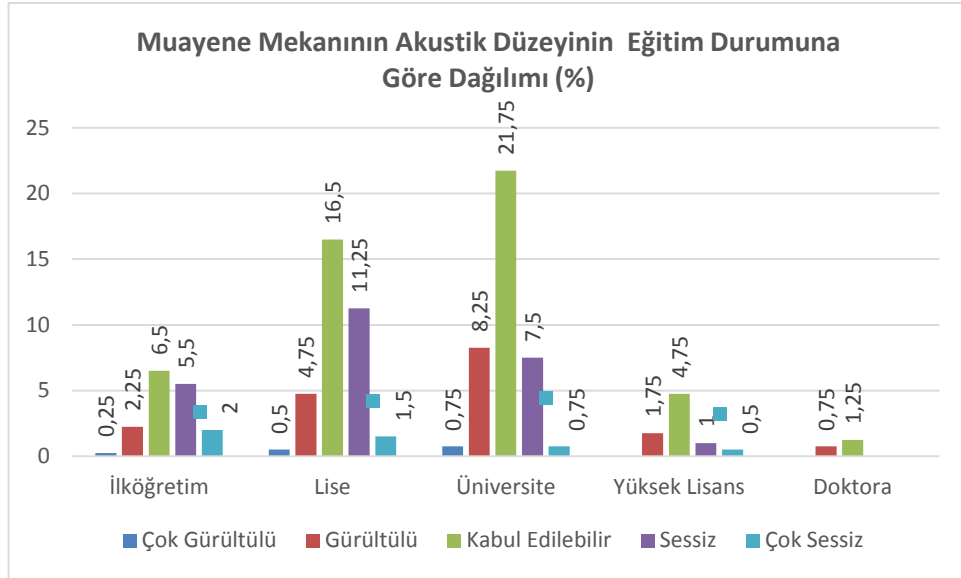
Muayene mekanının akustik düzeyinin eğitim durumuna göre dağılımı aşağıdaki sıklık tablosu ve oran grafiği ile açıklanmıştır (Bkz. Tablo 6.17. ve Grafik 6.12.).

Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı						
	Çok Gürültülü	Gürültülü	Kabul Edilebilir	Sessiz	Çok Sessiz	Toplam
Toplam	6	71	203	101	19	400
İlköğretim	1	9	26	22	8	66
Lise	2	19	66	45	6	138
Üniversite	3	33	87	30	3	156
Yüksek Lisans	.	7	19	4	2	32
Doktora	.	3	5	.	.	8

Tablo 6.17.: Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.17) verilerine göre 87 kişilik üniversite mezunu katılımcı muayene mekanının akustik düzeyini ‘Kabul Edilebilir’ olarak işaretlemiştir. Bu sayıyı 66 kişilik mevcutla ‘Lise’ düzeyi katılımcının verdiği ‘Kabul Edilebilir’ tercihi takip etmektedir. Tabloda en küçük gözlem değeri olan 1; bir ilköğretim mezunu tarafından işaretlenen ‘Çok Gürültülü’ seçeneğini göstermektedir.

‘Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Oransal Dağılım Grafiği’ incelendiğinde (Bkz. Grafik 6.12.) ilköğretim, Lise, Üniversite, Yüksek Lisans ve Doktora mezunları gruplarının beşinde de muayene mekanının akustik düzeyinin ağırlıklı olarak ‘Kabul Edilebilir’ seviyede algılandığı görülmektedir. İlköğretim ve Lise mezunları düzeyinde ikinci eğilimin mekan akustiğini ‘Sessiz’ olarak değerlendirmek olduğunu ifade etmek yerinde olacaktır. Üniversite, Yüksek Lisans ve Doktora mezunları düzeyinde ikinci eğilim ise mekan akustiğinin ‘Gürültülü’ olduğu yönündedir.



Grafik 6.12.: Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

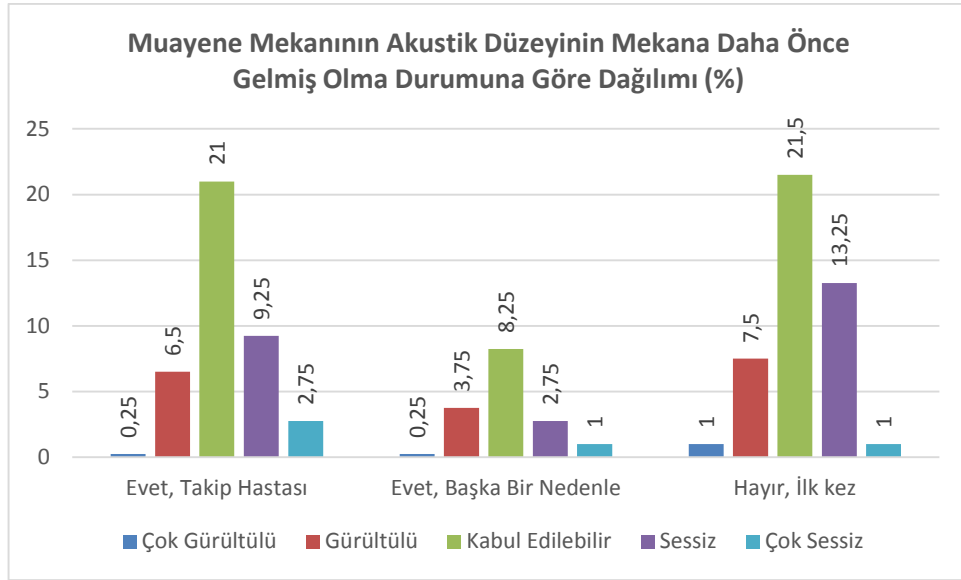
Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı'nın incelendiği Tablo 6.18.'de ise, 86 kişilik hastaneye ilk kez gelen hasta grubunun muayene mekanının akustik düzeyini 'Kabul Edilebilir' seviyede bulması dikkat çekmektedir. Bu katılımcı grubunu 84 kişi ile hastaneye düzenli olarak gelen takip hastaları grubunun verdiği 'Kabul Edilebilir' cevabı takip etmektedir. Akustik düzeyini 'Çok Gürültülü' olarak değerlendirenler; başka bir nedenle servise gelen bir kişi ve bir takip hastası olmuştur.

Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı						
	Çok Gürültülü	Gürültülü	Kabul Edilebilir	Sessiz	Çok Sessiz	Toplam
Toplam	6	71	203	101	19	400
Evet, Takip Hastası	1	26	84	37	11	159
Evet, Başka Bir Nedenle	1	15	33	11	4	64
Hayır, İlk kez	4	30	86	53	4	177

Tablo 6.18.: Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Oransal Dağılımı'nın incelendiği Grafik 6.13.'te hastanede bulunan her üç grubun değerlendirmesinin de muayene mekanı akustiğinin 'Kabul Edilebilir' seviyede olması ilk

bulgu olarak göze çarpmaktadır. Bu seçeneği tercih edenler toplam katılımcıların %50.75'ini oluşturmaktadır. Akustik seviyesini 'Sessiz' olarak değerlendirenlerin ağırlığı da %25.25 olarak görülmektedir.



Grafik 6.13.: Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

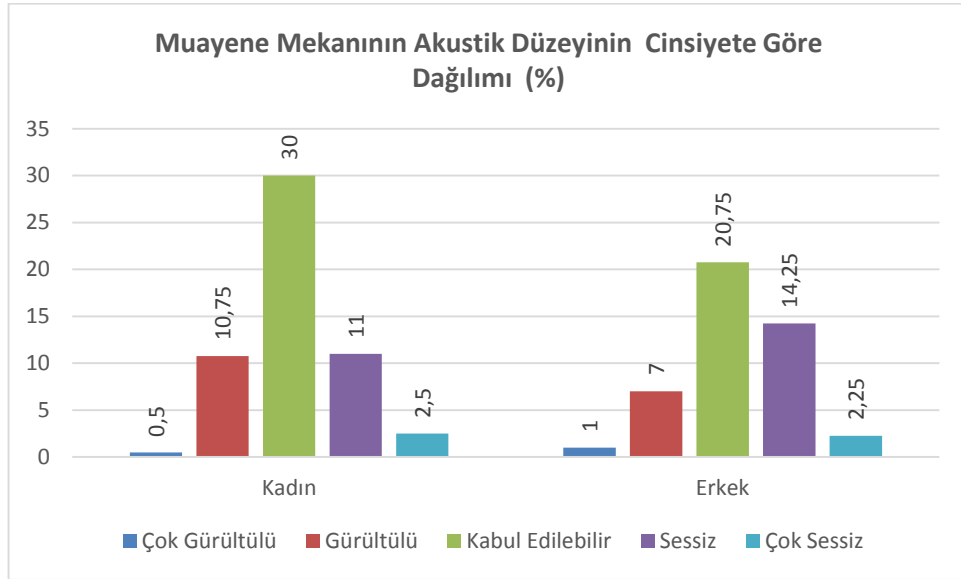
Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.19.) verileri incelendiğinde muayene mekanının akustik düzeyi 120 kişilik kadın katılımcı tarafından 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirilmiştir. Bu sayıyı 83 kişilik erkek katılımcının akustik düzeyini yine 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirmesi takip etmektedir. En düşük değerler 2 kadın, 4 erkek katılımcı tarafından verilen 'Çok Gürültülü' değerlendirilmesi olmuştur.

Muayene Olunan Mekanın Akustik Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı						
	Çok Gürültülü	Gürültülü	Kabul Edilebilir	Sessiz	Çok Sessiz	Toplam
Toplam	6	71	203	101	19	400
Kadın	2	43	120	44	10	219
Erkek	4	28	83	57	9	181

Tablo 6.19.: Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Cinsiyete Göre Oransal Dağılımı Grafiği (Bkz. Grafik 6.14.) incelendiğinde ilk değerlendirme olarak kadın katılımcıların ilk tercihlerini

net olarak mekan akustiğinin 'Kabul Edilebilir' düzeyde olduğu yönünde kullandıkları görülmektedir. Ancak kadın katılımcılarda ikinci seçenek olarak birbirine çok yakın seviyede 'Sessiz' ve 'Gürültülü' seçeneklerinin öne çıkması ilgi çekicidir. Erkek katılımcılar ikinci tercihlerini mekan akustiğinin 'Sessiz' olduğu yönünde kullanmışlardır. En düşük veri oranı %0.5 ile kadın katılımcıların verdiği 'Çok Gürültülü' değerlendirmesi olmuştur.



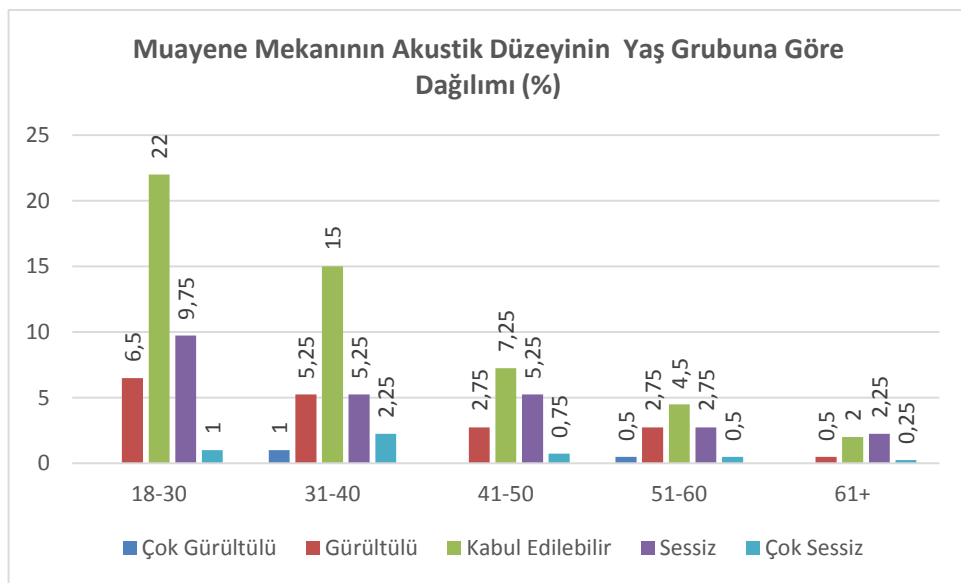
Grafik 6.14.: Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı (%) Grafiği

Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.20.) göre muayene mekanı akustiği 18-30 yaş grubuna mensup 88 kişinin tercihi ile 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirilmiştir. Toplamda 400 hasta içinde en küçük gözlem değeri 1 olup; 61 yaş üzeri bu kişi mekan akustiğini 'Çok Sessiz' olarak değerlendirmiştir.

Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı						
	Çok Gürültülü	Gürültülü	Kabul Edilebilir	Sessiz	Çok Sessiz	Toplam
Toplam	6	71	203	101	19	400
18-30	.	26	88	39	4	157
31-40	4	21	60	21	9	115
41-50	.	11	29	21	3	64
51-60	2	11	18	11	2	44
61+	.	2	8	9	1	20

Tablo 6.20.: Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımının Oransal olarak incelendiği Grafik 6.15.'te en kalabalık grup olan 18-30 yaş grubuna mensup katılımcıların verdiği cevapların en yüksek oranda olanının %22 ile 'Kabul Edilebilir' cevabı olduğu görülmektedir. Oransal olarak bir sonra gelen yüksek oranlı cevabın 31-40 yaş grubuna mensup katılımcıların mekanın akustik düzeyi ile ilgili verdiği %15 oranındaki aynı 'Kabul Edilebilir' cevabı olduğu görülmektedir. En küçük katılımcı yaş grubu olan 61 yaş üzeri grupta da en ağırlıklı cevabın %2,25 ile mekan akustiğinin 'Sessiz' cevabı olduğu anlaşılmaktadır.



Grafik 6.15.: Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

6.2.2.3. Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Analizi

Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Genel Değerlendirme Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.21.) göre, katılımcılar toplamda yaklaşık %77 oranında mekan havalandırmasını 'Kabul Edilebilir', 'Rahat' ve 'Çok Rahat' olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanının havalandırması konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %23 oranında havalandırma düzeyini 'Rahatsız' ve 'Çok Rahatsız' olarak değerlendirmişlerdir.

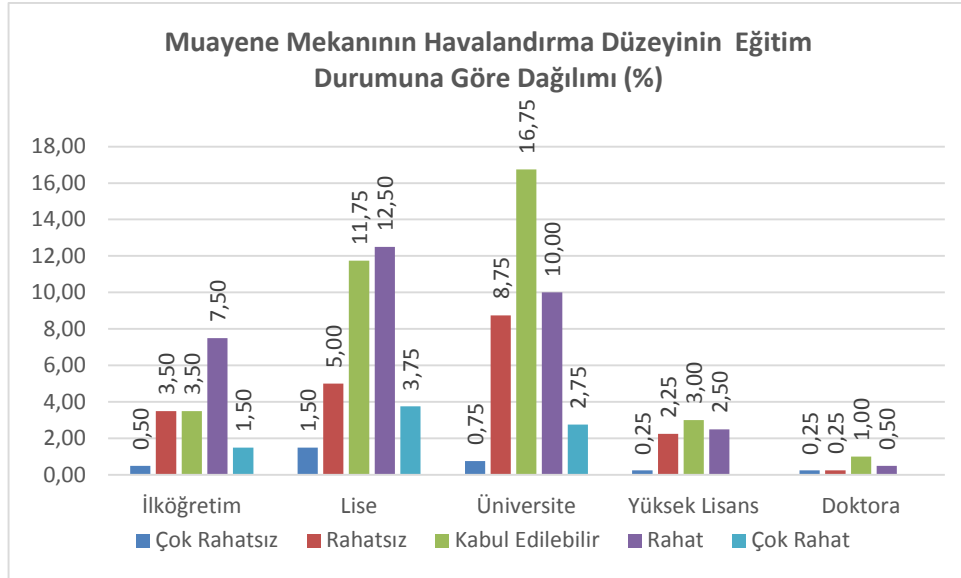
Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Genel Değerlendirmesi		
	Toplam	ORAN
Çok Rahatsız	13	3.25
Rahatsız	79	19.75
Kabul Edilebilir	144	36.00
Rahat	132	33.00
Çok Rahat	32	8.00
	400	%100.00

Tablo 6.21.: Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Genel Değerlendirmesi Tablosu

Muayene mekanının havalandırma düzeyinin eğitim durumuna göre dağılımı aşağıdaki sıklık tablosu ve oran grafiği ile açıklanmıştır (Bkz. Tablo 6.22. ve Grafik 6.16). 'Tablo 6.22. : Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu' verilerine göre 67 kişilik üniversite mezunu katılımcı muayene mekanının havalandırma düzeyini 'Kabul Edilebilir' olarak işaretlemiştir. Bu sayıyı 50 kişilik mevcutla 'Lise' düzeyi katılımcının verdiği 'Rahat' tercihi takip etmektedir. Tabloda en küçük gözlem değeri olan 1; bir Yüksek Lisans ve bir Doktora mezunu tarafından işaretlenen 'Çok Rahatsız' seçeneğini göstermenin yanı sıra bir Doktora mezunu tarafından seçilen 'Rahatsız' seçeneğini ifade etmektedir.

Muayene Olunan Mekanın Havalandırma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı						
	Çok Rahatsız	Rahatsız	Kabul Edilebilir	Rahat	Çok Rahat	Toplam
Toplam	13	79	144	132	32	400
İlköğretim	2	14	14	30	6	66
Lise	6	20	47	50	15	138
Üniversite	3	35	67	40	11	156
Yüksek Lisans	1	9	12	10	0	32
Doktora	1	1	4	2	0	8

Tablo 6.22.: Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu



Grafik 6.16.: Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

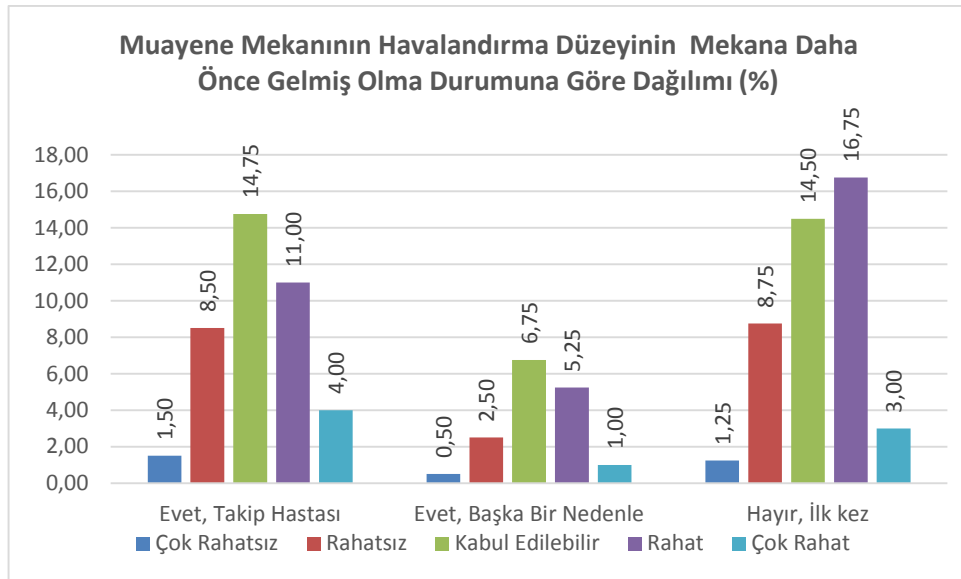
'Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Oransal Dağılım Grafiği' incelendiğinde (Bkz. Grafik 6.16.) İlköğretim ve Lise mezunları gruplarında muayene mekanının havalandırma düzeyinin 'Rahat' seviyede algılandığı görülmektedir. Üniversite, Yüksek Lisans ve Doktora mezunları arasında mekanın havalandırma düzeyinin 'Kabul Edilebilir' seviyede algılandığını ifade etmek yerinde olacaktır.

Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı'nın incelendiği Tablo 6.23.'te ise, 67 kişilik hastaneye ilk kez gelen hasta grubunun muayene mekanının havalandırma düzeyini 'Rahat' seviyede bulması dikkat çekmektedir. Bu katılımcı grubunu 59 kişi ile hastaneye düzenli olarak gelen takip hastaları grubunun verdiği 'Kabul Edilebilir' cevabı takip etmektedir. En düşük katılım düzeyinde Havalandırma düzeyini 'Çok Rahatsız' olarak değerlendirenler; başka bir nedenle servise gelen iki kişi olmuştur.

Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı						
	Çok Rahatsız	Rahatsız	Kabul Edilebilir	Rahat	Çok Rahat	Toplam
Toplam	13	79	144	132	32	400
Evet, Takip Hastası	6	34	59	44	16	159
Evet, Başka Bir Nedenle	2	10	27	21	4	64
Hayır, İlk kez	5	35	58	67	12	177

Tablo 6.23.: Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Oransal Dağılımı'nın incelendiği Grafik 6.17.'de hastaneyi düzenli olarak kullanan takip hastaları ve başka bir nedenle hastanede bulunan grupların değerlendirmesi muayene mekanı havalandırmasını 'Kabul Edilebilir' seviyede bulduklarını ortaya koymaktadır. Hastaneye ilk kez gelen katılımcılarsa muayene mekanı havalandırma seviyesini %16.75 oranında 'Rahat' olarak değerlendirmektedirler.



Grafik 6.17.: Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

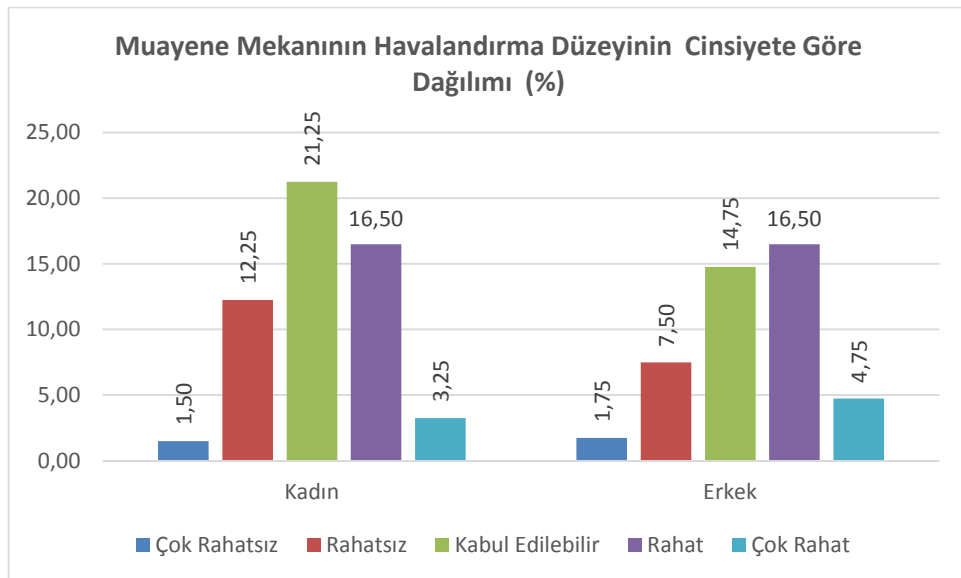
Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.24.) verileri incelendiğinde muayene mekanı havalandırma düzeyi en yüksek mevcutlu grupta 85 kişilik kadın katılımcı tarafından 'Kabul Edilebilir' düzeyde değerlendirilmiştir. Bu sayıyı 66 kişilik eşit sayıda kadın ve erkek katılımcının

havalandırma düzeyini 'Rahat' olarak değerlendirmesi takip etmektedir. Havalandırma düzeyi konusundaki en düşük değerler 6 kadın, 7 erkek katılımcı tarafından verilen 'Çok Rahatsız' değerlendirme olmuştur.

Muayene Olunan Mekanın Havalandırma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı						
	Çok Rahatsız	Rahatsız	Kabul Edilebilir	Rahat	Çok Rahat	Toplam
Toplam	13	79	144	132	32	400
Kadın	6	49	85	66	13	219
Erkek	7	30	59	66	19	181

Tablo 6.24.: Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Cinsiyete Göre Oransal Dağılımı Grafiği (Bkz. Grafik 6.18.) incelendiğinde ilk değerlendirme olarak %21,25 oranında kadınların en yüksek oran olarak havalandırma düzeyini 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirmişlerdir. Bu değeri takip eden oran olan %16,50 ise kadınlarda ikinci erkeklerde en yüksek oranda havalandırma düzeyinin 'Rahat' değerlendirmesine işaret etmektedir. En düşük veri oranı %1,50 ile kadın katılımcıların verdiği 'Çok Rahatsız' değerlendirmesi olmuştur.



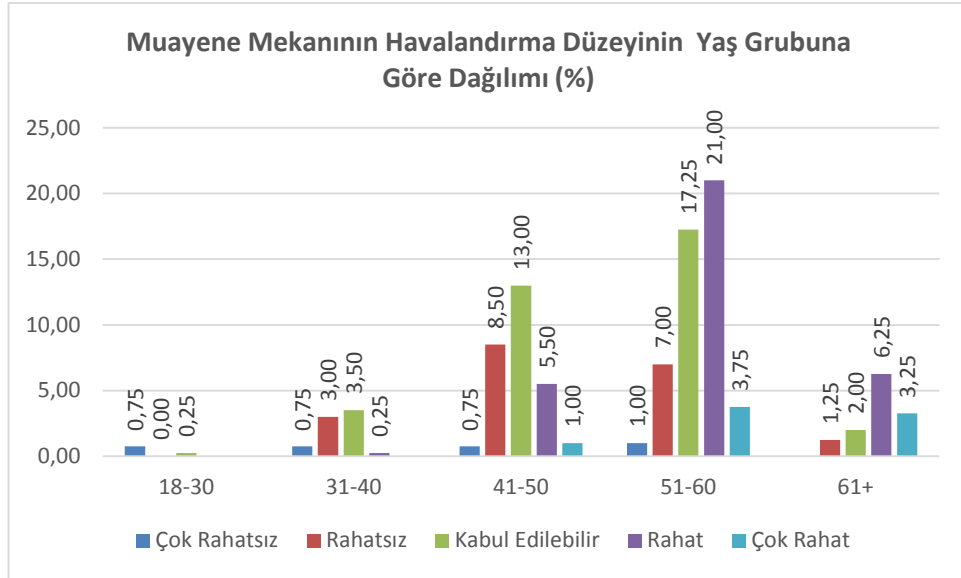
Grafik 6.18.: Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı (%) Grafiği

Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı						
	Çok Rahatsız	Rahatsız	Kabul Edilebilir	Rahat	Çok Rahat	Toplam
Toplam	13	79	144	132	32	400
18-30	3	0	1	0	0	157
31-40	3	12	14	1	0	115
41-50	3	34	52	22	4	64
51-60	4	28	69	84	15	44
61+	0	5	8	25	13	20

Tablo 6.25.: Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.25.) göre muayene mekanı havalandırma düzeyi en yüksek katılım sayısı bakımından 51-60 yaş grubuna mensup 84 kişinin tercihi ile 'Rahat' olarak değerlendirilmiştir. Toplamda 400 hasta içinde en küçük gözlem değeri 1 olup; bu kişilerden 18-30 yaş grubunda bir kişi mekan havalandırmasını 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirmiş, 31-40 yaş grubundaki bir kimse de havalandırma oranını 'Rahat' olarak değerlendirmiştir.

Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımının Oransal olarak incelendiği Grafik 6.19.'da en yüksek oran 51-60 yaş grubuna mensup katılımcıların verdiği %21 oranındaki 'Rahat' cevabı olduğu görülmektedir. Oransal olarak bir sonra gelen yüksek oranlı cevapsa yine aynı yaş grubundaki katılımcı tarafından mekanın havalandırma düzeyi ile ilgili verdiği %17,25 oranındaki 'Kabul Edilebilir' cevabı olduğu görülmektedir. En küçük katılımcı yaş grubu olan 61 yaş üzeri grupta da en ağırlıklı cevabın %6.25 ile 'Rahat' cevabı olduğu anlaşılmaktadır.



Grafik 6.19.: Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı (%) Grafiği

6.2.2.4. Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Değerlendirilmesi

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun genel değerlendirme tablosu'na (Bkz. Tablo 6.26.) göre, katılımcılar toplamda yaklaşık %83.75 oranında fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesini 'Kabul Edilebilir', 'Etkili' ve 'Çok Etkili' olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanının fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesi konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %16.25 oranında fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesi düzeyini 'Gürültülü' ve 'Çok Gürültülü' olarak değerlendirmişlerdir.

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumu		
	Toplam	ORAN
Çok Az Etkili	13	3.25
Az Etkili	52	13.00
Kabul Edilebilir	107	26.75
Etkili	182	45.50
Çok Etkili	46	11.50
	400	%100.00

Tablo 6.26.: Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Genel Değerlendirmesi Tablosu

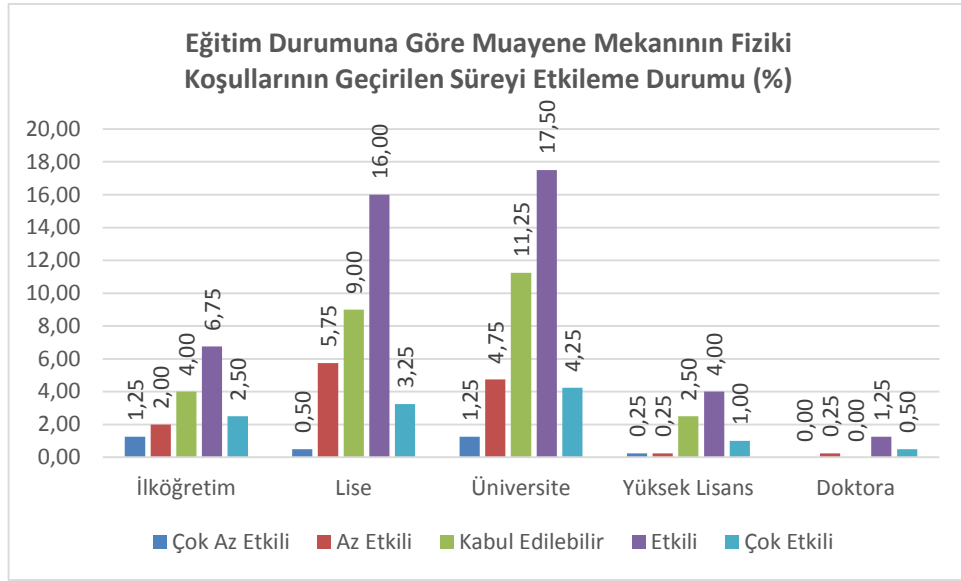
Muayene mekanının fiziki koşullarının geçirilen süreyi etkilemesi durumunun eğitim durumuna göre dağılımı aşağıdaki sıklık tablosu ve oran grafiği ile açıklanmıştır (Bkz. Tablo 6.27. ve Grafik 6.20.).

Eğitim Düzeyine Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumu						
	Çok Az Etkili	Az Etkili	Kabul Edilebilir	Etkili	Çok Etkili	Toplam
Toplam	13	52	107	182	46	400
İlköğretim	5	8	16	27	10	66
Lise	2	23	36	64	13	138
Üniversite	5	19	45	70	17	156
Yüksek Lisans	1	1	10	16	4	32
Doktora	.	1	.	5	2	8

Tablo 6.27.: Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Fiziki Koşulların Geçirilen Süreyi Etkilemesi Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.27) verilerine göre 70 kişilik üniversite mezunu katılımcı muayene mekanının fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesi düzeyini 'Etkili' olarak işaretlemiştir. Bu sayıyı 64 kişilik mevcutla 'Lise' düzeyi katılımcının verdiği 'Etkili' tercihi takip etmektedir. Tabloda en küçük gözlem değeri olan 1; bir Yüksek Lisans mezunu tarafından işaretlenen 'Çok Az Etkili' seçeneğini, bir Yüksek Lisans ve bir de Doktora mezunu tarafından işaretlenen 'Az Etkili' seçeneğini göstermektedir.

'Muayene Mekanının Fiziki Koşulların Geçirilen Süreyi Etkilemesi Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Oransal Dağılım Grafiği' incelendiğinde (Bkz. Grafik 6.20.) İlköğretim, Lise, Üniversite, Yüksek Lisans ve Doktora mezunları gruplarının beşinde de muayene mekanının fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesini düzeyinin ağırlıklı olarak 'Etkili' seviyede algılandığı görülmektedir. İlköğretim, Lise, Üniversite ve Yüksek Lisans mezunları düzeyinde ikinci eğilimin mekan fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesini 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirdikleri ifade edilebilir.

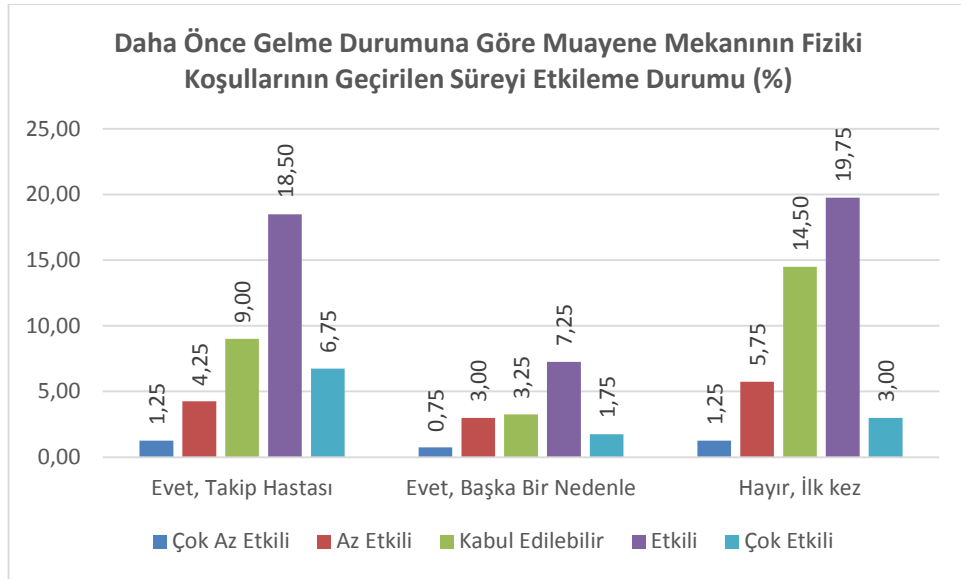


Grafik 6.20.: Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı (%) Grafiği

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkilemesi Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı'nın incelendiği Tablo 6.28.'de ise, 79 kişilik hastaneye ilk kez gelen hasta grubunun en kalabalık grup olarak muayene mekanının fiziki koşullarının geçirilen süreyi etkilemesi düzeyini 'Etkili' seviyede bulması dikkat çekmektedir. Bu katılımcı grubunu 74 kişi ile hastaneye düzenli olarak gelen takip hastaları grubunun verdiği 'Etkili' cevabı takip etmektedir. Fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesi düzeyini 'Çok Az Etkili' olarak değerlendirenler; başka bir nedenle servise gelen 3 kişi olmuş ve bu grup olarak en düşük sayıdaki tercihi temsil etmişlerdir.

Daha Önce Gelme Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumu						
	Çok Az Etkili	Az Etkili	Kabul Edilebilir	Etkili	Çok Etkili	Toplam
Toplam	13	52	107	182	46	400
Evet, Takip Hastası	5	17	36	74	27	159
Evet, Başka Bir Nedenle	3	12	13	29	7	64
Hayır, İlk kez	5	23	58	79	12	177

Tablo 6.28.: Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı Tablosu



Grafik 6.21.: Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı (%) Grafiği

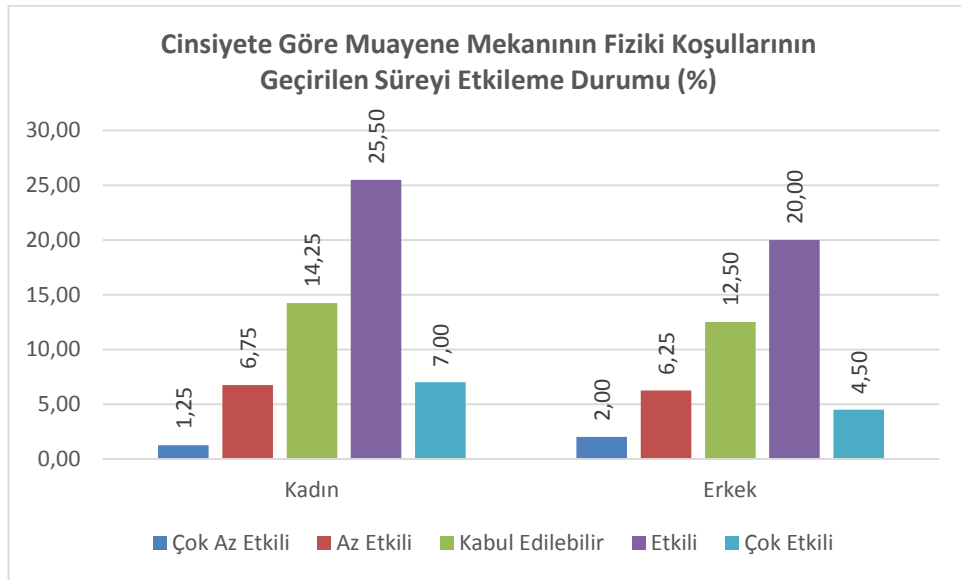
Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkilemesi Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Oransal Dağılımı'nın incelendiği Grafik 6.21.'de hastanede bulunan her üç grubun değerlendirmesinin de muayene mekanının fiziki koşullarının geçirilen süreyi etkilemesi konusunda 'Etkili' seviyede olması ilk bulgu olarak göze çarpmaktadır. Bu seçeneği tercih edenler toplam katılımcıların %45.50'sini oluşturmaktadır. Fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesi seviyesini 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirenlerin ağırlığı da %26.75 olarak görülmektedir.

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkilemesi Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.29.) verileri incelendiğinde, muayene mekanının fiziki koşullarının geçirilen süreyi etkilemesi düzeyi 102 kişilik kadın katılımcı tarafından 'Etkili' olarak değerlendirilmiştir. Bu sayıyı 80 kişilik erkek katılımcının fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesi düzeyini yine 'Etkili' olarak değerlendirmesi takip etmektedir. En düşük değerler 5 kadın, 8 erkek katılımcı tarafından verilen 'Çok Az Etkili' değerlendirmesi olmuştur.

Cinsiyete Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumu						
	Çok Az Etkili	Az Etkili	Kabul Edilebilir	Etkili	Çok Etkili	Toplam
Toplam	13	52	107	182	46	400
Kadın	5	27	57	102	28	219
Erkek	8	25	50	80	18	181

Tablo 6.29.: Cinsiyete Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkilemesi Düzeyinin Cinsiyete Göre Oransal Dağılımı Grafiği (Bkz. Grafik 6.22.) incelendiğinde ilk değerlendirme olarak kadın katılımcıların ilk tercihlerini net olarak mekan fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesini %25.50 oranında 'Etkili' düzeyde olduğu yönünde kullandıkları görülmektedir. Erkek katılımcılarda bu oran %20.00'dir. Kadın ve erkek katılımcıların ikinci seçeneklerinde 'Kabul Edilebilir' seçeneği öne çıkmıştır. En düşük veri oranı %1.25 ile kadın katılımcıların verdiği 'Çok Az Etkili' değerlendirmesi olmuştur.



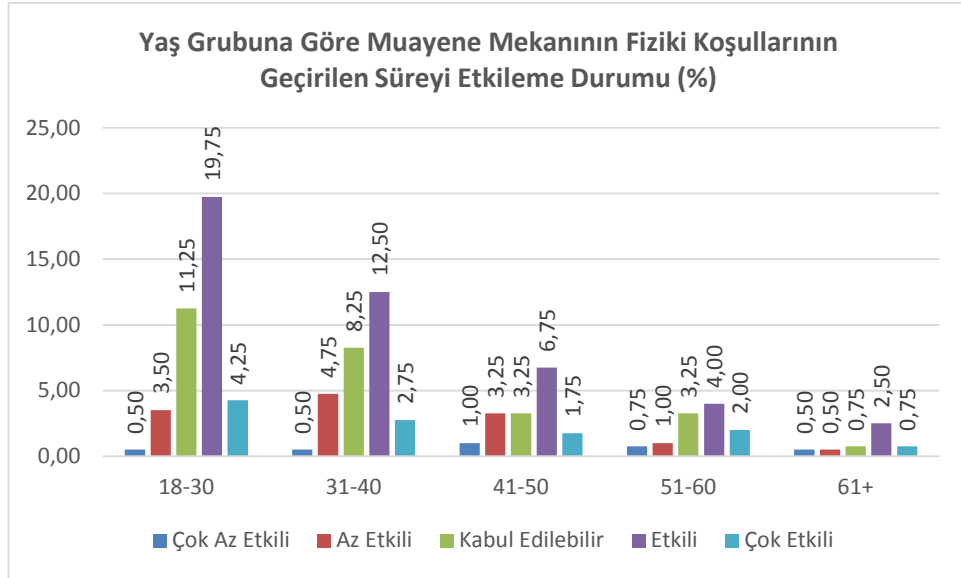
Grafik 6.22.: Cinsiyete Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı (%) Grafiği

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkilemesi Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.30.) göre muayene mekanı fiziki koşullarının geçirilen süreyi etkilemesi durumu 18-30 yaş grubuna mensup 79 kişinin tercihi ile 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirilmiştir. Toplamda 400 hasta içinde en küçük gözlem değeri 2 olup; 18-30 yaş grubu, 31-40 yaş grubu ve 61 yaş üzeri bu kişilerin tamamı mekan fiziki koşullarının geçirilen süreyi etkilemesini 'Çok Az Etkili' olarak değerlendirmiştir.

Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumu						
	Çok Az Etkili	Az Etkili	Kabul Edilebilir	Etkili	Çok Etkili	Toplam
Toplam	13	52	107	182	46	400
18-30	2	14	45	79	17	66
31-40	2	19	33	50	11	138
41-50	4	13	13	27	7	156
51-60	3	4	13	16	8	32
61+	2	2	3	10	3	8

Tablo 6.30.: Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesini Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımının Oransal olarak incelendiği Grafik 6.23.'te 18-30 yaş grubuna mensup katılımcıların verdiği en yüksek cevap oranının %19.75 ile 'Etkili' cevabı olduğu görülmektedir. Oransal olarak bir sonra gelen yüksek oranlı cevabın 31-40 yaş grubuna mensup katılımcıların mekanın fiziki koşulların geçirilen süreyi etkilemesi düzeyi ile ilgili verdiği %12.50 oranındaki aynı 'Etkili' cevabı olduğu görülmektedir. Mekanın fiziki koşullarının geçirilen süreyi etkilemesi konusunda her 5 yaş grubunda da 'Çok Az Etkili' seçeneği en az tercih edilen şık olmuştur.



Grafik 6.23.: Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Geçirilen Süreyi Etkileme Durumunun Dağılımı (%) Grafiği

6.2.3. Araştırma Verilerinin İstatistik Yöntemler Kullanılarak Değerlendirilmesi ve Hipotezlerin Sınanması

Çalışmanın bu kısmında, geliştirilen dört hipotezin geçerliliği lojistik regresyon yöntemiyle sınanacaktır. Yapılan Ki Kare değerlendirmesi sonucunda her dört hipotez sonucu da anlamlı bulunmuş, ancak hangi faktörün ne ağırlıkta etki ettiği konusunda yorum yapabilmek amacıyla daha ileri bir değerlendirme aracı olan lojistik regresyon yöntemine başvurulmuştur.

6.2.3.1. Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etkisinin Değerlendirilmesi

Anket formunun 11. Sorusunda;

11- Muayene olduğunuz mekanın fiziki koşullarının hekim ile kurduğunuz iletişime etki düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

şeklinde katılımcılara soru yöneltilmiştir. Beş kademeli cevaplandırma yapması istenen katılımcılara 11. soruya olumlu cevap vermeleri halinde, 12. soruda

12- Muayene olduğunuz mekanın fiziki koşullarının, hekim ile kurduğunuz iletişime katkısı nasıl sağladığını düşünüyorsunuz? (Belirleyeceğiniz üç seçeneğe en önemli seçenek 1'den başlamak üzere önem sırasına göre 1,2,3 yazınız)

talimatı ile seçenekler sunulmakta ve açıklama yazılabilecek (7) Diğer seçeneği ile farklı cevapların verilmesine imkan tanınmaktadır.

Muayene mekanının fiziksel koşullarının hekim ile kurulan iletişime etki düzeyi ve bu iletişime katkısı nasıl sağladığı hastaneyi ziyaret eden hastaların eğitim durumu, daha önce hastaneye gelmiş olma durumu, cinsiyet ve yaş gruplarına göre incelenmiştir. Aşağıda sunulan sıklık ve oran tabloları iletişime katkısı 12. soruda 1. öncelikli olarak değerlendirilen hastalar üzerinden elde edilmiştir.

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyi Genel Değerlendirme Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.31.) göre, katılımcılar toplamda yaklaşık %70.75 oranında mekanın fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyini 'Kabul Edilebilir', 'Etkili' ve 'Çok Etkili' olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanının fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyi konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %29.25 oranında olup, etki düzeyini 'Az Etkili' ve 'Hiç Etkisi Yok' seçenekleriyle ifade etmişlerdir.

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyi		
	Toplam	ORAN
Hiç Etkisi Yok	53	13.25
Az Etkili	64	16.00
Kabul Edilebilir	78	19.50
Etkili	149	37.25
Çok Etkili	56	14.00
	400	%100.00

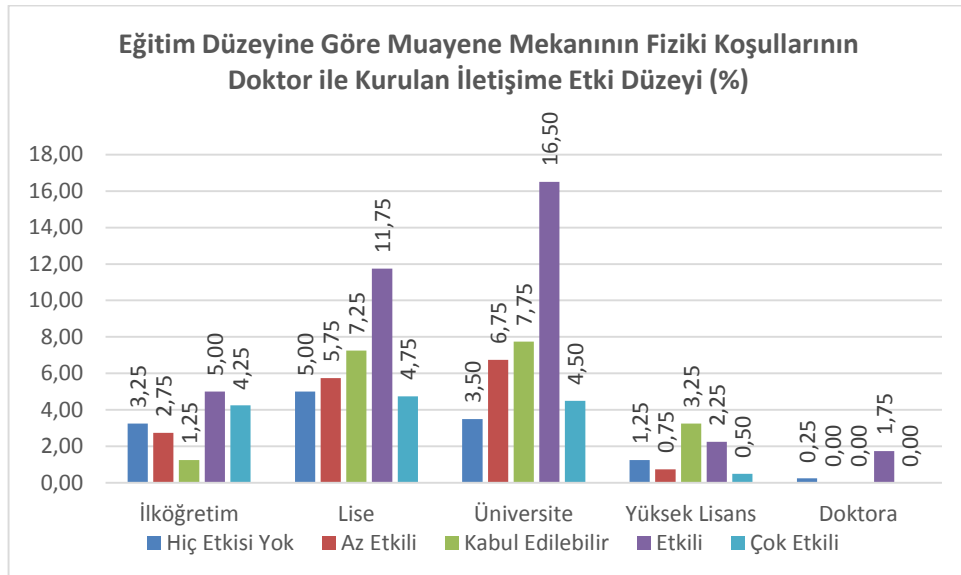
Tablo 6.31.: Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyi Genel Değerlendirmesi Tablosu

Muayene mekanının fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyinin katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı aşağıdaki sıklık tablosu ve oran grafiği ile açıklanmıştır (Bkz. Tablo 6.32. ve Grafik 6.24.).

Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyi						
	Hiç Etkisi Yok	Az Etkili	Kabul Edilebilir	Etkili	Çok Etkili	Toplam
Toplam	53	64	78	149	56	400
İlköğretim	13	11	5	20	17	66
Lise	20	23	29	47	19	138
Üniversite	14	27	31	66	18	156
Yüksek Lisans	5	3	13	9	2	32
Doktora	1	0	0	7	0	8

Tablo 6.32.: Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.32) verilerine göre en yüksek gözlem değeri olan 66 kişilik Üniversite mezunu katılımcılar muayene mekanının fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyini 'Etkili' olarak işaretlemiştir. Bu sayıyı 47 kişilik mevcutla Lise düzeyi katılımcının verdiği benzer 'Etkili' tercihi takip etmektedir. Tabloda en küçük gözlem değeri olan 1; bir Doktora mezunu tarafından işaretlenen 'Hiç Etkisi Yok' seçeneğini göstermektedir.



Grafik 6.24.: Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı (%) Grafiği

'Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Oransal Dağılım Grafiği' incelendiğinde (Bkz. Grafik 6.24.) İlköğretim, Lise, Üniversite ve Doktora mezunları gruplarının dördünde de muayene mekanının fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyinin ağırlıklı olarak 'Etkili' seviyesinde algılandığı görülmektedir. Yüksek Lisans mezunu katılımcılar düzeyinde bu etki 'Kabul Edilebilir' seviyesinde algılanmıştır. Mekanın fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyindeki ikinci eğilim Lise ve Üniversite mezunları için 'Kabul Edilebilir' seviyede iken; Yüksek Lisans mezunları için 'Etkili' seviyededir; İlköğretim mezunları için ise, muayene mekanının doktorla kurulacak ilişkiye etki düzeyi 'Çok Etkili' olarak değerlendirilmektedir.

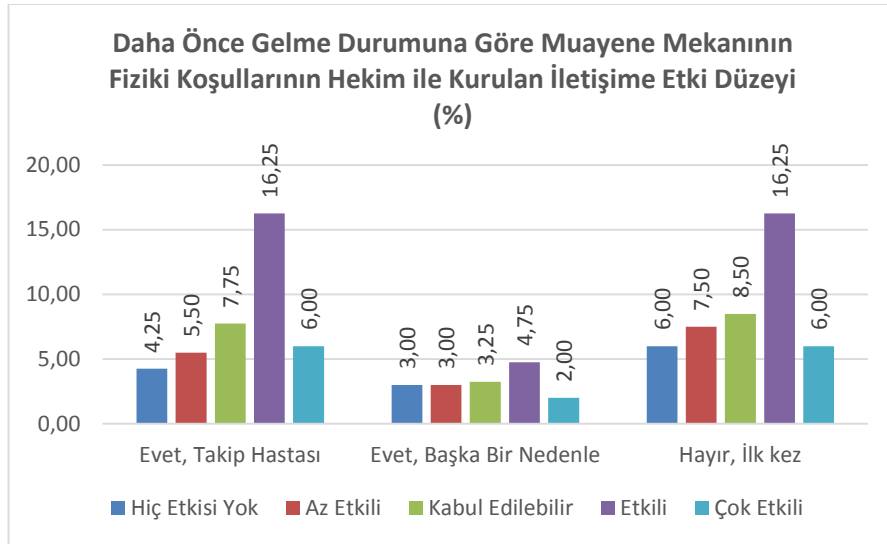
Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı'nın incelendiği Tablo 6.33.'de ise, 65 kişilik hastaneye ilk kez gelen hasta grubu ile takip hastalarının muayene mekanının fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyini 'Etkili' seviyede bulması dikkat çekmektedir. Bu katılımcı grubunu 34 kişi ile hastaneye ilk defa gelen katılımcı grubunun verdiği 'Kabul Edilebilir' cevabı takip etmektedir. Mekanın fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyini 'Çok Etkili' olarak değerlendirenler; başka bir nedenle servise gelen 8 kişi olmuş ve tablodaki en küçük gözlem değerini oluşturmuşlardır.

Daha Önce Gelme Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Hekim ile Kurulan İletişime Etki Düzeyi						
	Hiç Etkisi Yok	Az Etkili	Kabul Edilebilir	Etkili	Çok Etkili	Toplam
Toplam	53	64	78	149	56	400
Evet, Takip Hastası	17	22	31	65	24	159
Evet, Başka Bir Nedenle	12	12	13	19	8	64
Hayır, İlk kez	24	30	34	65	24	177

Tablo 6.33.: Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Oransal Dağılımı'nın incelendiği Grafik 6.25.'te hastanede bulunan her üç grubun değerlendirmesinin de muayene

mekanın fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyini ‘Etkili’ seviyede değerlendirmeleri ilk bulgu olarak göze çarpmaktadır. Bu seçeneği tercih edenler toplam katılımcıların %37.25’ini oluşturmaktadır. Mekanın fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyi seviyesini ‘Kabul Edilebilir’ olarak değerlendirenlerin ağırlığı da %19.50 olarak görülmektedir.



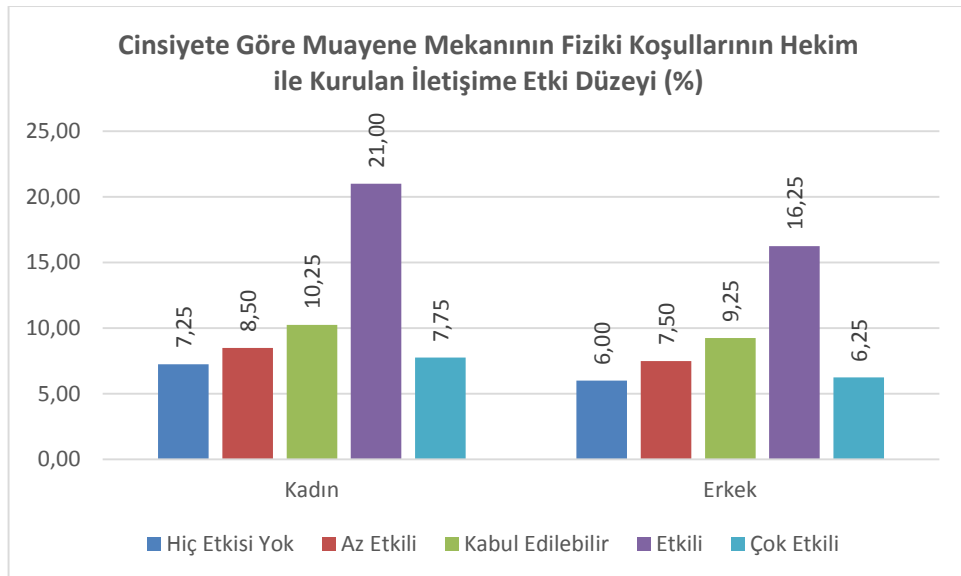
Grafik 6.25.: Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı (%) Grafiği

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.34.) verileri incelendiğinde muayene mekanının fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyi 84 kişilik kadın katılımcı tarafından ‘Etkili’ olarak değerlendirilmiştir. Bu sayıyı 65 kişilik erkek katılımcının mekanın fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyini yine ‘Etkili’ olarak değerlendirmesi takip etmektedir.

Cinsiyete Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Hekim ile Kurulan İletişime Etki Düzeyi						
	Hiç Etkisi Yok	Az Etkili	Kabul Edilebilir	Etkili	Çok Etkili	Toplam
Toplam	53	64	78	149	56	400
Kadın	29	34	41	84	31	219
Erkek	24	30	37	65	25	181

Tablo 6.34.: Cinsiyete Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Cinsiyete Göre Oransal Dağılımı Grafiği (Bkz. Grafik 6.26.) incelendiğinde ilk değerlendirme olarak hem kadın hem de erkek katılımcıların ilk tercihlerini net olarak mekanın fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyini ‘Etkili’ düzeyde olduğu yönünde kullandıkları görülmektedir. Yine hem kadın hem de erkek katılımcılar ikinci seçenek olarak ‘Kabul Edilebilir’ seçeneğini tercih etmişlerdir.



Grafik 6.26.: Cinsiyete Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı (%) Grafiği

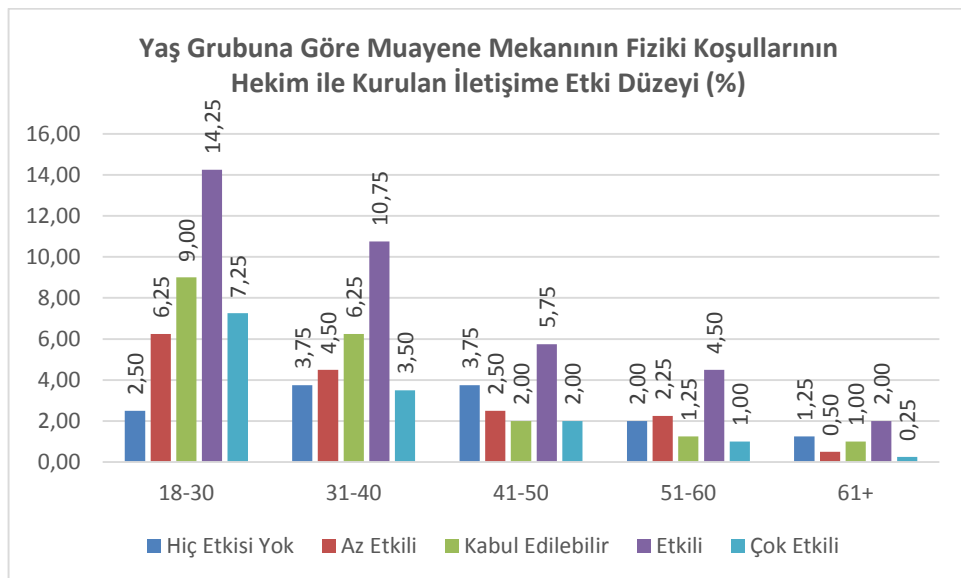
Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.35) göre muayene mekanının fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyi 18-30 yaş grubuna mensup 57 kişinin tercihi ile ‘Etkili’ olarak değerlendirmeleri en yüksek gözlem değerini oluşturmaktadır. Toplamda 400 hasta içinde en küçük gözlem değeri 1 olup; 61 yaş üzeri bu kişi muayene

mekanının fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyini ‘Çok Etkili’ olarak değerlendirmiştir.

Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Hekim ile Kurulan İletişime Etki Düzeyi						
	Hiç Etkisi Yok	Az Etkili	Kabul Edilebilir	Etkili	Çok Etkili	Toplam
Toplam	53	64	78	149	56	400
18-30	10	25	36	57	29	66
31-40	15	18	25	43	14	138
41-50	15	10	8	23	8	156
51-60	8	9	5	18	4	32
61+	5	2	4	8	1	8

Tablo 6.35.: Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımının Oransal olarak incelendiği Grafik 6.27.’de en yüksek gözlem değeri 18-30 yaş grubuna mensup katılımcıların %14.25 oranında verdiği ‘Etkili’ cevabı olduğu görülmektedir. Tüm yaş gruplarında en yüksek gözlem değerleri mekanın fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişimde ‘Etkili’ olduğu anlaşılmaktadır.



Grafik 6.27.: Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Dağılımı (%) Grafiği

6.2.3.2. Muayene Mekanının Fiziksel Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etkisi (H1) Hipotezinin Sınanması

Muayene mekanında hastaların doktorlarıyla kurdukları iletişime hangi fiziksel koşulların değişkenler olarak etkileri olduğunu belirlemek üzere 'kademeli lojistik regresyon' (stepwise logistic regression) yöntemi uygulanmıştır. Bağımlı değişkenin kategorik olarak gözlemlendiği yöntemde modele giren bağımsız değişkenler ile ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Y bağımlı değişkeni, ikili (binary) lojistik regresyon yaklaşımı ile tanımlanarak, hastaların muayene oldukları mekanın fiziki koşullarının doktor ile kurdukları iletişime etki düzeylerini değerlendirme derecelerine göre 0-1 ataması yapılmıştır. Buna göre :

- Y=0 değeri; "Hiç Etkisi Yok" ve "Az etkili"
- Y=1 değeri ise; "Kabul edilebilir", "Etkili" ve "Çok Etkili" seçeneklerine verilen cevaplar üzerinden atanmıştır.

SAS (Statistical Analysis Software- İstatistik Analiz Yazılımı) programı kullanılarak yapılan analiz sonucunda modele giren tüm değişkenlerin anlamlı olduğu görülmüştür.

Anket formunun 12. sorusunda bulunan cevap şıklarına farklı kodların ataması yapılmıştır:

- Mekanda farklı görüşme alanlarının bulunması (s121_1)
- Görüşmenin sessiz bir ortamda yapılması (s122_1)
- Görüşme mekanının yeterli biçimde aydınlatılması (s123_1)
- Görüşme mekanının yeterli biçimde havalandırılması (s124_1)
- Görüşme mekanında uygun renklerin kullanılması (s125_1)
- Rahat mobilyaların kullanılması (126_1)

Kademeli Seçim Özeti (Summary of Stepwise Selection)							
Step	Effect		DF	Number	Score	Wald	Pr > ChiSq
	Entered	Removed		In	Chi-Square	Chi-Square	
1	s122_1		1	1	12,1871		0,0005
2	s121_1		1	2	9,2175		0,0024
3	s126_1		1	3	9,038		0,0026
4	s124_1		1	4	11,759		0,0006
5	s123_1		1	5	19,6968		<.0001
6	s125_1		1	6	23,1733		<.0001

Tablo 6.36.: Muayene Mekanının Fiziki Koşullarına Yönelik Kademeli Seçim Özeti Tablosu

Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi (Analysis of Maximum Likelihood Estimates)					
Parameter	DF	Estimate	Standard	Wald	Pr > ChiSq
			Error	Chi-Square	
Intercept	1	-2,8432	0,7272	15,2879	<.0001
s121_1	1	3,8997	0,7553	26,6569	<.0001
s122_1	1	4,3162	0,7599	32,2627	<.0001
s123_1	1	3,8847	0,8685	20,0071	<.0001
s124_1	1	3,6223	0,7831	21,3975	<.0001
s125_1	1	4,6376	1,3007	12,712	0,0004
s126_1	1	4,9236	1,0441	22,2367	<.0001

Tablo 6.37.: Muayene Mekanının Fiziki Koşullarına Yönelik Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu

Olasılık Oranı Tahminleri (Odds Ratio Estimates)			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
		s121_1	49,387
s122_1	74,903	16,892	332,141
s123_1	48,652	8,868	266,907
s124_1	37,422	8,065	173,648
s125_1	103,294	8,07	>999.999
s126_1	137,499	17,764	>999.999

Tablo 6.38.: Muayene Mekanının Fiziki Koşullarına Yönelik Olasılık Oranı Tahminleri Tablosu

Analiz tablosu (Bkz. Tablo 6.37.) incelendiğinde muayene mekanının fiziksel koşullarının doktor ile kurulan iletişime en büyük katkısının 4,9236 tahmini ile “Rahat mobilyaların kullanılması (126_1)” değişkeninden geldiği görülmüştür. Bu değişkenin Olasılık Oranı (Odds Ratio) değerine göre; fiziksel koşulların doktor ile iletişime katkısı olduğunu düşünenler (Y=1), fiziksel koşullarının katkısı olmadığını ya da az katkısı olduğunu düşünenlere (Y=0) nazaran mekanda rahat mobilyaların kullanılmasını 137,499 kat daha fazla etkili bulmuşlardır.

Muayene mekanının fiziksel koşullarının doktor ile kurulan iletişimine katkı sağlayan ikinci değişken 4,6376 tahmini ile "Görüşme mekanında uygun renklerin kullanılması (s125_1)" seçeneği olmuştur. Bu değişkenin Olasılık Oranı (Odds Ratio) değerine göre, uygun renklerin kullanımının; fiziksel koşullara katkı sağladığını belirten hastalarda, fiziksel koşulların katkısının bulunmadığını ya da az bulunduğunu belirten katılımcılara göre 103,294 kat daha fazla etkili olduğu görülmüştür.

Görüşme mekanının yeterli biçimde havalandırılması (s124_1) değişkeni ise, 3,6223 tahmin değeri ile anlamlı bir değişken olarak bulunmakla birlikte, muayene mekanındaki fiziksel koşullardan doktor ile kurulan iletişime katkısı en küçük olan değişken olarak belirlenmiştir.

6.2.3.3. Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasının Değerlendirilmesi

Anket formunun 13. Sorusunda;

13- Muayene olduğunuz mekanda kişisel mahremiyetinizin korunma oranını nasıl değerlendirirsiniz?

şeklinde katılımcılara soru yöneltilmiştir. Beş kademeli cevaplandırma yapması istenen katılımcılara 13. soruya olumlu cevap vermeleri halinde, 14. soruda

14- Muayene olduğunuz mekanda mahremiyetinizin korunduğunu düşünme sebebiniz aşağıdakilerden hangileridir? (Belirleyeceğiniz üç seçeneğe en önemli seçenek 1'den başlamak üzere önem sırasına göre 1,2,3 yazınız)

talimatı ile seçenekler sunulmakta ve açıklama yazılabilecek (7) Diğer seçeneği ile farklı cevapların verilmesine imkan tanınmaktadır.

Muayene odalarının mekan kurgusunun hasta-doktor arasında iletişim kurabilmek için gereken mahremiyet hissi üzerindeki etkisi değerlendirilmiş; hastaneyi ziyaret eden hastaların eğitim durumu, daha önce hastaneye gelmiş olma durumu, cinsiyet ve yaş gruplarına göre incelenmiştir. Aşağıda sunulan sıklık ve oran tabloları iletişime katkıyı 14. soruda 1. öncelikli olarak değerlendiren hastalar üzerinden elde edilmiştir.

Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunması Genel Değerlendirme Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.39.) göre, katılımcılar toplamda yaklaşık %91.50 oranında muayene mekanında mahremiyetin korunması düzeyini 'Kabul Edilebilir', 'Korunuyor' ve 'Çok Fazla Korunuyor' olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanında mahremiyetin korunması düzeyi konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %8.50 oranında olup, etki düzeyini 'Az Korunuyor' ve 'Çok Az Korunuyor' seçenekleriyle ifade etmişlerdir.

Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Genel Değerlendirme		
	Toplam	ORAN
Çok Az Korunuyor	12	3.00
Az Korunuyor	22	5.50
Kabul Edilebilir	84	21.00
Korunuyor	244	61.00
Çok Fazla Korunuyor	38	9.50
	400	100

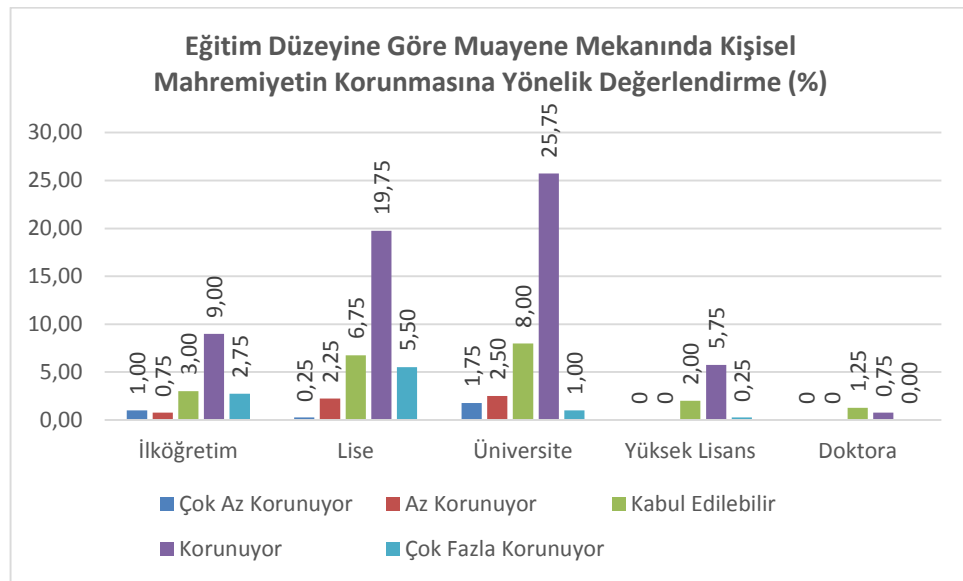
Tablo 6.39.: Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Genel Değerlendirme Tablosu

Muayene mekanında kişisel mahremiyetin korunması düzeyinin katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı aşağıdaki sıklık tablosu ve oran grafiği ile açıklanmıştır (Bkz. Tablo 6.40. ve Grafik 6.28.).

Eğitim Düzeyine Göre Muayene Olunan Mekanda Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Değerlendirme						
	Çok Az Korunuyor	Az Korunuyor	Kabul Edilebilir	Korunuyor	Çok Fazla Korunuyor	Toplam
Toplam	12	22	84	244	38	400
İlköğretim	4	3	12	36	11	66
Lise	1	9	27	79	22	138
Üniversite	7	10	32	103	4	156
Yüksek Lisans	0	0	8	23	1	32
Doktora	0	0	5	3	0	8

Tablo 6.40.: Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım Tablosu

Muayene Mekanında Mahremiyetin Korunması Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.40) verilerine göre en yüksek gözlem değeri olan 103 kişilik Üniversite mezunu katılımcılar muayene mekanında mahremiyetin korunması düzeyini 'Korunuyor' olarak işaretlemiştir. Bu sayıyı 79 kişilik mevcutla Lise düzeyi katılımcının verdiği benzer 'Korunuyor' tercihi takip etmektedir. Tabloda en küçük gözlem değeri olan 1; bir Lise mezunu tarafından işaretlenen 'Çok Az Korunuyor' ve bir Doktora mezunu tarafından işaretlenen 'Çok Fazla Korunuyor' seçeneğini göstermektedir.



Grafik 6.28.: Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım (%) Grafiği

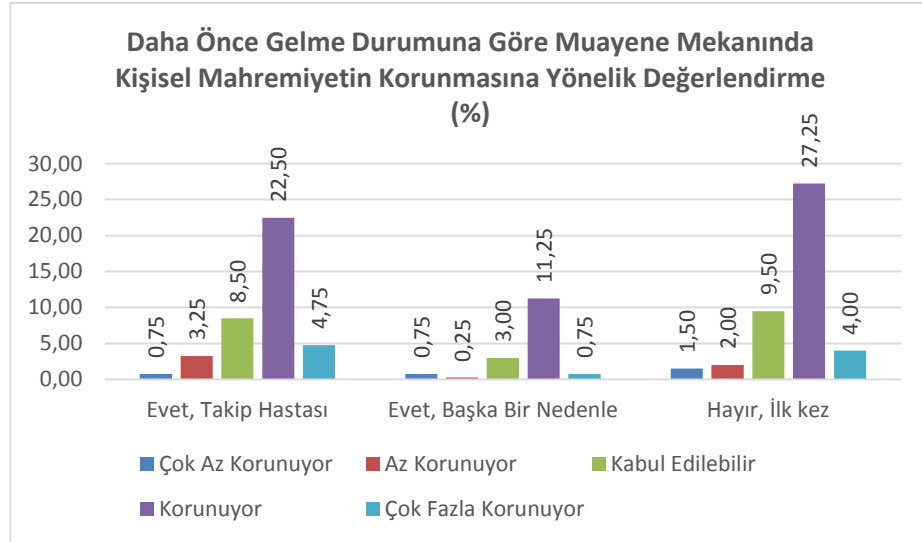
'Muayene Mekanında Mahremiyetin Korunması Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Oransal Dağılım Grafiği' incelendiğinde (Bkz. Grafik 6.28.) ilköğretim, Lise, Üniversite ve Yüksek Lisans mezunları gruplarının dördünde de muayene mekanında mahremiyetin korunması düzeyinin ağırlıklı olarak 'Korunuyor' seviyesinde algılandığı görülmektedir. Doktora mezunu katılımcılar düzeyinde ise bu etki 'Kabul Edilebilir' seviyesinde algılanmıştır. Mekanda mahremiyetin korunması düzeyindeki ikinci eğilim İlköğretim, Lise, Üniversite ve Yüksek Lisans mezunları için 'Kabul Edilebilir' seviyede iken; Doktora mezunları için 'Korunuyor' seviyesindedir.

Muayene Mekanında Mahremiyetin Korunması Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı'nın incelendiği Tablo 6.41.'de ise, 109 kişilik hastaneye ilk kez gelen hasta grubu, 90 kişilik takip hastaları ile 45 kişilik başka nedenle hastaneye gelmiş olan katılımcıların muayene mekanında mahremiyetin korunması düzeyini 'Korunuyor' seviyesinde bulması dikkat çekmektedir. Mekanda mahremiyetin korunması düzeyini 'Az Korunuyor' olarak değerlendirenler; başka bir nedenle servise gelen 1 kişi olmuş ve tablodaki en küçük gözlem değerini de bu kişi oluşturmuştur.

Daha Önce Gelme Durumuna Göre Muayene Olunan Mekanda Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Değerlendirme						
	Çok Az Korunuyor	Az Korunuyor	Kabul Edilebilir	Korunuyor	Çok Fazla Korunuyor	Toplam
Toplam	12	22	84	244	38	400
Evet, Takip Hastası	3	13	34	90	19	159
Evet, Başka Bir Nedenle	3	1	12	45	3	64
Hayır, İlk kez	6	8	38	109	16	177

Tablo 6.41.: Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım Tablosu

Muayene Mekanında Mahremiyetin Korunması Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Oransal Dağılımı'nın incelendiği Grafik 6.29.'da hastanede bulunan her üç grubun değerlendirmesinin de muayene mekanda mahremiyetin korunması düzeyini 'Korunuyor' seviyesinde değerlendirmeleri ilk bulgu olarak göze çarpmaktadır. Bu seçeneği tercih edenler toplam katılımcıların %61'ini oluşturmaktadır. Mekanda mahremiyetin korunması düzeyini 'Kabul Edilebilir' olarak ikinci sırada değerlendirenlerin ağırlığı da %21 olarak hesaplanmaktadır.



Grafik 6.29.: Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım (%) Grafiği

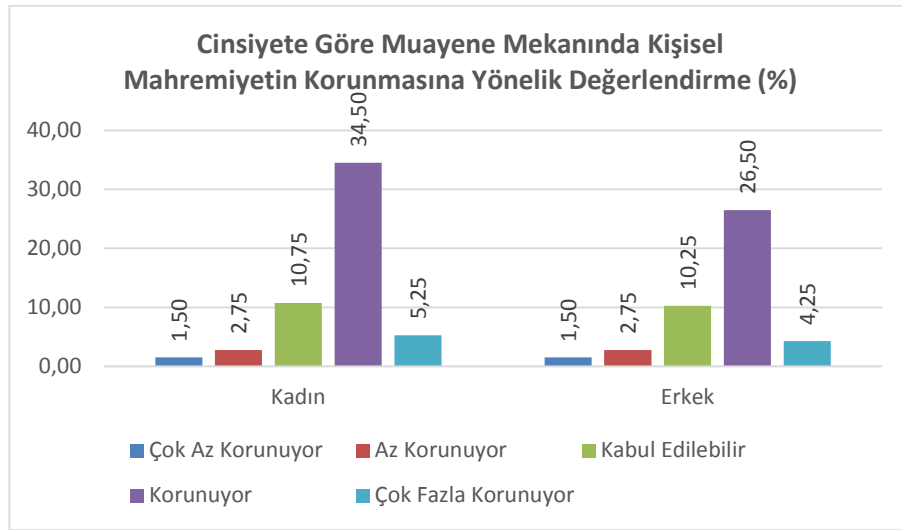
Muayene Mekanında Mahremiyetin Korunması Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.42.) verileri incelendiğinde muayene mekanında mahremiyetin korunması düzeyi 138 kişilik kadın katılımcılar tarafından 'Korunuyor' olarak değerlendirilmiştir. Bu sayıyı 106 kişilik erkek katılımcının mekanda mahremiyetin korunması düzeyini yine 'Korunuyor' olarak değerlendirmesi takip etmektedir.

Cinsiyete Göre Muayene Olunan Mekanda Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Değerlendirme						
	Çok Az Korunuyor	Az Korunuyor	Kabul Edilebilir	Korunuyor	Çok Fazla Korunuyor	Toplam
Toplam	12	22	84	244	38	400
Kadın	6	11	43	138	21	219
Erkek	6	11	41	106	17	181

Tablo 6.42.: Cinsiyete Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanında Mahremiyetin Korunması Düzeyinin Cinsiyete Göre Oransal Dağılımı Grafiği (Bkz. Grafik 6.30.) incelendiğinde ilk değerlendirme olarak hem kadın hem de erkek katılımcıların ilk tercihlerini net olarak mekanda mahremiyetin korunması

düzeyini 'Korunuyor' seviyesinde kullandıkları görülmektedir. Yine hem kadın hem de erkek katılımcılar ikinci seçenek olarak 'Kabul Edilebilir' seçeneğini tercih etmişlerdir.



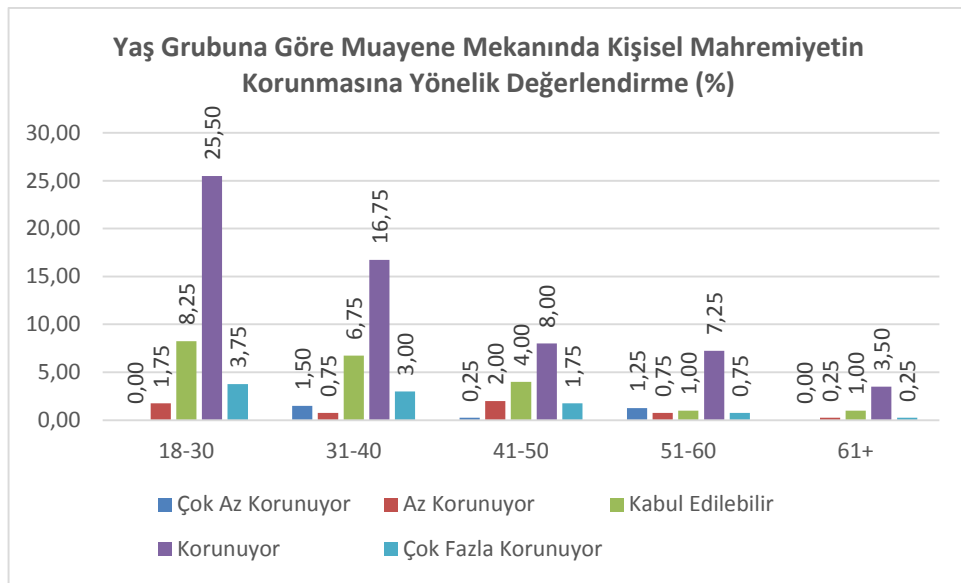
Grafik 6.30.: Cinsiyete Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım (%) Grafiği

Muayene Mekanında Mahremiyetin Korunması Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.43) göre muayene mekanında mahremiyetin korunması düzeyi 18-30 yaş grubuna mensup 102 kişinin tercihi ile 'Korunuyor' olarak değerlendirmeleri en yüksek gözlem değerini oluşturmaktadır. Toplamda 400 hasta içinde en küçük gözlem değeri 1 olup; 61 yaş üzeri bir kişi muayene mekanında mahremiyetin korunması düzeyini 'Az Korunuyor' olarak değerlendirmiş; aynı yaş grubundan bir diğer kişi ise 'Çok Fazla Korunuyor' olarak değerlendirmiş ve 41-50 yaş grubundaki bir kişi de 'Çok Az Korunuyor' biçiminde değerlendirme yapmıştır.

Yaş Grubuna Göre Muayene Olunan Mekanda Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Değerlendirme						
	Çok Az Korunuyor	Az Korunuyor	Kabul Edilebilir	Korunuyor	Çok Fazla Korunuyor	Toplam
Toplam	12	22	84	244	38	400
18-30	.	7	33	102	15	66
31-40	6	3	27	67	12	138
41-50	1	8	16	32	7	156
51-60	5	3	4	29	3	32
61+	0	1	4	14	1	8

Tablo 6.43.: Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanında Mahremiyetin Korunması Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımının Oransal olarak incelendiği Grafik 6.31.'de en yüksek gözlem değeri 18-30 yaş grubuna mensup katılımcıların %25.50 oranında verdiği 'Korunuyor' cevabı olduğu görülmektedir. Tüm yaş gruplarında en yüksek gözlem değerlerinin; mekanda mahremiyetin korunması düzeyini 'Korunuyor' seviyesinde değerlendirdiği anlaşılmaktadır.



Grafik 6.31.: Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Dağılım (%) Grafiği

6.2.3.4. Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunması (H2) Hipotezinin Sınanması

Hekim ve hastaların iletişimde mekanın kişisel mahremiyetin korunmasını dikkate alarak kurgulanmasına ilişkin etkinin ölçülmesi amacıyla uygulanan lojistik regresyon yönteminde, Y bağımlı değişkenine, katılımcıların muayene oldukları mekanda kişisel mahremiyetlerinin korunma oranına verdikleri cevaplara göre 0-1 ataması yapılmıştır. Buna göre :

- Y=0 değeri; “Çok Az Korunuyor” ve “Az Korunuyor”
- Y=1 değeri ise; “Kabul edilebilir”, “Korunuyor” ve “Çok Fazla Korunuyor” seçeneklerine verilen cevaplar üzerinden atanmıştır.

SAS programı kullanılarak yapılan analiz sonucunda modele giren değişkenler içinde anlamlı bulunan değişkenler şunlardır:

- Kurum olarak hastane benim mahremiyetimi sağlar (s141_1)
- Doktorum mahremiyetimi sağlar (s142_1)
- Mahremiyetimin korunması tıp etiği kuralları gereğidir.(s145_1)

Kademeli Seçim Özeti (Summary of Stepwise Selection)							
Step	Effect		DF	Number	Score	Wald	Pr > ChiSq
	Entered	Removed		In	Chi-Square	Chi-Square	
1	S141_1		1	1	5,4305		0,0198
2	S145_1		1	2	4,6347		0,0313
3	S142_1		1	3	8,5949		0,0034
4	S143_1		1	4	12,5927		0,0004
5	S146_1		1	5	25,9999		<.0001
6		s143_1	1	4		0,0003	0,9867
7		s146_1	1	3		0,0013	0,9715

Tablo 6.44.: Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Kademeli Seçim Özeti Tablosu

Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi (Analysis of Maximum Likelihood Estimates)					
Parameter	DF	Estimate	Standard	Wald	Pr > ChiSq
			Error	Chi-Square	
Intercept	1	1,1838	0,2951	16,0932	<.0001
s141_1	1	2,2923	0,6563	12,2	0,0005
s142_1	1	1,4312	0,5157	7,7022	0,0055
s145_1	1	1,9371	0,6596	8,6241	0,0033

Tablo 6.45.: Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu

Olasılık Oranı Tahminleri (Odds Ratio Estimates)			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
		s141_1	9,898
s142_1	4,184	1,523	11,495
s145_1	6,939	1,905	25,279

Tablo 6.46.: Muayene Mekanında Kişisel Mahremiyetin Korunmasına Yönelik Olasılık Oranı Tahminleri Tablosu

Analiz tablosu (Bkz. Tablo 6.45.) incelendiğinde, kurum olarak ‘hastanenin’ mahremiyeti sağlaması (s141_1), 2,2923 tahmin değeri ile hasta doktor arasında iletişimin kurulmasında en etkili değişken olmuştur. Bu değişkenin olasılık oranı değerine göre, ‘hastanenin’ mahremiyeti sağlıyor olmasının, mahremiyetin korunduğunu belirten katılımcılarda, mahremiyetin çok az ya da az korunduğunu belirten katılımcılara göre 9,898 kat daha fazla etkili olduğu görülmüştür.

Muayene mekanında mahremiyetin korunmasına en fazla katkı sağlayan ikinci değişken 1,9371 tahmin değeri ile “Mahremiyetimin korunması tıp etiği kuralları gereğidir (s145_1)” seçeneği olmuştur.

Anlamlı olarak belirlenmiş olmakla birlikte ‘kurum doktorunun’ mahremiyeti sağlaması (s142_1) hasta doktor arasındaki iletişimin kurulmasında 1,4312 tahmin değeri ile en az etkiye sahiptir.

6.2.3.5. Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyinin Değerlendirilmesi

Anket formunun 15. Sorusunda;

15- Muayene olduğunuz mekanda kendinizi güvende hissetme düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

şeklinde katılımcılara soru yöneltilmiştir. Beş kademeli cevaplandırma yapması istenen katılımcılara 15. soruya olumlu cevap vermeleri halinde, 16. soruda

16- Muayene olduğunuz mekanda kendinizi güvende hissetme sebebiniz aşağıdakilerden hangileridir? (Belirleyeceğiniz üç seçeneğe en önemli seçenek 1'den başlamak üzere önem sırasına göre 1,2,3 yazınız)

talimatı ile seçenekler sunulmakta ve açıklama yazılabilecek (9) Diğer seçeneği ile farklı cevapların verilmesine imkan tanınmaktadır.

Muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyinin doktorla kurulan iletişime etkisi; hastaneyi ziyaret eden hastaların eğitim durumu, daha önce hastaneye gelmiş olma durumu, cinsiyet ve yaş gruplarına göre incelenmiştir. Aşağıda sunulan sıklık ve oran tabloları iletişime katkıyı 16. soruda 1. öncelikli olarak değerlendiren hastalar üzerinden elde edilmiştir.

Muayene Mekanında Hastaların Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyi Genel Değerlendirme Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.47.) göre, katılımcılar toplamda yaklaşık %94.75 oranında mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyini 'Kabul Edilebilir', 'Etkili' ve 'Çok Etkili' olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyi konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %5.25 oranında olup, etki düzeyini 'Az Etkili' ve 'Hiç Etkisi Yok' seçenekleriyle ifade etmişlerdir.

Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyi		
	Toplam	ORAN
Çok Güvensiz	5	1.25
Az Güvenli	16	4.00
Kabul Edilebilir	75	18.75
Güvenli	243	60.75
Çok Güvenli	61	15.25
	400	%100

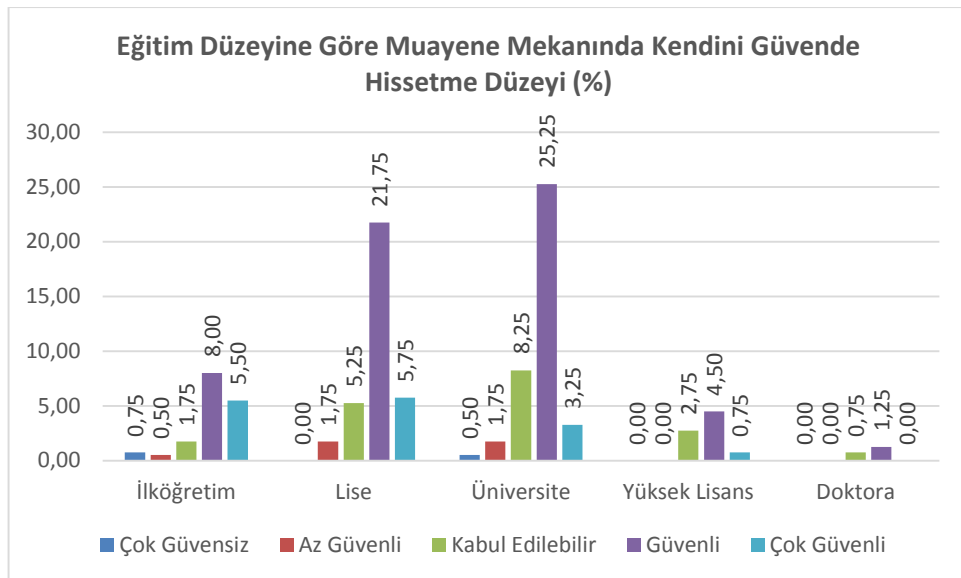
Tablo 6.47.: Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Genel Değerlendirme Tablosu

Muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyinin katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı aşağıdaki sıklık tablosu ve oran grafiği ile açıklanmıştır (Bkz. Tablo 6.48. ve Grafik 6.32.).

Eğitim Düzeyine Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyi						
	Çok Güvensiz	Az Güvenli	Kabul Edilebilir	Güvenli	Çok Güvenli	Toplam
Toplam	5	16	75	243	61	400
İlköğretim	3	2	7	32	22	66
Lise	.	7	21	87	23	138
Üniversite	2	7	33	101	13	156
Yüksek Lisans	.	.	11	18	3	32
Doktora	.	.	3	5	.	8

Tablo 6.48.: Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım Tablosu

Muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.48) verilerine göre en yüksek gözlem değeri olan 101 kişilik Üniversite mezunu katılımcılar muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyini 'Güvenli' olarak işaretlemiştir. Bu sayıyı 87 kişilik mevcutla Lise düzeyi katılımcının verdiği benzer 'Güvenli' tercihi takip etmektedir. Tabloda en küçük gözlem değeri olan 2; iki Üniversite mezunu tarafından işaretlenen 'Çok Güvensiz' seçeneğini göstermektedir.



Grafik 6.32.: Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği

'Eğitim Durumuna Göre Muayene Mekanında Hastaların Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyinin Oransal Dağılım Grafiği' incelendiğinde (Bkz. Grafik 6.32.) İlköğretim, Lise, niversite, Yüksek Lisans ve Doktora mezunları gruplarının beşinde de muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyinin ağırlıklı olarak 'Güvenli' seviyesinde algılandığı görülmektedir. Muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyindeki ikinci eğilim ise tüm eğitim seviyesindeki katılımcılar için 'Kabul Edilebilir' seviyede değerlendirilmektedir.

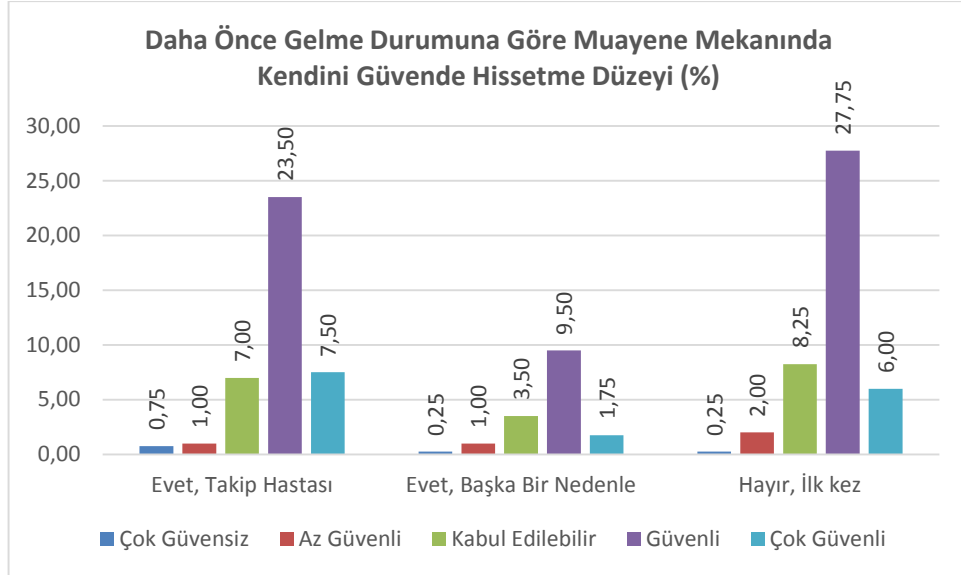
Muayene Mekanında Hastaların Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyinin Mekana Daha nce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı'nın incelendiği Tablo 6.49.'da ise, 111 kişilik hastaneye ilk kez gelen hasta grubunun; 94 kişilik takip hastalarının ve 38 kişilik başka sebeple hastaneye gelen hastalarca muayene mekanında kendilerini güvende hissetme düzeyi 'Güvenli' seviyede bulunmuştur. Muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyini 'çok Güvensiz' olarak değerlendirenler; başka bir nedenle servise gelen 1 kişi ve ilk kez hastaneye gelen bir diğer kişi olmuşt ve bu kişilerin yorumları tablodaki en küçük gözlem değerini oluşturmuştur.

Daha nce Gelme Durumuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyi						
	ok Güvensiz	Az Güvenli	Kabul Edilebilir	Güvenli	ok Güvenli	Toplam
Toplam	5	16	75	243	61	400
Evet, Takip Hastası	3	4	28	94	30	159
Evet, Başka Bir Nedenle	1	4	14	38	7	64
Hayır, İlk kez	1	8	33	111	24	177

Tablo 6.49.: Mekana Daha nce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım Tablosu

Mekana Daha nce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanında Hastaların Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyinin Oransal Dağılımı'nın incelendiği Grafik 6.33.'te hastanede bulunan her  grubun değerlendirmesinin de muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyini 'Güvenli' seviyede değerlendirmeleri ilk bulgu olarak göze çarpmaktadır. Bu seçeneği tercih edenler toplam katılımcıların

%60.75'ini oluşturmaktadır. Muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyi seviyesini 'Kabul Edilebilir' olarak ikinci ağırlıkta değerlendirenlerin oranı da genel katılımcıların %18.75'i olarak görünmektedir.



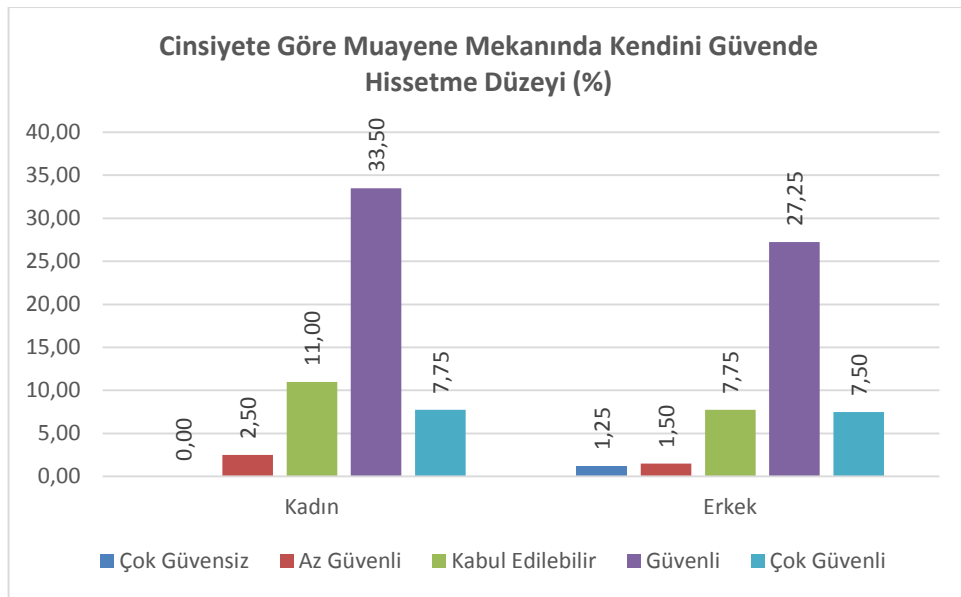
Grafik 6.33.: Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği

Muayene Mekanında Hastaların Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.50.) verileri incelendiğinde muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyi 134 kişilik kadın katılımcılar tarafından 'Güvenli' olarak değerlendirilmiştir. Bu sayıyı 109 kişilik erkek katılımcının muayene mekanında kendilerini güvende hissetme düzeyini yine 'Güvenli' olarak değerlendirmesi takip etmektedir.

Cinsiyete Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyi						
	Çok Güvensiz	Az Güvenli	Kabul Edilebilir	Güvenli	Çok Güvenli	Toplam
Toplam	5	16	75	243	61	400
Kadın	.	10	44	134	31	219
Erkek	5	6	31	109	30	181

Tablo 6.50.: Cinsiyete Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanında Hastaların Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyinin Cinsiyete Göre Oransal Dağılımı Grafiği (Bkz. Grafik 6.34.) incelendiğinde ilk değerlendirme olarak hem kadın hem de erkek katılımcıların ilk tercihlerini net olarak muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyini ‘Güvenli’ düzeyde olduğu yönünde kullandıkları görülmektedir. Yine hem kadın hem de erkek katılımcılar ikinci ağırlıktaki seçenek olarak ‘Kabul Edilebilir’ seçeneğini tercih etmişlerdir.



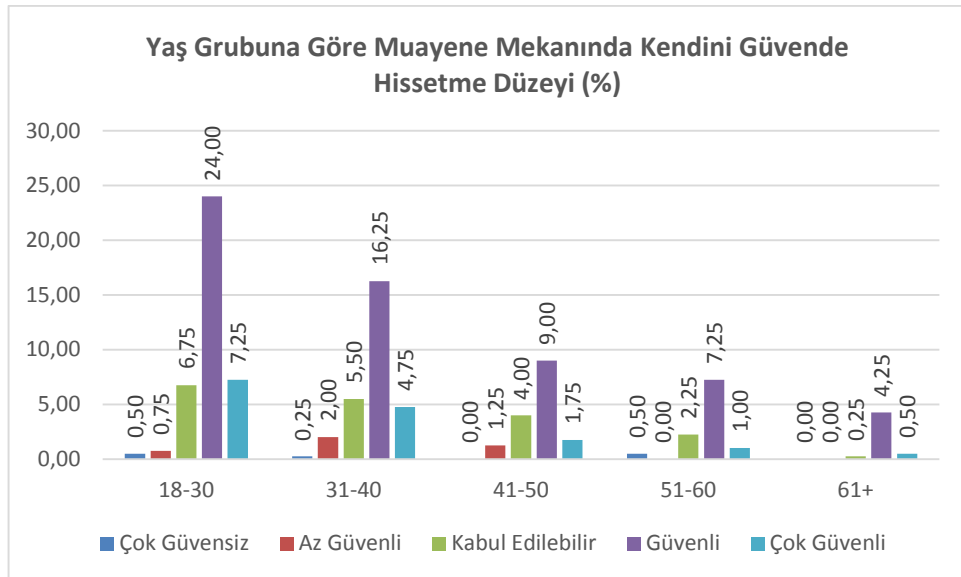
Grafik 6.34.: Cinsiyete Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği

Muayene Mekanında Hastaların Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.51) göre muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyi 18-30 yaş grubuna mensup 96 kişinin tercihi ile ‘Güvenli’ olarak değerlendirmeleri en yüksek gözlem değerini oluşturmaktadır. Toplamda 400 hasta içinde en küçük gözlem değeri 1 olup; 31-40 yaş grubundaki bir kişi güvende hissetme düzeyini ‘Çok Güvensiz’ olarak; 61 yaş üzeri bir diğer kişi de muayene mekanında kendisini güvende hissetme düzeyini ‘Kabul Edilebilir’ seviyede değerlendirmiştir.

Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyi						
	Çok Güvensiz	Az Güvenli	Kabul Edilebilir	Güvenli	Çok Güvenli	Toplam
Toplam	5	16	75	243	61	400
18-30	2	3	27	96	29	66
31-40	1	8	22	65	19	138
41-50	.	5	16	36	7	156
51-60	2	.	9	29	4	32
61+	.	.	1	17	2	8

Tablo 6.51.: Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanında Hastaların Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımının Oransal olarak incelendiği Grafik 6.35.'te en yüksek gözlem değeri 18-30 yaş grubuna mensup katılımcıların %24 oranında verdiği 'Güvenli' cevabı olduğu görülmektedir. Tüm yaş gruplarında en yüksek gözlem değerleri muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeylerinin 'Güvenli' olduğunu ortaya koymaktadır.



Grafik 6.35.: Yaş Grubuna Göre Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği

6.2.3.6. Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyi (H3) Hipotezinin Sınanması

Muayene mekanında kendini güvende hissetme düzeyine etki eden değişkenleri belirlemek amacıyla 1. öncelikli olarak cevaplanan seçenekler üzerinden lojistik regresyon yöntemi kullanılmış ancak pek çok farklı değişken bağımsız değişken olarak regresyona girdi sağlamış olsa da hiç biri anlamlı çıkmamıştır. Bunun üzerine lojistik regresyon yöntemi iletişime katkıyı 2. öncelikli olarak değerlendiren hastalar üzerinden tekrar uygulanmıştır. İkinci lojistik regresyon sonrasında anlamlı çıkan tek değişken "doktorun" (s167_1) hastayı güvende hissetmesini sağlaması olmuştur.

Kademeli Seçim Özeti (Summary of Stepwise Selection)							
Step	Effect		DF	Number	Score	Wald	Pr > ChiSq
	Entered	Removed		In	Chi-Square	Chi-Square	
1	s167_1		1	1	10.9872		0.0009

Tablo 6.52.: Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Kademeli Seçim Özeti Tablosu

Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi (Analysis of Maximum Likelihood Estimates)						
Parameter	DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq	
Intercept	1	2.3125	0.2344	97.3207	<.0001	
s167_1	1	2.6362	1.0305	6.5437	0.0105	

Tablo 6.53.: Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu

Olasılık Oranı Tahminleri (Odds Ratio Estimates)			
Effect	Point Estimate	95% Wald	
		Confidence Limits	
s167_1	13.96	1.852	105.219

Tablo 6.54.: Muayene Mekanında Kendini Güvende Hissetme Düzeyine Yönelik Olasılık Oranı Tahminleri Tablosu

Y bağımlı değişkeni, ikili (binary) lojistik regresyon yaklaşımı ile tanımlanarak, katılımcıların muayene oldukları mekanda kendilerini güvende hissetmelerinin doktor ile kurulan iletişime etkisini değerlendirme derecelerine göre 0-1 ataması yapılmıştır. Buna göre :

- Y=0 değeri; “Çok Güvensiz” ve “Az Güvenli”
- Y=1 değeri ise; “Kabul edilebilir”, “Güvenli” ve “Çok Güvenli” seçeneklerine verilen cevaplar üzerinden atanmıştır.

SAS programı kullanılarak yapılan analiz sonucunda elde edilen tablolar incelendiğinde muayene mekanında kendini güvende hissetmenin doktor hasta ilişkisine etki eden tek değişkeni "'Doktorum' kendimi güvende hissetmemi sağladı" değişkenidir. Bu değişkenin Olasılık Oranı (Odds Ratio) değerine göre, “doktorun” hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlıyor olmasının, güvende hissettiğini belirten katılımcılarda; çok az ya da az güvende hissettiğini belirten katılımcılara göre 13,96 kat daha fazla etkili olduğu görülmüştür.

6.2.3.7. Muayene Mekanının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi

Anket formununun 17. Sorusunda;

17- Muayene olduğunuz mekanın fiziki koşullarında, aldığınız sağlık hizmetini nasıl değerlendirirsiniz?

şeklinde katılımcılara soru yöneltilmiştir. Beş kademeli cevaplandırma yapması istenen katılımcılara 17. soruya olumlu cevap vermeleri halinde, 18. soruda

18- Muayene olduğunuz mekanın fiziki koşullarından hangileri aldığınız sağlık hizmetini olumlu olarak etkilemektedir? (Belirleyeceğiniz üç seçeneğe en önemli seçenek 1'den başlamak üzere önem sırasına göre 1,2,3 yazınız)

talimatı ile seçenekler sunulmakta ve açıklama yazılabilecek (7) Diğer seçeneği ile farklı cevapların verilmesine imkan tanınmaktadır.

Muayene mekanının fiziki koşullarının alınan sağlık hizmetine etki düzeyi; hastaneyi ziyaret eden hastaların eğitim durumu, daha önce hastaneye gelmiş olma durumu, cinsiyet ve yaş gruplarına göre incelenmiştir. Aşağıda sunulan sıklık ve oran tabloları iletişime katkıyı 18. soruda 1. öncelikli olarak değerlendiren hastalar üzerinden elde edilmiştir.

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetine Etki Düzeyi Genel Değerlendirme Tablosu'na (Bkz. Tablo 6.55.) göre, katılımcılar toplamda yaklaşık %85.50 oranında muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyini 'Kabul Edilebilir', 'Yeterli' ve 'Çok Yeterli' olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyi konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %14.50 oranında olup, etki düzeyini 'Yetersiz' ve 'Çok Yetersiz' seçenekleriyle ifade etmişlerdir.

Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği		
	Toplam	ORAN
Çok Yetersiz	17	4.25
Yetersiz	41	10.25
Kabul Edilebilir	100	25.00
Yeterli	191	47.75
Çok Yeterli	51	12.75
	400	%100

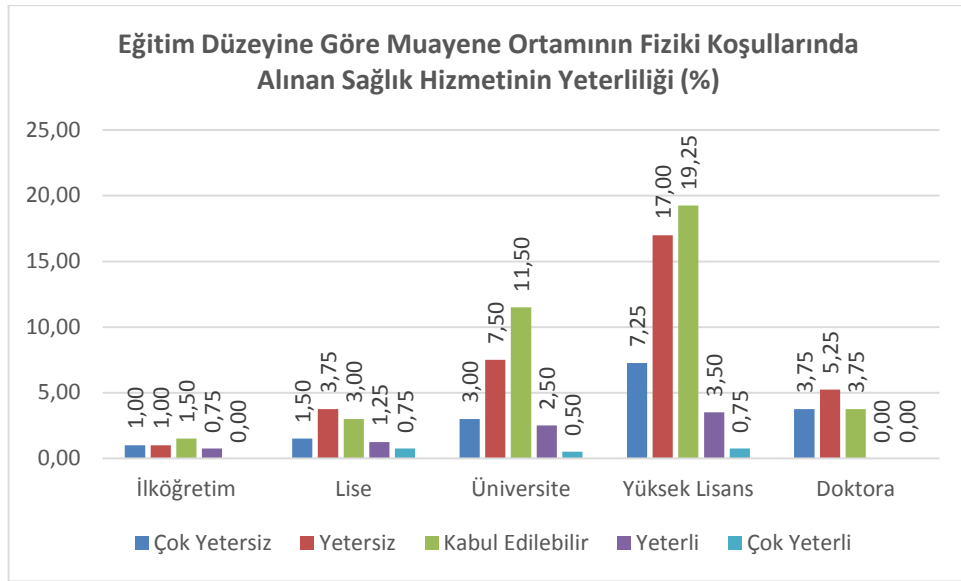
Tablo 6.55.: Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Genel Değerlendirme Tablosu

Muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyinin katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı aşağıdaki sıklık tablosu ve oran grafiği ile açıklanmıştır (Bkz. Tablo 6.56. ve Grafik 6.36.).

Eğitim Düzeyine Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği						
	Çok Yetersiz	Yetersiz	Kabul Edilebilir	Yeterli	Çok Yeterli	Toplam
Toplam	66	138	156	32	8	400
İlköğretim	4	4	6	3	.	66
Lise	6	15	12	5	3	138
Üniversite	12	30	46	10	2	156
Yüksek Lisans	29	68	77	14	3	32
Doktora	15	21	15	.	.	8

Tablo 6.56.: Eğitim Durumuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım Tablosu

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetine Etki Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.56) verilerine göre en yüksek gözlem değeri olan 77 kişilik Yüksek Lisans mezunu katılımcılar muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyini 'Kabul Edilebilir' olarak işaretlemiştir. Bu sayıyı 68 kişilik mevcutla yine Yüksek Lisans düzeyi katılımcıların verdiği 'Yetersiz' tercihi takip etmektedir. Tabloda en küçük gözlem değeri olan 2; iki Üniversite mezunu tarafından işaretlenen 'Çok Yeterli' seçeneğini göstermektedir.



Grafik 6.36.: Eğitim Durumuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği

'Muayene Mekanının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetine Etki Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Oransal Dağılım Grafiği' incelendiğinde (Bkz. Grafik 6.36.) İlköğretim, Üniversite ve Yüksek Lisans mezunları gruplarının üçünde de muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyinin ağırlıklı olarak 'Kabul Edilebilir' seviyesinde algılandığı görülmektedir. Lise ve Doktora mezunu katılımcılar düzeyinde bu etki 'Yetersiz' seviyesinde algılanmıştır. Muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyindeki ikinci eğilim İlköğretim, Üniversite ve Yüksek Lisans mezunları için 'Yetersiz' seviyede iken; Lise ve Doktora mezunları için 'Kabul Edilebilir' seviyededir.

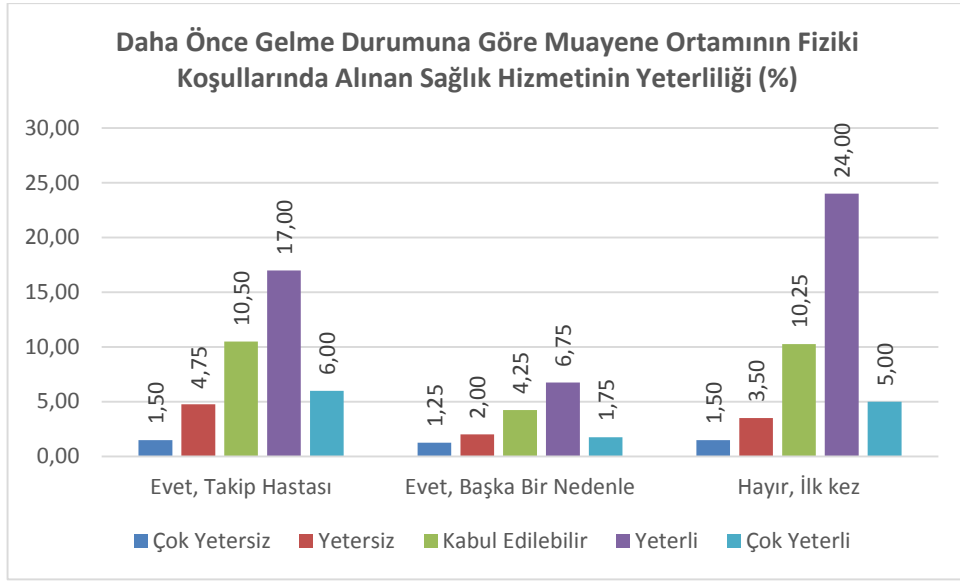
Muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Dağılımı'nın incelendiği Tablo 6.57.'de ise, 96 kişilik hastaneye ilk kez gelen hasta grubu ile 68 kişilik takip hastalarının muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyini 'Yeterli' seviyede bulması dikkat çekmektedir. Bu iki gruba ilave olarak 27 kişi ile hastaneye başka bir nedenle gelen katılımcı grubunun da 'Yeterli' cevabını verdiği tespit edilmektedir. Muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyini 'Çok Yetersiz' olarak değerlendirenler; başka bir nedenle servise gelen 5 kişi olmuş ve tablodaki en küçük gözlem değerini oluşturmuşlardır.

Daha Önce Gelme Durumuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği						
	Çok Yetersiz	Yetersiz	Kabul Edilebilir	Yeterli	Çok Yeterli	Toplam
Toplam	17	41	100	191	51	400
Evet, Takip Hastası	6	19	42	68	24	159
Evet, Başka Bir Nedenle	5	8	17	27	7	64
Hayır, İlk kez	6	14	41	96	20	177

Tablo 6.57.: Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım Tablosu

Muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki Düzeyinin Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Oransal Dağılımı'nın incelendiği Grafik

6.37.'de hastanede bulunan her üç grubun değerlendirmesinin de muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyini 'Yeterli' seviyede değerlendirmeleri ilk bulgu olarak göze çarpmaktadır. Bu seçeneği tercih edenler toplam katılımcıların %47.75'ini oluşturmaktadır. Muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyi seviyesini ikinci yoğunluk derecesinde 'Kabul Edilebilir' olarak değerlendirenlerin ağırlığı da %25 olarak görülmektedir.



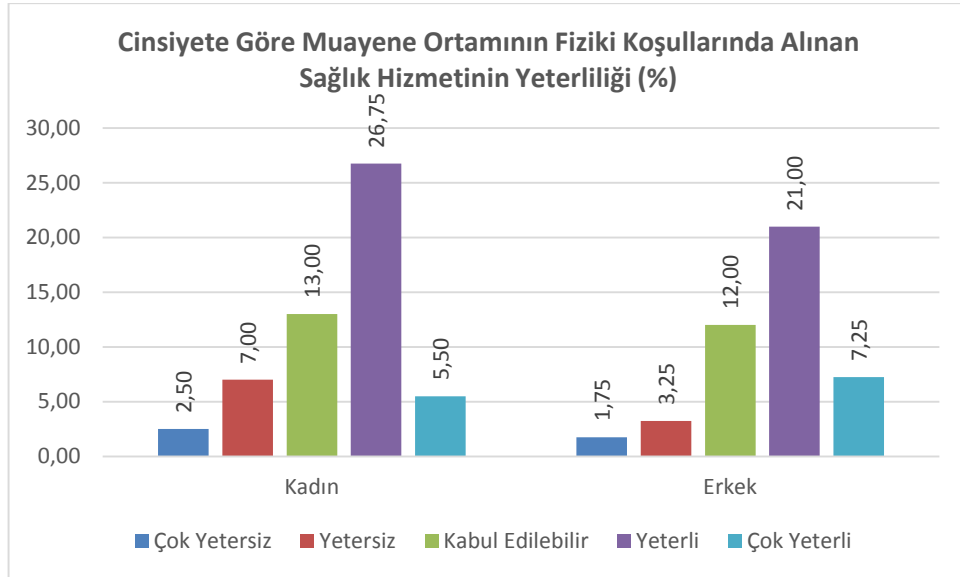
Grafik 6.37.: Mekana Daha Önce Gelmiş Olma Durumuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetine Etki Düzeyinin Cinsiyete Göre Dağılımı Tablosu (Bkz. Tablo 6.58.) verileri incelendiğinde muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyi 107 kişilik kadın katılımcı tarafından 'Yeterli' olarak değerlendirilmiştir. Bu sayıyı 84 kişilik erkek katılımcının muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyini yine 'Yeterli' olarak değerlendirmesi takip etmektedir.

Cinsiyete Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği						
	Çok Yetersiz	Yetersiz	Kabul Edilebilir	Yeterli	Çok Yeterli	Toplam
Toplam	17	41	100	191	51	400
Kadın	10	28	52	107	22	219
Erkek	7	13	48	84	29	181

Tablo 6.58.: Cinsiyete Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılımı Tablosu

Muayene Mekanının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetine Etki Düzeyinin Cinsiyete Göre Oransal Dağılımı Grafiği (Bkz. Grafik 6.38.) incelendiğinde ilk değerlendirme olarak hem kadın hem de erkek katılımcıların ilk tercihlerini net olarak muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyini ‘Yeterli’ düzeyde olduğu yönünde kullandıkları görülmektedir. Yine hem kadın hem de erkek katılımcılar ikinci seçenek olarak ‘Kabul Edilebilir’ seçeneğini tercih etmişlerdir.



Grafik 6.38.: Cinsiyete Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği

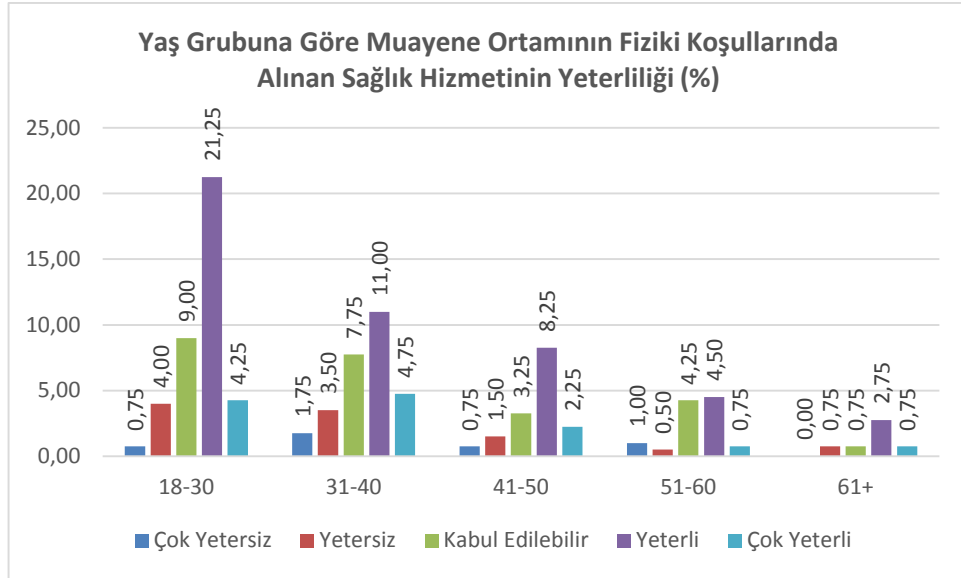
Muayene Mekanının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetine Etki Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımı Tablosu’na (Bkz. Tablo 6.59) göre muayene mekanının fiziki

koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyi 18-30 yaş grubuna mensup 85 kişinin tercihi ile 'Yeterli' olarak değerlendirmeleri en yüksek gözlem değerini oluşturmaktadır. Toplamda 400 hasta içinde en küçük gözlem değeri 2 olup; 51-60 yaş grubuna mensup bu kişiler muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki düzeyini 'Yetersiz' olarak değerlendirmişlerdir.

Yaş Grubuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği						
	Çok Yetersiz	Yetersiz	Kabul Edilebilir	Yeterli	Çok Yeterli	Toplam
Toplam	17	41	100	191	51	400
18-30	3	16	36	85	17	66
31-40	7	14	31	44	19	138
41-50	3	6	13	33	9	156
51-60	4	2	17	18	3	32
61+	.	3	3	11	3	8

Tablo 6.59.: Yaş Grubuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılımı Tablosu

Muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etki Düzeyinin Yaş Grubuna Göre Dağılımının Oransal olarak incelendiği Grafik 6.39.'da en yüksek gözlem değeri 18-30 yaş grubuna mensup katılımcıların %21.25 oranında verdiği 'Yeterli' cevabı olduğu görülmektedir. Tüm yaş gruplarında en yüksek gözlem değerleri bakımından muayene mekanının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetine etkisinin 'Yeterli' olduğu anlaşılmaktadır.



Grafik 6.39.: Yaş Grubuna Göre Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Dağılım (%) Grafiği

6.2.3.8. Muayene Mekanının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi (H4) Hipotezinin Sınanması

Y bağımlı değişkeni, ikili (binary) lojistik regresyon yaklaşımı ile tanımlanarak, katılımcıların muayene oldukları iç mekan tasarımının alınan sağlık hizmetinin kalitesine etki düzeylerini değerlendirme derecelerine göre 0-1 ataması yapılmıştır. Buna göre;

- Y=0 değeri; “Çok Yetersiz” ve “Yetersiz”
- Y=1 değeri ise; “Kabul edilebilir”, “Yeterli” ve “Çok Yeterli” seçeneklerine verilen cevaplar üzerinden atanmıştır.

SAS programı kullanılarak yapılan analiz sonucunda modelde anlamlı bulunan değişkenler şunlardır:

- Görüşme mekanının yeterli biçimde havalandırılması (s124_1)
- Mekanın temiz olması (s181_1)
- Mekanın ısı düzeyi (s183_1)
- Mekanın sessiz olması (s184_1)

Kademeli Seçim Özeti (Summary of Stepwise Selection)							
Step	Effect		DF	Number	Score	Wald	Pr > ChiSq
	Entered	Removed		In	Chi-Square	Chi-Square	
1	s124_1		1	1	10,4		0,0013
2	S3_5		1	2	4,8876		0,0271
3	s181_1		1	3	4,1561		0,0415
4		S3_5	1	2		3,2849	0,0699
5	s184_1		1	3	9,0423		0,0026
6	s183_1		1	4	6,1484		0,0132
7	s186_1		1	5	7,0728		0,0078
8		S186_1	1	4		0,0007	0,9782

Tablo 6.60.: Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Kademeli Seçim Özeti Tablosu

Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi (Analysis of Maximum Likelihood Estimates)					
Parameter	DF	Estimate	Standard	Wald	Pr > ChiSq
			Error	Chi-Square	
Intercept	1	0,7844	0,2895	7,3433	0,0067
S124_1	1	1,0668	0,3592	8,8185	0,003
S181_1	1	1,3991	0,3335	17,5965	<.0001
S183_1	1	2,3263	1,0886	4,5671	0,0326
S184_1	1	2,8813	1,0568	7,4337	0,0064

Tablo 6.61.: Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu

Olasılık Oranı Tahminleri (Odds Ratio Estimates)			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
		S124_1	3,44
S181_1	4,051	2,107	7,789
s183_1	10,24	1,213	86,474
s184_1	17,837	2,248	141,535

Tablo 6.62.: Muayene Ortamının Fiziki Koşullarında Alınan Sağlık Hizmetinin Yeterliliği Düzeyine Yönelik Olasılık Oranı Tahminleri Tablosu

Analiz tabloları incelendiğinde muayene ortamının fiziki koşullarının, alınan sağlık hizmetinin kalitesine en fazla etkisinin 2,8813 tahmin değeri ile 'mekanın sessiz olması' değişkeninden geldiği görülmektedir. Bu değişkenin Olasılık Oranı (Odds Ratio) değerine göre, 'sessiz ortam', mekanın fiziki koşullarının alınan sağlık hizmetinin kalitesi için yeterli olduğunu belirten katılımcılarda, sağlık hizmetinin kalitesi için yetersiz olduğunu belirten katılımcılara göre 17,837 kat daha fazla etkilidir.

Mekanın 'ısı düzeyi', sessiz olma değişkenine yakın olarak, 2,3263 tahmin değeri ile alınan sağlık hizmetinin kalitesine ikinci sırada etkili değişken olarak belirlenmiştir.

Mekanın 'temiz olması', 1,3991 tahmin değeri ile alınan sağlık hizmetinin kalitesine üçüncü sırada etkili değişken olarak belirlenmiştir.

Mekanın 'yeterli biçimde havalandırılması' 1,0668 tahmin değeri ile alınan sağlık hizmetinin kalitesine son sırada etkili değişken olarak belirlenmiştir.

7. SONUÇ

Bu çalışmada; ölçek olarak çok büyük ve kapsamlı birer yapı haline gelen modern hastanelerin tanımının yapılması ile başlamış, hastanelerin birer sistem olarak ele alınmalarının gerekliliği vurgulanmıştır. Hastaneler bu kapsamda, değişiklik gösteren bir çevre içinde, çevreden alınan girdiler işlenerek, işlenmiş girdilerin tekrar aynı çevreye iade edildiği ve bir geri bildirim özelliğine sahip birer sistem olarak ele alınmıştır.

Türkiye'deki günümüz hastanelerinin durumunun değerlendirildiği bölümde, hastane olarak çalışma kapsamında değerlendirilen yapılar modern çağ hastanelerini ifade edecek biçimde kullanılmıştır. Bu nedenle, hastanelerin tarihsel gelişimi konusu sadece Türkiye'de ve 1920'li yıllar ve Cumhuriyet'in kurulmasından günümüze kadarki süreç içerisinde değerlendirilmeye alınmıştır. 1980 ve sonrasındaki yıllarda hastalar, hasta yakınları, hastane yapısı ve hastane çevresi etmenleri birbirleriyle ilişkili olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu kapsamda beşeri ihtiyaçların tatminine yönelik olarak hastane yapılarına ilave edilen alışveriş, yeme-içme gibi sosyal mekanların varlığı; teknolojik gelişmelerle desteklenen aydınlatma ve havalandırma sistemleri ile sağlık konseptinde yeni bir yapı tipi oluşturduğu kaydedilmiştir. 1990 ve sonrası dönemde maliyetlerin azaltılmasına yönelik çalışmalar yeni mekansal ve teknolojik sistemlerin kullanımına neden olmuş, böylece yapısal verimlilik prensibinin hastane kurumlarının değerlendirilmesine yönelik olarak da kullanılmaya başlandığı görülmüştür.

Hastanelerin gelişiminin anlatıldığı bölümde, Türkiye'de Cumhuriyet sonrası dönemdeki gelişim ele alınmış, hastanelerin genel özellikleri tanımlanmış ve hastanelerin sahip oldukları hangi niteliklerine göre sınıflandırılabilecekleri incelenmiştir. Hastanelerde bulunan hasta mekanları hasta odaları özelinde detaylı olarak antropometrik dataları ile değerlendirilmiştir. Hastanelerin çok önemli bir diğer boyutu olan sosyal boyutu da ele alınmış ve taraflar-arası ilişkinin önemli ölçüde dengesiz veya asimetrik olduğu ifade edilerek hastalar ve hasta yakınlarının asgari sosyal ihtiyaçlarının tanımı yapılmıştır.

Bu noktada psikofizik tanımı çerçevesinde insanların çevrelerini algılama yöntemleri, insan topluluklarının bir arada yaşama pratikleri sonucu oluşan kültür kavramları

incelenmiştir. İnsan yapımı eserlerin kültüre yaptığı katkılar ve buna karşılık kültürün çok uzun bir zaman içinde ve çok yavaş bir değişim hızıyla dönüşümü konu edilmiştir. Kültürün coğrafyalara ve topluluklara özgü olması gerçeği nedeniyle geniş ölçekte etkili olduğu toplumlardaki etkilerinden; dar ölçekte de hastaneler gibi birçok kişinin bir arada topluca çalıştıkları yerlere özgü olan iş tatmini ve organizasyonel bağlılık kavramlarının önemine değinilmiştir.

Yüzyılın başına kadarki genel kaniye göre, hastaların tedavi için doktorlara gittiği ve tedavinin yapıldığı mekanların ikinci derecede önemli ve hatta bazen hiç önemli olmadığı düşünülmektedir. Ancak, günümüzdeki tedavi anlayışı hastaların tek bir sorumlu doktor tarafından değil, alt uzmanlıklara ayrılmış ve mesleğinde uzmanlaşmış bir doktor kadrosu tarafından teşhis ve tedavi süreçlerinin yürütülmesi yönünde bir değişim göstermiştir. Bu kapsamda, tedavinin yapıldığı mekan ise daha önceden hiç olmadığı kadar önemli bir hale gelmiştir. Hastane ortamını deneyimleyen hasta insanların bu tecrübe sırasında kullanabilecekleri hakları bulunmaktadır. 2002 yılında Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi'nde ondört madde olarak görüşülüp karara varılan ve hasta hakları olarak adlandırılan bu haklar, doğal olarak hastalardan beklenen sorumluluklar da doğurmaktadır.

Yukarıda anılan bildirmede, hastane mekanlarının sahip olması gereken koşullar açıklanmıştır. Bunların başında hastaların kullandığı hol, yatak odası, muayene odası gibi mekanlarda günışığından faydalanmak, iç bahçeler oluşturmak sayesinde hastaların doğa ile iletişimlerini kesmemek, içerdiği donatı elemanları sayesinde hasta üzerinde güven duygusu tesis etmek gibi unsurlar bulunmaktadır.

Hastaneler ve mekan iletişiminin anlatıldığı bölümde mekan kavramının tanımı yapılmıştır. Mekanı oluşturan fiziksel unsurların her birisi detaylı olarak tanımlanmış ve incelenmiştir. Buna göre, mimari mekanı oluşturan sınırların yatayda tavan ve döşeme, dikeyde ise duvarlar ve kolonlar olduğu ifade edilmiştir. Mekanı oluşturan bu fiziksel sınırların yanı sıra hareketli veya sabit donatılar ile doğal ve/veya yapay ışık da mekanı oluşturan unsurlar arasında sayılmaktadır. İnsanın bir mekanı algılamak için mekanın içinde hareket etmesinin, mekanı algılaması için bir gereklilik olduğu vurgulanmıştır. Herhangi

bir mekanın algılanışı sırasında insan duyularının bu sürece katkıları görme %70, dokunma %25, işitme ve koku alma %5 olarak tespit edilmiştir. İnsan böylece hiçbir uyarıcıdan ışıktan olduğu kadar etkilenmemektedir. Algıya etki eden beş kural incelenmiş, bu beş prensibin yanı sıra, insan aklının mekânsal ve zamansal birleştirme olarak adlandırılan bir prensibe göre algıyı değiştirdiği aktarılmıştır. Bu prensibe göre, bir resme veya bir pencereden dışarıya bakıldığında, beyin imgenin tam görüş çerçevesi sınırlarında bitmediğini bilerek veya varsayarak imge üzerinde bir miktar 'genişletme' yapmaktadır. Bu durum **mekânsal birleştirme** olarak adlandırılmaktadır. Aynı durum anlık bir olay örneğinde de geçerlidir. Buna göre beyin farklı zamanlarda bir olaya odaklandığında zaman içinde farklı anlarda gerçekleşen olayları birbirine bağlama eğilimindedir. Bu durum da **zamansal birleştirme** olarak adlandırılmaktadır. Öyleyse, algılanan nesnelere veya genel anlamda dünya, insan beyni tarafından manipüle edilmekte ve insanın gerçeklik algısı bu sübjektif yolla oluşturulduğu ifade edilmiştir (Gerrig ve Zimbardo, 2015).

Mekan, tasarımcının bilinçli olarak oluşturduğu, kullanıcının ise farkında olmadan katıldığı bir iletişim ortamıdır ve mekan dili, tasarımcı ile kullanıcı arasında bir iletişim aracı olarak öne çıkmaktadır. Mekanı kurgulayan tasarımcı, oluşturduğu mekan dili ile kullanıcıya düşüncelerini aktarmaktadır. Mimarlık da konuşulan diller gibi bilgi ileten bir araçtır. Mekana gösterilen davranışsal tepkiler aslında, tasarımcının kodladığı anlama yönelik olarak gerçekleşmektedir. Anlam oluşturmak için gereken göstergelerin neler olduklarının farkındalığı, onları gösterge yapan şeylerin neler olduklarını tanımlamaya, bağlarının ve bağlantılarının kurallarını öğrenmeye olanak veren bilgi ve teknikler ise "semyoloji" olarak adlandırılmaktadır. Bir çevrenin, iki grup anlamla yüklü olduğu önerilmektedir. "Birincil duyular" olan ilk grup anlam değişmez olup, sürekli ve evrensel olarak kabul edilmektedir. İletişim amaçlı olmayan birinci anlam türünün gösterim ve işaret amaçlı olduğu önerilmektedir. İkinci grup ise anlamın içeriği olarak tanımlanmaktadır. Sosyal kullanımdan gelen ve geleneksel olan ikinci grup anlamın iletişim amaçlı olduğu için görsel kodlara bağlı olarak açığa çıktığı açıklanmıştır.

Mekansal öğeler denilen yapı elemanları, ölçüsü, biçimi, stili, bezemesi, rengi, kompozisyonu ile mekanı tanımlayan bileşenlerdir. Bileşenlerin sahip olduğu bu özellikler, insanların tatmin duygusunu besleyen ve haz alma amacını ön plana çıkaran

biçimsel değerler olmaları nedeniyle, doğrudan mekanın psiko-sosyal kalitesini etkileyen nesnel unsurlardır. Mekan ve mekansal öğeler, meydana getirildikleri anda içeriklerinde varolan biçimle beraber tanımlanırlar. Biçim değerlendirilirken izleyicide tatmin duygusu ortaya çıkmaktadır. Mekan değerlendirmesi esnasında ortaya çıkan tatmin duygusunun yanı sıra, biçimler dikkat çekmekte, merak uyandırmakta, heyecan vererek, coşku veya nefret uyandırmaktadır. Özellikle hastane yapılarında kullanıcı tarafından yapılacak anlamsal değerlendirme sonucunun güven duygusunun oluşumuna katkıda bulunması tasarımcıların tasarım amaçları arasında bulunmaktadır.

Hastane mekanlarını değerlendirmek amacıyla kullanılacak tasarım unsurlarının başlıcaları olan aydınlatma, akustik, iklimlendirme, mobilya ve donatı elemanları alt başlıklar halinde incelenmiştir. Fiziksel mekanı oluşturan yapı elemanlarının yani tavan, döşeme ve duvarların yüzey kaplama malzemeleri ile ilgili uygulamalar ortaya konmuştur. Hastanelerin hem kurumsal kimliklerine hem de sunumsal anlamlarına katkıda bulunan kavramların arasında renk ve doku kullanımı da bulunmaktadır.

İnsan ve mekan iletişimi anlatımında iletişim kavramını meydana getiren kavramlardan birim, birbiriyle ilişkili olma, mesaj ve alışveriş kavramları aktarılmıştır. İletişim modeli içinde yer alan öğeler kaynak ve hedef birimler, kanal ve iletişim ortamı olmak üzere üç ana başlık altında incelenmiştir. Mimari mekanlar kullanıcıları ile buluştuklarında, eğer kullanıcı geldiği yerin farkındaysa, iletişim sürecinin başladığı anlaşılmaktadır. İnsanların çevreleri ile ilgili bilgi toplama aşamaları duyu ve algı başlığı altında incelenmiştir. Duyu, duyu organları tarafından ortamdaki getirilen henüz işlenmemiş bilgidir. Duyum ise, alıcı organların çevredeki enerjinin etkisi altında uyarılmasıyla ortaya çıkan nörofizyolojik süreçlerin tanımıdır. Algılama ise, çevremizdeki uyarıların farkında olma süreci olarak görülmektedir. Algılama, kişinin önceki yaşantı ve deneyimlerine göre gerçekleşmektedir. Her algılama olayı, gelen duyu verileriyle dış dünya hakkında kurulan bir kuramdır, ayrıca bireysel ve taraflı, yani öznedir.

Algı ve tatmin hissi birbirleriyle ilişkili kavramlardır. Tatmin hissinin seviyesi, hem beklentilere hem de nesnelere algılanış biçimleriyle ilişki halindedir. Algılama sürecinin iki önemli aşaması seçici dikkat ve örgütlemedir (organizasyon). Mekânsal algılama

yapan insanlar, uygun miktarda ve biçimde renk, kontrast, doku, form, koku, ses, ısı gibi değerlendirme kriterlerine maruz kalmaları sonucunda mekanla ilgili tatmin veya tatminsizlik hissi geliştireceklerdir. Biliş ise, algıdan daha fazla zihinsel nitelik taşımaktadır. Biliş, çok fazla algısal zenginliğe sahip olmakla birlikte, bilgiyi algıya oranla daha fazla ayırtırmakta ve basitleştirmektedir. Bilişin ardından gelen yorumlama ve değerlendirme aşamasında birey, tatmin olma ya da olmama yönünde bir karar vermektedir. Diğer bir deyişle, bir çevrenin objektif özellikleri, insanın bu çevresel özellikleri algılaması ve değerlendirmesi aracılığıyla bireyin tatminini etkilemektedir.

İnsan algılayan, biliş yapan ve davranan bir organizmadır. Algı, duyar yoluyla çevreden bilgi edinme eylemi; biliş, yorumlama, belleğe gönderme yapma ve duyumsama eylemi; davranış ise, amaç ve güdüler doğrultusunda algılara verilen tepkiler olarak birbirlerinden ayrılmaktadır. Davranış, insan ve çevresi arasındaki etkileşimlerin tümünü kapsamaktadır. İnsan, toplumsal ve kişisel özellikleriyle bir davranış sistemine sahiptir. Davranış şeklinin eyleme dönüşmesiyle mekan ile iletişim başlamaktadır. İnsan-mekan iletişimi başladığında, insan-mekan iletişim sisteminin algı-biliş-davranış mekanizmasının işlerliği sonucunda bir takım yeni davranış özellikleri ortaya çıkmaktadır. Mekan ve insan kimliğinin oluşumunda önemli olan bu özellikler, mahremiyet, kişisel alan, kişiselleştirme, egemenlik alanı, mekânsal istila, kulis davranışı liderlik ve yönelme davranışlarıdır. Kullanıcının tatmin ya da tatminsizlik değerlendirmesinden sonraki davranış biçimlerini bu kavramlarla açıklamak mümkündür.

Güven hissinin tanımı -bir tarafın, karşı tarafın kendileri açısından olumlu sonuçlar yaratacak davranışlar göstereceğine olan beklentisi- olarak yapılmaktadır. Güven duygusunun gerçekleşmesi kesin olmayan bir umut veya bir iyimser düşünce olmadığı; güvenin tesis edilmesinin, hastaların ihtiyatlı olmayı bırakmaları anlamına gelmemektedir. Güven duygusunun sürekliliği, oluşan ufak hataların ve bu hatalarla ilgili alınacak önlemlerin hastalara bilgi olarak aktarılmasını gerektirmektedir.

Güven duygusu, hasta mahremiyeti ve hizmet kalitesi algısı ile ilgili yapılan literatür çalışması, tez çalışmasının araştırma kısmında oluşturulan hipotezlerin mantıksal

çerçevesini oluşturmuştur. Saha çalışması öncesinde hazırlanan ve test edilmek istenen hipotezler çalışmanın önceki bölümlerinde belirtildiği gibidir:

- H1.** Muayene odaları hasta ve doktor arasında oluşması gereken sosyal ilişkinin kurulmasında ve güçlendirilmesinde etkilidir.
- H2.** Muayene odalarının mekân kurgusu, hasta ve doktorun sağlıklı iletişim kurabilmeleri için gereken mahremiyet hissi üzerinde etkilidir.
- H3.** Tasarlanmış bir iç mekân, hasta ve doktor arasındaki güven ilişkisi üzerinde etkilidir.
- H4.** Tasarlanmış iç mekânlar bireyin sağlık hizmet kalitesi algısını artırır.

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniği muayene odalarının yukarıda anılan hipotezlerle bağlantılı mekânsal ihtiyaçları ve olası iletişim engellerinin yerinde tespiti amacıyla 400 hasta ve hasta yakını ile muayene sonrasında hazırlanan anket formu ile hipotezler denenmiş ve elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Sonuçların istatistiksel değerlendirmesi sonucu çalışma hipotezlerinin geçerli olduğu anlaşılmaktadır. Çalışma ile ulaşılan diğer sonuçlar ise aşağıdaki gibidir:

Anabilim Dalında Pazartesi ve Perşembe günlerinin konsey günleri olması nedeniyle özellikle bu günlerde hasta sayısının çokluğu ilk ulaşılan veri olmuştur. Hem kişisel muayene ihtiyaçları olması hem de hasta çocuklarına eşlik eden ebeveynlerin çoğunlukla anneleri olması nedeniyle anket çalışması %54 oranında kadınlarla yapılmıştır. Katılımcı yaş grubu olarak en ağırlıklı grup hem kadın hem erkekler açısından 18-30 yaş grubu olmuştur. Toplam katılımcılar bakımından hem kadınlarda hem de erkeklerde en kalabalık eğitim seviyesini Üniversite mezunları oluşturmaktadır. Toplam katılımcı grubu ele alındığında %44 oranındaki en büyük grubun hastaneye ve anılan servise ilk kez geldiği, takip hastalarının ise yaklaşık %40 oranında olduğu anlaşılmıştır. Geri kalan orandaki katılımcı ise başka bir nedenle hastanenin başka bir servisine daha önce geldiğini beyan etmiştir.

Katılımcıların hastanenin bu servisine neden geldikleri sorusuna cevap olarak %41 oranındaki en büyük grup 'Doktorun Tavsiye Edilmesi' üzerine geldiklerini ifade etmişlerdir. 'Hastaneyi tercih ettiği' için gelenlerin oranı %31 olarak gerçekleşmiştir. 'Doktorun Eski Hastası' olduğu için gelenlerin oranı ise %12 olarak gerçekleşmiştir. 'Sosyal Güvenlik Koşulları'nın gerektirmesi sonucu hastaneye gelenlerin oranı %5 olarak; 'Evine-İşine Yakın' olması nedeniyle gelenlerin oranı %4 olarak; 'Diğer' sebeplerle, örneğin acil hastası olarak veya bir yakınının tavsiyesi üzerine gelenlerin oranı da benzer olarak %4 olarak; 'Fiziki Konfor Koşulları' nedeniyle gelenlerin oranı ise sadece binde 7 olarak kaydedilmiştir.

Katılımcılar mekânın fiziksel özelliklerini %38 oranında 'Rahat', %37 oranında 'Kabul Edilebilir' ve %8 oranında 'Çok Rahat' seviyede değerlendirmiştir. Muayene mekânını 'Rahatsız' bulanların oranı %13 ve 'Çok Rahatsız' bulanların oranı da %2 olarak gerçekleşmiştir.

Muayene mekânının **aydınlatma düzeyi**, %50 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'İyi' olarak; %28 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Kabul Edilebilir' olarak; %12 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Çok İyi' olarak; %7 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Kötü' olarak ve %4 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Çok Kötü' olarak değerlendirilmiştir.

Muayene mekânının **akustik düzeyi**, %50 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Kabul Edilebilir' olarak; %25 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Sessiz' olarak; %17 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Gürültülü' olarak; %4 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Çok Sessiz' olarak ve %1 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Çok Gürültülü' olarak değerlendirilmiştir.

Muayene mekanının **havalandırma düzeyi**, %36 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Kabul Edilebilir' olarak; %33 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Rahat' olarak; %19 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Rahatsız' olarak; %8

oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Çok Rahat' olarak ve %3 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Çok Rahatsız' olarak değerlendirilmiştir.

Muayene mekanının **fiziki koşullarının içeride geçirilen süreyi etkileme düzeyi**, %45 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Etkili' olarak; %26 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Kabul Edilebilir' olarak; %13 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Az Etkili' olarak; %11 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Çok Etkili' olarak ve %3 oranındaki katılımcının tercihi doğrultusunda 'Çok Az Etkili' olarak değerlendirilmiştir.

Birinci hipotez olan, 'Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor ile Kurulan İletişime Etkisi derecesi ve gerekçesi' sorularına, katılımcılar toplamda yaklaşık %70.75 oranında mekanın fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyini 'Kabul Edilebilir' (%20), 'Etkili' (%37) ve 'Çok Etkili' (%14) olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanının fiziki koşullarının doktor ile kurulan iletişime etki düzeyi konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %29.25 oranında olup, etki düzeyini 'Az Etkili' (%16) ve 'Hiç Etkisi Yok' (%13) seçenekleriyle ifade etmişlerdir. Yürütülen lojistik regresyon analizine göre, anlamlı bulunan sonuçlar Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu (Bkz. Tablo 6.37) verilerine göre önemliden önemsiz'e göre sıralanmıştır. Muayene mekanının fiziksel koşullarının doktor ile kurulan iletişimdeki katkı sıralamasının aşağıdaki gibi olduğu gözlenmiştir:

1. Rahat mobilyaların kullanılması (126_1) (Oran: 4,9236)
2. Görüşme mekanında uygun renklerin kullanılması (s125_1) (Oran: 4,6376)
3. Görüşmenin sessiz bir ortamda yapılması (s122_1) (Oran: 4,3162)
4. Mekanda farklı görüşme alanlarının bulunması (s121_1) (Oran: 3,8997)
5. Görüşme mekanının yeterli biçimde aydınlatılması (s123_1) (Oran: 3,8847)
6. Görüşme mekanının yeterli biçimde havalandırılması (s124_1) (Oran: 3,6223)

İkinci hipotez olan, 'Muayene odalarının mekan kurgusunun hasta-doktor arasında iletişim kurabilmek için gereken mahremiyet hissi üzerindeki etkisinin derecesi ve gerekçesi' sorularına; katılımcılar toplamda yaklaşık %91.50 oranında mekan

kurgusunun hasta-doktor arasında iletişim kurabilmek için gereken mahremiyet hissi üzerindeki etki düzeyini 'Kabul Edilebilir' (%21), 'Korunuyor' (%61) ve 'Çok Fazla Korunuyor' (%9.50) olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekan kurgusunun hasta-doktor arasında iletişim kurabilmek için gereken mahremiyet hissi üzerindeki etki düzeyi konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %8.50 oranında olup, etki düzeyini 'Az Korunuyor' (%5.50) ve 'Çok Az Korunuyor' (%3) seçenekleriyle ifade etmişlerdir. Yürütülen lojistik regresyon analizine göre, anlamlı bulunan sonuçlar Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu (Bkz. Tablo 6.45) verilerine göre önemliden önemsizye göre sıralanmıştır. Muayene mekanında kişisel mahremiyetin korunmasına yönelik sıralamanın aşağıdaki gibi olduğu gözlenmiştir:

1. Kurum olarak hastane benim mahremiyetimi sağlar (s141_1) (Oran: 2,2923)
2. Mahremiyetimin korunması tıp etiği kuralları gereğidir.(s145_1) (Oran: 1,9371)
3. Doktorum mahremiyetimi sağlar (s142_1) (Oran: 1,4312)

Verilere göre, anket formunda sağlanan aşağıdaki:

- Mekanın düzenlemesi mahremiyetimi sağlar,
- Muayenem sırasında kimsenin içeri giremeyecek olması mahremiyetimi sağlar,
- Muayene mekanında bulunan paravanlar/separatörler mahremiyetimi sağlar

seçeneklerinden hiçbiri katılımcılar tarafından anlamlı bulunmamış ve bu nedenle değerlendirmeye alınmamıştır.

Üçüncü hipotez olan, 'Muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyinin doktorla kurulan iletişime etkisinin derecesi ve gerekçesi' sorularına; katılımcılar toplamda yaklaşık %94.75 oranında muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyinin doktorla kurulan iletişime etkisi düzeyini 'Kabul Edilebilir' (%18.75), 'Güvenli' (%60.75) ve 'Çok Güvenli' (%15.25) olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanında hastaların kendilerini güvende hissetme düzeyinin doktorla kurulan iletişime etkisi düzeyi konusunda olumsuz fikir beyan eden

katılımcılar ise %5.25 oranında olup, etki düzeyini 'Az Güvenli' (%4) ve 'Çok Güvensiz' (%1.25) seçenekleriyle ifade etmişlerdir. Yürütülen lojistik regresyon analizine göre, anlamlı bulunan tek sonuç Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu (Bkz. Tablo 6.53) verisine göre gösterilmiştir. Muayene mekanında kendini güvende hissetme düzeyine yönelik tek anlamlı sonuç:

- Doktorum kendimi güvende hissetmemi sağladı (s167_1) (Oran: 2,6362)

biçiminde katılımcılar tarafından tercih edilmiştir. Verilere göre, anket formunda sağlanan aşağıdaki:

- Mekân kendimi güvende hissetmemi sağladı,
- Mekandaki aydınlatma düzeyi kendimi güvende hissetmemi sağladı,
- Kapının kapalı olması kendimi güvende hissetmemi sağladı,
- Mekanın sessiz olması kendimi güvende hissetmemi sağladı,
- Mekanın ısı düzeyinin uygun seviyede olması kendimi güvende hissetmemi sağladı,
- Ben muayene olurken kimsenin giremeyeceğini bilmek kendimi güvende hissetmemi sağladı,
- Kendimi güvensiz hissetmek için bir sebep yok

cevaplarından hiçbiri katılımcılar tarafından anlamlı bulunmamış ve bu nedenle değerlendirmeye alınmamıştır.

Dördüncü hipotez olan, 'Muayene olunan mekanın fiziki koşullarının alınan sağlık hizmetine olumlu etkilerinin derecesi ve gerekçesi' sorularına; katılımcılar toplamda yaklaşık %85.50 oranında mekanın fiziki koşullarının alınan sağlık hizmetine olumlu etki düzeyini 'Kabul Edilebilir' (%25), 'Yeterli' (%47.75) ve 'Çok Yeterli' (%12.75) olarak değerlendirmişlerdir. Muayene mekanı kurgusunun hasta-doktor arasında iletişim kurabilmek için gereken mahremiyet hissi üzerindeki etki düzeyi konusunda olumsuz fikir beyan eden katılımcılar ise %14.50 oranında olup, etki düzeyini 'Yetersiz' (%10.25) ve

'Çok Yetersiz' (%4.25) seçenekleriyle ifade etmişlerdir. Yürütülen lojistik regresyon analizine göre, anlamlı bulunan sonuçlar Maksimum Olabilirlik Kestiriminin Analizi Tablosu (Bkz. Tablo 6.61) verilerine göre önemliden önemsizye göre sıralanmıştır. Muayene ortamının fiziki koşullarında alınan sağlık hizmetinin yeterliliği düzeyine yönelik sıralamanın aşağıdaki gibi olduğu gözlenmiştir:

1. Mekanın sessiz olması (s184_1) (Oran: 2,8813)
2. Mekanın ısı düzeyi (s183_1) (Oran: 2,3263)
3. Mekanın temiz olması (s181_1) (Oran: 1,3991)
4. Görüşme mekanının yeterli biçimde havalandırılması (s124_1) (Oran: 1,0668)

Verilere göre, anket formunda sağlanan aşağıdaki:

- Mekanın aydınlatma düzeyi,
- Mekanda kullanılan renkler,
- Mekanda kullanılan mobilyalar

seçeneklerinden hiçbiri katılımcılar tarafından anlamlı bulunmamış ve bu nedenle değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma sonunda katılımcılardan elde edilen bilgilerin daha etkili biçimde ifade edilmesi amacıyla sorulara verdikleri cevapların % olarak ifade edildiği Tablo 7.1. hazırlanmıştır. Böylece, mekanın fiziki koşullarıyla ilişkili olarak sorulan aydınlatma, akustik, havalandırma sorularına verilen cevapların dağılımı ile hipotez sorularına verilen cevapların dağılımının tek bir tablo ile bir arada ifade edilmesi amaçlanmıştır.

ARAŞTIRMA SONUÇLARI DEĞERLENDİRME TABLOSU	ARAŞTIRMA SONUÇLARI DEĞERLENDİRME TABLOSU				ARAŞTIRMA SONUÇLARI DEĞERLENDİRME TABLOSU			
	Çok Rahatsız Çok Kötü Çok Gürültülü Hiç Etkisi Yok (%)	Rahatsız Kötü Gürültülü Az Etkili (%)	Kabul Edilebilir (%)	Rahat İyi Sessiz Etkili (%)	Çok Rahat Çok İyi Çok Sessiz Çok Etkili (%)			
Muayene Mekanının Fiziksel Özelliklerinin Değerlendirilmesi	2%	13%	37%	38%	8%			
Muayene Mekanının Aydınlatma Düzeyinin Değerlendirilmesi	4%	7%	28%	50%	12%			
Muayene Mekanının Akustik Düzeyinin Değerlendirilmesi	1%	17%	50%	25%	4%			
Muayene Mekanının Havalandırma Düzeyinin Değerlendirilmesi	3%	19%	36%	33%	8%			
Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının İçeride Geçirilen Süreyi Etkileme Düzeyinin Değerlendirilmesi	3%	13%	26%	45%	11%			
Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Doktor İle Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Değerlendirilmesi (H1)	13%	16%	20%	37%	14%			
Muayene Odalarının Mekan Kurgusunun Hasta - Doktor Arasında İletişim Kurabilmek için Gereken Mahremiyet Hissi Üzerindeki Etki Düzeyinin Değerlendirilmesi (H2)	3%	5.5%	21%	61%	9.5%			
Muayene Mekanında Hastaların Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyinin Doktorla Kurulan İletişime Etki Düzeyinin Değerlendirilmesi (H3)	1.2%	4.0%	18.8%	60.8%	15.2%			
Muayene Mekanının Fiziki Koşullarının Alınan Sağlık Hizmetine Olumlu Etkilerinin Değerlendirilmesi (H4)	4.2%	10.2%	25%	47.8%	12.8%			

Tablo 7.1.: Araştırma Sonuçları Değerlendirme Tablosu

Tez çalışması kapsamında oluşturulan dört hipotezin her biri gerekli istatistiksel yöntemler kullanılarak sınanmıştır. Bu sınamaların sonucunda oluşturulan dört hipotezin tamamının geçerli olduğu ispatlanmıştır. Genel bir değerlendirme olarak, hastaların hastaneye öncelikle doktor tavsiye edildiği için ağırlıklı olarak geldikleri tespit edilmiştir. Hastaların Hacettepe Hastanesine duydukları güven, ikinci önem sırasında orada bulunmalarını açıklamaktadır. Hastaların hastaneyi kullanma sebeplerinden üçüncüsü ise doktorun eski bir hastası olmaları ve başka bir şikayet üzerine tekrar serviste

bulunmaları olarak öne çıkmaktadır. İlk defa doktorun tavsiye edilmesi üzerine gelen hastalar ve doktorun eski hastası olup da yeni şikayet üzerine tekrar gelenlerin oransal toplamları toplam kullanıcıların %53'ünü oluşturmaktadır ki, sadece bu sonuç bile başlı başına kalifiye doktorların sağlık sistemindeki önemine dikkat çekmektedir. Yetişmiş, konusunda uzman doktorların varlığı, her kurum için öncelikli bir tercih olarak öne çıkmaktadır.

Muayene mekanlarının fiziki koşullarının içeride doktorla hasta arasında kurulması gereken iletişimde etkili olduğu bulgusu öne çıkmaktadır. İletişimde en etkili unsurun mekan içinde kullanılan mobilyaların rahat olması, görüşme mekanında uygun renklerin kullanılması, görüşmenin sessiz bir ortamda yapılması ve mekanda farklı görüşme alanlarının bulunması unsurlarının, iletişimi olumlu yönde etkilediği anlaşılmaktadır. İnsanların fiziksel olarak mekanda rahat etmeleri ise, mekan aydınlatması ve havalandırmanın yeterli biçimde yapılması sayesinde gerçekleşmektedir. Mekanda farklı görüşme alanlarının bulunmasının hem muayenenin daha kapsamlı olarak yapılmasına katkıda bulunacağı hem de hastalardaki güven duygusu üzerinde olumlu bir etki olarak ortaya çıkacağı beklentisi doktorlarla yapılan görüşmelerde dile getirilmiş olmakla birlikte araştırma sonuçları bu yönde bir sonuç oluşturmamıştır.

Hastanenin Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi kliniği hastalarının % 50 sini oluşturan çocuk hastalar, doğumsal problemler dolayısı ile çok küçük yaşlardan itibaren uzun süreli tedavileri için kliniği ziyaret etmektedir. Araştırma sonuçları incelendiğine çocuk hastaların ebeveynleri tarafından doldurulan anket formlarında mekânsal unsurların, (mekânda kullanılan renkler ve mekânda kullanılan mobilyalar) özellikle belirgin biçimde öne çıktığı gözlemlenmiştir. Çocuk hastaların ebeveynleri çoğu zaman bebek arabası ile muayene odalarına girmek durumunda kalmaktadırlar. Mevcut fiziki koşullar çocuklu ebeveynlerin ihtiyaçlarını karşılamak konusunda yetersiz kaldığı için bu katılımcılar tarafından doldurulan formlarda mekânsal vurgular belirgin biçimde öne çıkmaktadır.

Hastane kurumuna bir kez girdikten sonra, hastaların kişisel mahremiyetlerinin korunması misyonunda hastaneyi muhatap olarak görmesi, araştırmanın oluşturduğu bir diğer önemli sonuçtur. Hasta mahremiyetinin korunmasının zaten tıp etik kuralları

gereğince yapılması gerektiği ikinci ağırlıkta tercih edilmiş ve mahremiyetin doktor tarafından sağlanacağı beklentisi üçüncü ağırlıkta olmak üzere tercih edilmiştir. Bu tercih de hastaların kişisel mahremiyetlerinin korunması konusunu; bireysel bir çaba olmaktan ziyade, kurumsal ve evrensel bir sistem olarak değerlendirmeleri sonucuna işaret etmektedir.

Muayene mekanında doktor ve hasta arasında kurulan güven duygusu, araştırma sonuçları arasında en dikkat çekici olanıdır. Bu sonuca göre, hastaların kendilerini güvende hissetmelerindeki yegane etken doktor olarak gözlenmiştir. Hasta ve doktor iletişimde güven duygusunun tesis edilmesinde ne mekanın aydınlatma, akustik, ısı derecesi veya renkleri gibi fiziksel niteliklerinin, ne mobilyalarının, ne mekanın kapısının kapalı olması gibi simgesel öğelerin hiçbirisi diğerlerinden ayrılır şekilde öne çıkmamıştır. Fakat yapılan değerlendirmelerde, katılımcıların ilk üç tercihi içerisinde ilk sırada olmasa da mutlaka bir mekânsal unsur vurguladıkları görülmektedir. Hasta ve doktor arasında kurulması önemli olan güven duygusunun gelişmesinde doktor ve hastanenin önemi yadsınamaz. Fakat bununla beraber, bireyin kendini güvende hissederken tanımladığı parametreler arasında mekana ait bir unsur mutlaka bulunmaktadır. Hastaların hastanenin ilgili servisini tercih etmelerinde, kurum olarak hastaneyi değil, çok büyük bir oranda doktoru tercih ediyor olmaları da bu çalışmanın anlamlı sonuçlarından biridir.

Hastalar muayene yapılan mekanda aldıkları sağlık hizmetindeki en önemli unsurların sırasıyla: mekanın sessiz olması, mekanın ısı düzeyi, mekanın temiz olması ve yeterli havalandırmanın yapılması olduğunu ifade etmişlerdir. Mekandaki fiziksel unsurlardan mobilyalar, kullanılan renkler ve aydınlatma düzeyi ise anlamlı sonuçlar üretmemiştir. Muayene mekanında sağlanacak çevre gürültüsü ve kargaşasından arındırılmış bir ortamın, hastaların gözünde hizmet kalitesini etkileyen en önemli unsur olması önemli bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Bu noktada, hastaların muayene mekanlarında aldıkları sağlık hizmetini değerlendirirken; çevrelerini algılamakta kullandıkları duyma yetisini en büyük oranda kullandıkları, ikinci sırada, ciltleri sayesinde mekanın ısı durumunu algıladıkları, görme ve hissetme yetileriyle mekanın temizliğini algıladıkları ve koku alma hisleri ile mekanın uygun biçimde havalandırıldığını ve ortamda istenmeyen kokuları tespit etmeleri araştırma bulgularından çıkartılabilecek önemli bir diğer sonuç olmuştur.

Çalışmanın çarpıcı sonuçlarında bir tanesi de anketin 7. sorusu ve 17 sorusunun cevaplarını karşılaştırdığımızda karşımıza çıkmaktadır. Muayene mekânının fiziksel koşullarını rahatsız ve çok rahatsız olarak değerlendiren katılımcılar, muayene mekânının fiziki koşullarında aldığı sağlık hizmetini de çok yetersiz ve yetersiz olarak değerlendirmektedirler. Bu bulgu ile aslında mekânsal unsurların, bireylerin aldığı sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik algısına önemli, ölçüde katkıda bulunduğu söylenebilir.

Bir diğer önemli bulgu da anketin 3. sorusu ve 17. sorusuna verilen cevapların karşılaştırılması ile ulaşılan bulgudur. Eğitim seviyesi üniversite, yüksek lisans veya doktora seviyesinde olan katılımcıların, muayene oldukları mekânın fiziksel koşullarını büyük oranda rahatsız veya çok rahatsız olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça mekânsal farkındalık veya mekânsal beklentilerin yükseldiği birçok akademik çalışma tarafından ortaya konmuş bir bulgudur. Bu çalışmanın sonuçları da eğitim seviyesi yüksek olan katılımcıların, mekânın fiziki koşulların yetersiz bulunduğunu ortaya koymuş ve benzer nitelikteki çalışmaları destekleyen bir sonuca ulaşılmıştır.

Bu çalışma kapsamında insanları sağlıklı duruma getirmek amacıyla hizmet veren hastane yapılarının içindeki muayene mekânları ele alınmıştır. Hasta insanların şifa bulmak amacıyla doktorlarla yaptıkları özel görüşmelerin gerçekleştiği muayene alanlarının özellikle insan-mekân iletişimi bakımından çok özellikli bir konuma sahip olduğu düşünülmektedir. Bu alanlarda hastaların ve doktorların farklı beklentilerini karşılamak adına önce bu taleplerin ne olduğu üzerinde yürütülen bu ve benzeri çalışmaların gerçekleştirilmesinin, yeni muayene mekânlarının tasarım ve uygulaması alanlarında yol gösterici nitelikte olacağı değerlendirilmektedir.

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik (PRE) Cerrahi kliniğinde uygulanan bu çalışmanın benzerlerinin diğer kliniklerde de uygulanması, içmimari alanında sağlık yapılarında yapılacak başka çalışmalara da yol gösterici nitelikte olacaktır. Uygulanan muayene pratiği nedeniyle farklı mekânsal çözümlere ve alanlara ihtiyaç duyulmasından ötürü seçilen PRE Cerrahi klinikleri ile benzer mekânsal ihtiyaçları olduğu düşünülen kadın doğum ve kardiyoloji kliniklerinde de benzer şekilde içmimari disiplini alanında güncel çalışmalar yapılması sayesinde değerli sonuçlar elde edilebilecektir.

KAYNAKÇA

- Agresti, A. (2007). *An Introduction to Categorical Data Analysis*. 2nd Ed. John Wiley & Sons, New Jersey.
- Akyay, N., (1982). *Osmanlı İmparatorluğu'nda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar*. H. Ü. Toplum Hekimliği Bölümü Yayınları No:20, Ankara.
- Alrubaiee, L., ve Alkaa'ida, F. (2011). The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality – Patient Trust Relationship. *International Journal of Marketing Studies* Vol. 3, No:1 February.
- Altaş, N. E. ve Özsoy, A., (1998). Spacial Adaptability and Flexibility as Parameters of User Satisfaction for Quality Housing, *Building Environment*, 33: 315-323.
- Altaş, N. E., (1994). Kalite Kavramı Üzerine Bir İnceleme: Fiziksel Çevrede Kalite Parametreleri Modeli, *Journal of İstanbul Technical University*, 52: 37-48.
- Altuğ, N. ve Erdem, Ş., (2007). *Hasta Tatmini ve Trakya Hastanesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Bir Araştırma. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiriler*. Gökçekuş, H. ve Arasil, T. Eds. Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Vakfı, Lefkoşa: 485-496.
- Arcan, E.F. ve Evcı, F., (1999). *Mimari Tasarıma Yaklaşım*. Tasarım Yayın Grubu, İstanbul.
- Arditi, D. ve Günaydın, H. M., (1998). Factors That Affect Process Quality in the Life Cycle of Building Projects. *Journal of Construction Engineering and Management*, 124-3: 194-203.
- Aydınlı, S., (1993). *Mimarlıkta Estetik Değerler*. İ.T.Ü. Mimarlık Fak. Baskı Atölyesi, İstanbul.

- Ayhan,S.,(2006). *Sıralı Lojistik Regresyon Analiziyle Türkiye'deki Hemşirelerin İş Bırakma Niyetini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü
- Aytuğ, A., (1990). *Yaşlı Yurtlarındaki Kişisel Yaşam Alanının Kullanıcının Fiziksel ve Psiko-Sosyal Gereksinmelerine Göre Değerlendirilmesi*. Y.T.Ü. Baskı Atölyesi, İstanbul.
- Bakema, J. B., (1977). *Housing in the Netherlands 1900-1940*. Ed. Grinberg, D.I., yeniden basım., Delft University Press, Amsterdam.
- Barak,N. A., (2005). *Sıralı ve Multinomial Logit Modeller Üzerine Bir Uygulama*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Başaran, İ., (1982). *Örgütsel Davranış*. A. Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları, No: 108, Ankara.
- Becker, H. S., (1960). Notes on the Concept of Commitment. *American Journal of Sociology*. 66: 32-42.
- Bircan, H., (2004). Lojistik Regresyon Analizi: Tıp Verileri Üzerine Bir Uygulama, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*: 185-208.
- Bolak, O.. (1950). *Hastanelerimiz: Eski Zamanlardan Bugüne Kadar Yapılan Hastanelerimizin Tarihi ve Mimari Etüdü*, İstanbul Matbaacılık, İstanbul.
- Chrinsenten, R.. (1997). *Log-Linear Models and Logistic Regression*. Springer-Verlag, New York.
- Conti, J. P., (2006). The Internet of Things: Does Getting the World's Machines Online Make Sense? *IET Communications Engineer*. Dec./Jan. 07: 20-25.
- Crosby, P.B., (1996). *Quality is Still Free*. Mc Graw Hill Publishing Company, New York.

Cüceloglu, D., (1993). *İyi Düşün, Doğru Karar Ver*. Sistem Yayıncılık, İstanbul.

Çağlar, Y., (2012). *Hastane Binalarında Yeme İçme Alanlarının Kullanıcı Memnuniyeti Açısından Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.T.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Çetin, D. F. (1999). *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ünitelerinde Değişen Kullanıcı Gereksinimlerine Bağlı Esnek Tasarlama Faktörlerinin Belirlenmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.

Çoruh, M., (1998). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilmeli? *Modern Hastane Yönetimi*, Ankara, 2(2): 2-3.

Çoşar, N. (2002). Döşeme Kaplamalarının İşlevsellik Açısından Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.

Demirhan, A. ve Elçioğlu, Ö., (2003). *Hasta Hakları - Çağdaş Tıp Etiği*. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul: 86-117.

Denison, R., (1996). Organizational climate? A Native's Point of View on a Decade of Paradigm Wars. *Academy of Management Review*, 21: 619-654.

Derrida, J. ve Eisenman, P., (1997). *Chora I Work*. Monacelli Press, New York.

Diette, G.B., Lechtzin, N., Haponik, E., Devrotes, A., Rubin, H.R., (2003). Distraction Therapy with Nature Sights and Sounds Reduces Pain During Flexible Bronchoscopy: *A Complementary Approach to Routine Analgesia*. *Chest* 123: 941-948.

Dorman, J., (2003). Testing a Model for Teacher Burnout. *Australian Journal of Educational and Developmental Psychology*, 3: 35-47.

Douglas, C., H., (2004). Patient-friendly Hospital Environments: Exploring the Patients' Perspective. *Health Expectations Journal*, Vol. 7, Mart: 61-73.

Dworkin, A. G., (2001). Perspectives on teacher burnout and school reform. *International Education Journal*, 2: 69-78.

Eczacıbaşı Sanat Ansiklopedisi, (1997). YEM Yayın, İstanbul.

Eisenman, P., (1977). House IV. *Progressive Architecture*, 58/6: 57-67.

Engel, G. L., (1977). The Need for a New Medical Model. *A Challenge for Biomedicine. Science*, 196: 129-136.

Entwistle, V., ve Quick, O., (2006). Trust in the Context of Patient Safety Problems. *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 20 No. 5: 397-416.

Ergenoğlu, S., (2006). *Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.

Esatoğlu, A., Ersoy, K., (1997). Hasta Tatmininin Ölçülmesi. Çoruh, M. Ed., *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 61-71.

Fechner, G. T., (1966). *Elements of Psychophysics* (H. E. Adler, Çev.): Holt, Rinehart ve Winston, (Orijinal basım 1860) New York.

Fitch, J. M., (1972). *The American Building: Environmental Forces That Shape It*. Schocken Books, N.Y.

- Foucault, A., (1995). *Hermeneoitik Yorum - Bilim Üzerine Yazılar*, Der. ve Çev. Özlem, D. Ark Yayınevi, Ankara.
- Freud, S., (1935). *Symbolism In Dreams, A General Introduction to Psycho-Analysis*, Eds. J. Riviere. Liveright Publishing, New York.
- Freudenberger, H. J., (1975). The Staff Burn-Out Syndrome in Alternative Institutions. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12: 73-82.
- Friedman, I. A., (2000). Burnout in Teachers: Shattered Dreams of Impeccable Professional Performance. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 56: 595-606.
- Gerrig, R.J. ve Zimbardo, P.G., (2015). *Psikolojiye Giriş: Psikoloji ve Yaşam*, Çev. Sart G., Nobel Akademik Yayıncılık Eğ. Dan. Tic. Ltd. Şti., Ankara.
- Gins, A. and Gins, M., (1979). *The Mechanism of Meaning*. Hanry N. Abrams Inc. New York.
- Goethe, J. W., (1940). *Theory of Colours*. Çev. Charles Lock. Eastlake, London.
- Gülşen, A., (1999). Son Dönem Mimarlık Eğilimleri ve Anlam-Beğeni Kavramlarının Türk Mimarisindeki Yansımaları, *Mimar, Anlam, Beğeni Sempozyumu*, Türk Serbest Mimarlar Derneği, Ankara, 11-12 Nisan: 82-85.
- Gür, S. Ö., (1996). *Mekan Örgütlenmesi*. Gür Yayıncılık, Trabzon.
- Gür, S. Ö., (2000). *Konut Kültürü*. YEM Yayın, İstanbul.
- Hall, M. A., (2005). The Importance of Trust for Ethics, Law and Public Policy. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Vol. 14 No. 2: 156-167.

Hellard, R.B., (1994). *Total Quality in Construction Projects*. Telford Press, London.

Helman, C. G., (1981). Disease Versus Illness in General Practice. *J. R. Coll. General Practice*, 31: 548-552.

Hensher, M., Fulop N., Coast, J., Jeffreys E., (1999). *The Hospital of the Future: Better Out Than In? Alternatives to Acute Hospital Care*. *BMJ* 319: 1127-1130.

Hersberger, R.G., (1974). Predicting the Meaning of Architecture, *Designing for Human Behavior*, Eds. J.Lang, Dowdwn, Hutchinson and Ross, Inc., Stroudsburg: 147-200.

Hesselgren, S., (1969). *The Language of Architecture*. Applied Science Publishers Ltd., Barking-Essex, England: 329.

Hosmer, D. W. ve Lemeshow, S., (2000) *Applied Logistic Regression*, Second Edition, Wiley, New York.

İnceoglu, Y., (2004). *Konut Yapım Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi: Kalite Fonksiyon Yayılımı Metodolojisinin Sektöre Uyarlanması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.T.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

İzgi, U., (1999). *Mimarlıkta Süreç, Kavramlar - İlişkiler*. YEM Yayınları, İstanbul.

Jencks, C. ve Baird, G., (1970). *Meaning in Architecture*. Barrie & Rockliff Cresset P. Jenkins, London.

Juran, J.M., (1992). *Quality by Design*. The Free Press, Maxwell, Macmillan, New York.

Kalaycı, Ş. (Ed.), (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Asil Yayın Dağıtım, Ankara.

Kalaycı,Ş., (2010) *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara.

- Karaman, S., (2009). Sağlık Yapılarında Konfor Koşullarının Sağlanması Üzerine Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü.
- Katner, R. M., (1968). Commitment and Societal Organization: A Study of Commitment Mechanism in Utopian Communities. *American Sociological Review*, 33: 499-517.
- Kazanasmaz, Z. T., Düzgüneş, A., (2009). Hasta Bakım ve Tedavi Ünitelerinin Verimli Tasarlanması, *Megaron*, Cilt 4, Sayı 1: 52-60.
- Kent, S., (1991). Partitioning Space: Cross-Cultural Factors Influencing Domestic Spatial Segmentation, *EB*, 23/4: 438-473.
- Kınay, B., (2009). *Mali Başarısızlığın Belirlenmesinde Sıralı Logit Model Yaklaşımı*, TÜİK, 18. İstatistik Araştırma Sempozyumu Bildiriler Kitabı: 337-351.
- Kleinbaum, D.G., Klein, M., (2002). *Logistic Regression A Self-Learning Text*, 2nci Baskı, Springer, New York.
- Kuruçelik, G., (2009). Hastanelerin Acil Servis Tasarımında Bir Kalite Değerlendirme Modeli, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Leland, M. R., (2000). *Mimarlığın Öyküsü*. Çev. Ergün Akça, Kabalıcı Yayınevi, İstanbul.
- Lipman, A., (1974). The Architectural Belief System and Social Behavior, in *Designing for Human Behavior*. Eds. Lang, J., Burnette, C., Moleski, W., Vachon, D., Dowden, Hutchinson & Ross, Inc. Stroudsburg, Pennsylvania: 23-30.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. ve Lieter, M. P., (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.

Mc George D. & Palmer, A., (1997). *Construction Management- New Directions*. Blackwell Science, Oxford.

McCullagh, P., (1980) Regression Models for Ordinal Data. *Journal of the Royal Statistical Society*. Seri B Sayı 42(2): 109-142.

McKee, M., Healy J., (2002). *Hospitals in a Changing Europe*. Open University Press, Buckingham.

McLaughlin, C. P. ve Kaluzny, A. D., (1990). Total Quality Management in Health: Making it Work. *Healthcare Management Review*, 15(3):7-14.

Morgan, R., Hunt, S., (1994). The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58(3): 20-38. doi:10.2307/1252308

Murphy, K. R., (2007) Organisational Psychology's Greatest Hits and Misses: A Personal View. Glendon, I. A., Thompson, B. M., Myers, B. Eds. *Advances in Organisational Psychology*, Australian Academic Press, Avustralya: 11-35.

Neisser, U., (1976). *Cognition, Reality, Principles and Implications of Cognitive Psychology*. Freeman Press, San Francisco.

Oshagbemi, T., (1999). Overall Job Satisfaction: How Good Are Single Versus Multiple-İtem Measures? *Journal of Managerial Psychology*, 14(5): 388-403. MCB. University Press, doi:0268-3946.

Özdamar, K., (2013), *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*, Cilt 1, Kaan Kitabevi, Eskişehir.

Özgen, E., (2014). *Sağlık Yapılarının Genel Mekan Tasarımlarının Kullanıcılar Üzerindeki Etkisi İle Hacettepe Tıp Fakültesi Hastanesi 7 No.'lu Kapı Girişinin Düzenlenmesine Bir Öneri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Ü. Güzel Sanatlar Enstitüsü İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Anabilim Dalı, Ankara.

Özsoy, A., Altaş, N., Ok, V. ve Pulat, G., (1995). *Toplu Konutlarda Davranışsal Verilere Dayalı Nitelik Değerlendirmesi*. TUBİTAK, INTAG Araştırma Raporu, Prj. No.102, İstanbul.

Paralık, C. ve Bekiroğulları, Z., (2007). *Analysis of Job Satisfaction, Organizational Commitment, Organizational Citizenship Behaviours and Turnover Intentions of Health Educators in North Cyprus*. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiriler. Gökçekuş, H. ve Arasil, T. Eds. Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Vakfı, Lefkoşa: 467-475.

Peirce, C. S., (1955). *Philosophical Writings of Peirce*. J.Buchler Press, New York.

Porter, T., (1997). *The Architect's Eye*. E&FN Spon, London.

Price, J. L. ve Mueller, C. W., (1981). A Causal Model of Turnover for Nurses. *Academy of Management Journal*, 24 (3): 543-565.

Rapoport, A., (1990). *History and Precedent in Environment Design*. Plenum Press, New York.

Redhouse Büyük El Sözlüğü, (1997). Redhouse Yayınevi, İstanbul.

Robbins, S. P., (2000). *Essentials of Organizational Behaviour*. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

Rosenfield, I., (1969). *Hospital Architecture and Beyond*, Van Nostrand Company, New York.

Sağlık Bakanlığı, (1993). *Türkiye Ulusal Sağlık Politikası: Üçüncü Bin Yıla Hazırlanırken*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1982). *Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum*. Ankara.

Sahil, S. ve Dikmen, Ç. B., (2007). *Tıp Fakültesi Hastanelerinde Kullanıcı Memnuniyeti. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiriler*. Gökçekuş, H. ve Arasıl, T. Eds. Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Vakfı, Lefkoşa: 485-496.

Sanzo, M.J., Santos, M.L., Vazquez, R., ve Alvarez, L., (2003). The Role Market Orientation In Business Dynamic Relationships: Testing an Integrator Model. *Journal of Marketing Management*, 19: 73-107.

SAS Global Forum, (2012). *SAS Enterprise Guide with SAS On-Demand for Academics. Everything You Need to Know After "It's Free": 152*

Scczot, F. H., (1972). *Eléments Analytiques de L'espace Urbain*, Editions D. Vincent et Cie., Paris: 33.

Schaefer, R. T., (2010). *Sociology*, 12. Basım, Mc Graw-Hill, New York.

Schütz, A. ve Luckmann, T., (1983). *The Structures of the Life World*. Terc.: Zaner, R.M. ve Parents, D.J. IL: Northwestern University Press, Evanston.

Simitch, A. ve Warke, V., (2014). *The Language of Architecture*. Rockport Publishers, Beverely, Massachusetts.

Sümbüloğlu, K. ve Akdağ, B., (2007). *Regresyon Yöntemleri ve Korelasyon Analizi*. Hatipoğlu Yayınları, Ankara.

Tall, R. T., (2000). *An Introduction to Healthcare Organisational Ethics*. Oxford University Press, New York: 133-134.

Taylor, S., Cronin, J., (1994). Modelling Patient Satisfaction and Service Quality. *Journal of Healthcare Marketing*. Spring, 14(1).

TDK Türkçe Sözlük, (1992), Milliyet Yayın, İstanbul.

Tengilimoğlu, D., (1997). Ankara'da bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi. Çoruh, M. Ed., *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*. Haberal Eğitim Vakfı, Ankara: 103-111.

Trachtenberg, F., Dugan, E., ve Hall, M. A., (2005). How Patients' Trust Relates To Their Involvement in Medical Care: Trust in The Medical Profession is Associated with Greater Willingness to Seek Care and Follow Recommendations. *Journal of Family Practice*, 54(4): 344-353.

Tüzen M. F., (2014). *Sıralı Lojistik Regresyon Analizi*. G.Ü. Fen Bilimleri İstatistik Anabilim Dalı, Ankara.

Uluoğlu, B., (1990). *Mimari Tasarım Eğitimi: Tasarım Bilgisi Bağlamında Stüdyo Eleştirileri*, Yayınlanmamış Doktora tezi, İ.T.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Uzunay, S., (2011). *Hastane Yapılarının Planlanması ve Hastanelerde Sirkülasyon*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ünügür, M., (1981). *Ergonometri Tekniklerinin Mimarlık Araştırmalarında Kullanılma Olanakları*. İ.T.Ü. Mimarlık Fakültesi Baskı Atölyesi, İstanbul.

Vroom, V. H., (1964). *Work and Motivation*. Wiley, New York.

Wahba, M. A. ve Bridwell, L. G., (1976). Maslow Reconsidered: a Review of Research on the Need Hierarchy Theory. *Organizational Behaviour and Human Performance*, 15: 212-240.

Watson, J. B., (1989). *Psychology from the Standpoint of Behaviorist*. Philadelphia: Lippincott.

World Health Report, (1998), WHO, Genevre.

Yanarates B.,(2003). *Mekan Dili ile Düşünmek*, Yapı, İstanbul: 265- 268.

Yerebakan, M., (2000). *Özel Hastaneler Araştırması*, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26, İstanbul.

Yücel, A., (1981). *Mimarlıkta Biçim ve Mekanın Dilsel Yorumu Üzerine*. İ.T.Ü. Yayını, İstanbul.

Zengin N., (2007). *Hasta Hakları. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiriler*. Editörler: Gökçekuş, H. ve Arasil, T., Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Vakfı, Lefkoşa: 1109-1114.

URL Kaynaklar:

AHA (American Hospital Association), 2000. *Redefining Hospital Capacity*. Trendwatch, Sep. Vol. 2, No.3 Adres: <http://www.aha.org/research/reports/tw/twsept2000.pdf>, Erişim Tarihi: 28.09.2016.

Hayran, O. Sağlık ve Hastalık Kavramları <http://www.merih.net/m1/wosmhay11.htm>, Erişim Tarihi: 12.12.2016.

Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" Resmi Tertip: 5, Gazete Tarihi: 15.05.1987, Sayısı: 19461, Adres: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.3359&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=sa%C4%9Fl%C4%B1k%20hizmetleri&Tur=1&Tertip=5&No=3359>, Erişim Tarihi: 29.09.2016.

Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, 2015. “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” <http://www.mevzuat.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 17.12.2016.

NHS Estates (2005), Ward Layouts with Single Rooms and Space for Flexibility. <http://www.sykehusplan.org>, Erişim Tarihi: 19.05.2017.

www.norusis.com/pdf/ASPC_v13.pdf, Ordinal Regression, Chapter 4: 69-89, Erişim Tarihi: 04.02.2017.

www.saglik.gov.tr -Hasta Hakları, Erişim Tarihi: 21.03.2017.

Seçim H., “Hastanelerin Tanımı Sınıflandırılması ve İşlevleri” http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=3059, Erişim Tarihi: 23.02.2015.

Seçim H., “Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri” <http://www.merih.net/m1/hastmod2.htm>, Erişim Tarihi: 17.03.2015.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2016 “Sağlık Tesisleri Güncel Listesi”. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/db83d3342f3a46c6a0e2d7b22593b46c.pdf>, Erişim Tarihi: 21.06.2015.

T.C. Sağlık Bakanlığı, “Sektörlere Göre 2014-2016 Ay Bazlı Yatak Doluluk Oranları” Genel Sağlık İstatistikleri –Özet Bilgiler. Adres: <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>, Erişim Tarihi: 28.09.2016.

www.thegarret.org.uk, Erişim Tarihi: 19.05.2017.

www.topboxdesign.com, Erişim Tarihi: 21.03.2017.

www.worldarchitecturenews.com, Erişim Tarihi: 21.03.2017.

<http://behnisch.com/work/projects/0248>, Erişim Tarihi: 03.05.2017.

<http://birliktasarim.com.tr/resimler/hacettepe-hastanesi/12>, Erişim Tarihi: 03.05.2017.

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co_108_en.pdf, Erişim Tarihi: 19.03.2017.

<http://willisnewson.co.uk/bristol-haematology-and-oncology-centre.html>, Erişim Tarihi: 21.03.2017.

http://www.hastane.hacettepe.edu.tr/plastik-cerrahi-ad_85.html, Erişim Tarihi: 17.03.2017.

<http://www.healthcaredesignmagazine.com/projects/acute-care/photo-tour-stonesprings-hospital-center>, Erişim Tarihi: 14.03.2017.

http://www.istatistikanaliz.com/ki-kare_analiz_testi.asp, Erişim Tarihi: 17.04.2016.

<http://www.restore.ac.uk/srme/www/fac/soc/wie/research-new/srme/modules/mod5/4/>, Erişim Tarihi: 04.04.2017.

[http://www.som.com/projects/Kings County Hospital Center](http://www.som.com/projects/Kings%20County%20Hospital%20Center), Erişim Tarihi: 15.05.2017.

<https://en.wikipedia.org/wiki/Lighting>, Erişim Tarihi: 14.02.2017.

<https://onlinecourses.science.psu.edu/stat504/node/149>, Erişim Tarihi: 15.11.2016.

<https://doyledickersonterrazzo.com>, Erişim Tarihi: 16.12.2015.

<https://s-media-cache-ak0.pinimg.com/originals>, Erişim Tarihi: 14.03.2016.

EK 1 Girişimsel Olmayan Etik Kurul Onay Kararı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 – 329

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 28 ŞUBAT 2017 SALI
Toplantı No : 2017/06
Proje No : GO 17/137 (Değerlendirme Tarihi: 14.02.2017)
Karar No : GO 17/137- 16

Üniversitemiz Güzel Sanatlar Fakültesi İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Bilge Sayıl ONARAN' ın sorumlu araştırmacı olduğu, K. Orkun AKTAŞ' ın doktora tezi olan, GO 17/137 kayıt numaralı, *“Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Muayene Odalarındaki Hasta-Doktor İletişimine Mekanın Etkisi Üzerine Bir Alan Çalışması”* başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet AĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| İZİNLİ | İZİNLİ |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK 2 Anket Formu

Anketör No:..... Form No:.....

PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ KLİNİĞİ MUAYENE ODALARINDAKİ HASTA - DOKTOR İLETİŞİMİNE MEKANIN ETKİSİ ANKETİ

Anketin amacı; Hacettepe Üniversitesi İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Bölümü'nde yürütülen "Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Kliniği Muayene Odalarındaki Hasta - Doktor İletişimine Mekanın Etkisi" isimli Doktora Tezi Çalışması kapsamında Hacettepe Üniversitesi Hastanesinin Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Kliniği Muayene Odalarının mekânsal düzenlemelerinin hasta-doktor iletişimindeki etkilerinin araştırılmasına yönelik özgün bir çalışma yapılmasıdır.

Anket formunda alınan bilgiler yalnızca istatistik amaçlı olarak kullanılacaktır.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

BÖLÜM I. Kişisel Bilgiler:

- 1- Cinsiyetinizi belirtiniz. (1) Kadın (2) Erkek
- 2- Bitirdiğiniz yaşınızı belirtiniz. (1) 18-30 (2) 31-40 (3) 41-50 (4) 51-60 (5) 61+
- 3- Bitirmiş olduğunuz eğitim düzeyinizi belirtiniz.
(1) İlköğretim (2) Lise (3) Üniversite (4) Yüksek Lisans (5) Doktora
- 4- Sosyal güvenlik durumunuzu belirtiniz.
(1) Sosyal Güvenlik Yok (2) SGK Sigortası (3) Özel Sağlık Sigortası (4) Diğer (Belirtiniz)

BÖLÜM II. Hastane ile İlgili Sorular:

5- Bu sağlık kuruluşunu seçmenizdeki nedenleri işaretleyiniz.

- (1) Hekimin Tavsiye Edilmesi (5) Fiziki konfor koşulları
(2) Hekimin Eski Hastası Olmak (6) Sosyal Güvenlik zorunlulukları
(3) Hastane tercihi (7) Diğer (Belirtiniz)
(4) Eve - İşe Yakın olması

6- Sağlık kuruluşundaki bu bölüme daha önce geldiniz mi?

- (1) Evet, Takip/Kontrol Hastasıyım (2) Evet, Başka bir nedenle (Eski/Önceki Hastalık) geliyorum
(3) Hayır, İlk kez geliyorum

BÖLÜM III. Muayene Mekanı ile İlgili Sorular

7- Muayene olduğunuz mekanın fiziksel koşullarını nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Çok Rahatsız (2) Rahatsız (3) Kabul Edilebilir (4) Rahat (5) Çok Rahat

8- Muayene olduğunuz mekanın aydınlatma düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Çok Kötü (2) Kötü (3) Kabul Edilebilir (4) İyi (5) Çok İyi

9- Muayene olduğunuz mekanın akustik (ses – gürültü) düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Çok Gürültülü (2) Gürültülü (3) Kabul Edilebilir (4) Sessiz (5) Çok Sessiz

10- Muayene olduğunuz mekanın havalandırma (sıcak/soğuk) düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Çok Rahatsız (2) Rahatsız (3) Kabul Edilebilir (4) Rahat (5) Çok Rahat


11- Muayene olduğunuz mekanın fiziki koşullarının hekim ile kurduğunuz iletişime etki düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Hiç Etkisi Yok (2) Az Etkili (3) Kabul Edilebilir (4) Etkili (5) Çok Etkili

(13. Sorudan Devam Ediniz)

12- Muayene olduğunuz mekanın fiziki koşullarının, hekim ile kurduğunuz iletişim etkiyi nasıl sağladığını düşünüyorsunuz? (Belirleyeceğimiz üç seçeneğe en önemli seçenek 1'den başlamak üzere önem sırasına göre 1,2,3 yazınız)

- (1) Mekanın farklı görüşme alanlarının bulunması (4) Görüşme mekanının yeterli biçimde havalandırılması
(2) Görüşmenin sessiz bir ortamda yapılması (5) Görüşme mekanında uygun renklerin kullanılması
(3) Görüşme mekanının yeterli aydınlatılması (6) Rahat mobilyaların kullanılması
(7) Diğer (Belirtiniz)

Lütfen arka sayfaya devam ediniz 

13- Muayene olduğunuz mekanda kişisel mahremiyetinizin korunma oranını nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Korunmuyor (2) Az Korunuyor (3) Kabul Edilebilir
(15. Sorudan Devam Ediniz) (4) Korunuyor (5) Çok Fazla Korunuyor

14- Muayene olduğunuz mekanda mahremiyetinizin korunduğunu düşünme sebebiniz aşağıdakilerden hangileridir? (Belirleyeceğimiz üç seçeneğe en önemli seçenek 1'den başlamak üzere önem sırasına göre 1,2,3 yazınız)

- (1) Kurum olarak hastane benim mahremiyetimi sağlar (5) Mahremiyetimin korunması tıp etiği kuralları gereğidir
(2) Doktorum mahremiyetimi sağlar (6) Muayene mekanında bulunan paravanlar/separatörler mahremiyetimi sağlar
(3) Mekanın düzenlemesi mahremiyetimi sağlar (7) Diğer (Belirtiniz)
(4) Muayenem sırasında kimsenin içeri giremeyecek olması mahremiyetimi sağlar

15- Muayene olduğunuz mekanda kendinizi güvende hissetme düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Güvensiz (2) Az Güvenli (3) Kabul Edilebilir
(17. Sorudan Devam Ediniz) (4) Güvenli (5) Çok Güvenli

16- Muayene olduğunuz mekanda kendinizi güvende hissetme sebebiniz aşağıdakilerden hangileridir? (Belirleyeceğimiz üç seçeneğe en önemli seçenek 1'den başlamak üzere önem sırasına göre 1,2,3 yazınız)

- (1) Mekan kendimi güvende hissetmemi sağladı (6) Ben muayene olurken kimsenin giremeyeceğini bilmek kendimi güvende hissetmemi sağladı
(2) Mekan daki aydınlatma düzeyi kendimi güvende hissetmemi sağladı (7) Doktorum kendimi güvende hissetmemi sağladı
(3) Kapının kapalı olması kendimi güvende hissetmemi sağladı (8) Kendimi güvensiz hissetmek için bir sebep yok
(4) Mekanın sessiz olması kendimi güvende hissetmemi sağladı (9) Diğer (Belirtiniz)
(5) Mekanın ısı düzeyinin uygun seviyede olması kendimi güvende hissetmemi sağladı

17- Muayene olduğunuz mekanın fiziki koşullarında, aldığınız sağlık hizmetini nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Çok Yetersiz (2) Yetersiz (3) Kabul Edilebilir
(19. Sorudan Devam Ediniz) (4) Yeterli (5) Çok Yeterli

18- Muayene olduğunuz mekanın fiziki koşullarından hangileri aldığınız sağlık hizmetini olumlu olarak etkilemektedir? (Belirleyeceğimiz üç seçeneğe en önemli seçenek 1'den başlamak üzere önem sırasına göre 1,2,3 yazınız)

- (1) Mekanın temiz olması (5) Mekanda kullanılan renkler
(2) Mekanın aydınlatma düzeyi (6) Mekanda kullanılan mobilyalar
(3) Mekanın ısı düzeyi (7) Diğer (Belirtiniz)
(4) Mekanın sessiz olması

19- Muayene olduğunuz mekanın fiziki koşullarının bu mekanda geçirdiğiniz süreyi etkileme seviyesini nasıl değerlendirirsiniz?

- (1) Etkili Değil (2) Az Etkili (3) Kabul Edilebilir
(4) Etkili (5) Çok Fazla Etkili

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Kurt Orkun Aktaş
Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara, 1973

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Endüstri Ürünleri
Tasarımı Bölümü
Yüksek Lisans Öğrenimi : Bilkent Üniversitesi, İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı
Bölümü
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce ve Fransızca
Bilimsel Faaliyetleri : **Yüksek Lisans Tezi:**

“Evaluation of implementing Virtual Reality technology to the education program of first and second year Interior Architecture students as an education tool; with the aim of assisting the development of their three dimensional perception.”, Haziran 1997.

Kitapta Bölüm:

Aktaş, K. O., (2014). Halfeti Şehrinin Tarih İçindeki Gelişimi, Güneydoğu Anadolu Projesinin Coğrafya Üzerindeki Etkileri ve Halfeti Şehrinin Gelecekteki Gelişim İmkanlarının Değerlendirilmesi. Bilge Sayıl Onaran (Derl.), *Sürdürülebilir Kent Modeli Olarak Urfa Halfeti'nin Yavaş Şehir (Citta Slow) Hareketi Bağlamında Değerlendirilmesi* içinde (s. 45-64). Ankara: Emek Ofset.

Yakın, Ö., Özdamar, M., Karaoğlu, Ö., Akdere, F. U., Aktaş, K. O., Demirci, B., Ozanözgü, N. (2015). Osmanlılar'daki İlk Toplu Konut: Akaretler Sıra Evleri Projesinin Geçmişten Günümüze Kentsel Bağlamda İrdelenmesi. Sanatın Değişkenleri Bağlamında Kentsel Adalet, (Bildiriler Kitabı). Hacettepe Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Yayınları, No:47, (s. 309-330). Ankara: Mattek Matbaacılık.

İş Deneyimi

Stajlar : **Samsonite N.A.** Fabrikada ürün tasarım stajı, Belçika, 1992.
Mimar Şefik Birkiye.Ofisi. Mimari büroda tasarım stajı, Belçika, 1993.

Projeler : **Aktaş Proje, Uygulama ve Danışmanlık**

Banka Şubesi Mimari Proje İşleri

Ziraat Bankası Trabzon Beşikdüzü Şube Tadilat Uygulama Projesi.....	2015
Ziraat Bankası Trabzon Çarşıbaşı Şube Tadilat Uygulama Projesi.....	2015
Ziraat Bankası Trabzon Şalpazarı Şube Tadilat Uygulama Projesi.....	2015
Ziraat Bankası Bursa Kurumsal Şube Tadilat Uygulama Projesi.....	2015
Ziraat Bankası Bursa OSB Girişimci Şube Tadilat Uygulama Projesi.....	2015
Ziraat Bankası Adana Yüreğir Şube Tadilat Uygulama Projesi	2014
Ziraat Bankası Ardahan Şube Mimari Uygulama Projesi	2014

Restaurant Proje İşleri

Liva İncek Şube İçmimari ve Uygulama Projesi	2017
Liva Bağlıca Şube İçmimari ve Uygulama Projesi.....	2017

Ticari Firmaların Ofis Proje ve Uygulama İşleri

Liva Akademi İçmimari ve Uygulama Projesi	2017
Ayesaş Fabrika içi Ofis Bölmeleri Proje ve Uygulaması	2014
Özçatak İnşaat Merkez Ofisi İçmimari Projesi.....	2014
Onur Yavaş Hukuk Bürosu İçmimari Projesi ve Uygulaması	2013
Atak Hukuk Bürosu İçmimari Projesi ve Uygulaması	2012
Ayesaş Fabrika Girişi Güvenlik Binası İçmimari Projesi ve Uygulaması	2012
Ayesaş Personel Girişi İçmimari Projesi ve Uygulaması	2012
Apron Turizm Ahşap İşleri İçmimari Projesi ve Uygulaması	2012
Alstom Ofisi Elektrik ve Sıhhi Tesisatının Bakım ve Onarımı	2011
Aydın Yazılım Yeni Fabrika Binası Tasarımı ve Uygulaması	2011
Kuanta A.Ş. Genel Merkez Binası İçmimari Projesi ve Uygulaması	2009
Areva Ofisi Yönetim Binasının İçmimari Projesi ve Uygulaması.....	2009
Areva Ofisi Yönetim Katı İçmimari Projesi ve Uygulaması	2008
Areva Ofisi Personel Katı İçmimari Projesi ve Uygulaması	2007
Aydın Yazılım Fabrikası İçmimari Projesi ve Uygulaması	2007

Resmî Kurumların Proje ve Uygulama İşleri

Etiler Orduevi Endüstriyel Mutfak Kurulumu	2016
--	------

Etiler Orduevi Ahşap İmalatları	2015
Etiler Orduevi Poster Basımı	2015
Çankaya Belediyesi Park ve Bahçeler Müdürlüğü	2015
Tapu ve Kadastro Genel Müdürlük Binası Makam, Özel Kalem, Bekleme Salonu ve Genel Alanların Tasarımını Kapsayan İçmimari Projesi	2013
T.C.D.D. Hızlı Tren Projesi Kumanda Merkezi İçmimari Projesi ve Uygulaması	2011
Tapu ve Kadastro Genel Müdürlük Binası Makam, Müze ve Genel Alanların Tasarımını Kapsayan İçmimari Projesi ve Uygulaması	2009

Mağaza Proje ve Uygulama İşleri

Koleksiyon Mobilya A.Ş. Ankara Mağaza İçmimari Proje Kontrolörlüğü	2015
ARÇELİK Elmaş A.Ş. Mağaza İçmimari Projesi ve Uygulaması	2012
HDS Lokman Hekim İçmimari Projesi / Atlantis AVM.....	2011
Gökay Saat Tadilat Projeleri / Kızılay AVM.....	2011
Anadolu Sofrası İçmimari Projesi / Kızılay AVM.....	2011
Moda Çanta İçmimari Projesi ve Uygulaması - Kentpark AVM	2009
YKM Aydın Mağaza Elektrikli Ev Aletleri Reyonu İçmimari Projesi ve Uygı.....	2008
YKM Kızılay Mağaza Ev Dekorasyon Katı İçmimari Projesi ve Uygulaması	2008
YKM Adana Mağaza Önü Satış Bankosu Tasarımı ve Uygulaması	2008
YKM Eskişehir Mağaza Ev Dekorasyon Katı İçmimari Projesi ve Uygulaması	2008
YKM İzmir Mağaza Ev Dekorasyon Alanı İçmimari Projesi ve Uygulaması	2008
YKM Adana Mağaza Elektrikli Ev Aletleri Reyonu İçmimari Projesi ve Uyg	2007
YKM İzmit Mağaza Elektrikli Ev Aletleri Reyonu İçmimari Projesi ve Uyg	2007

Toplu Konut Uygulama İşleri

Soyak Evo Star Projesi Makine Alçı, Saten Alçı ve Boya İşleri – İstanbul.....	2012 - 2013
Saudi Arabia Airlines Personel Konukevi İçmimari Konsept Proje – Suudi Arabistan	2012
Kamelya Blok Çatı Tadilatı – Çayyolu.....	2010
Park Vadi Batıkent Konutları Örnek Daire İçmimari Projesi ve Uygulaması	2007
Park Vadi Dikmen Konutları Örnek Daire İçmimari Projesi ve Uygulaması	2007

Konut Proje ve Uygulama İşleri

Melis Ece Evi Tadilatı – A. Ayrancı	2016
Sevim Ece Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması – A. Ayrancı.....	2015
Vuslat İbrahimioğlu Villası İçmimari Projesi ve Uygulaması – Beysukent	2015
Filiz-Oğuz Onaran Evi Tadilatı – G.O.P.	2014
Murat Aksoy Evi Tadilatı – G.O.P.	2013
Hamdi Sarıkardeşoğlu Evi Tadilatı – A. Ayrancı	2013
Selin-Murat Alataş Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması – A. Ayrancı.....	2013
Cihat Karadayı Dupleksi İçmimari Projesi– G.O.P.	2013
Özel Villa İçmimari Konsept ve Uygulama Projeleri– Suudi Arabistan	2012
Ebru-Tarık Öztürk Villası İçmimari Projesi ve Uygulaması – Gazi Mahallesi.....	2012
Rıfat Peşkircioğlu Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması - Dikmen	2011
Olca Altay Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması – Söğütözü	2011
Zuhal İplikçi Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması – A. Ayrancı.....	2011
Mürüvet Bayülker Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması – G.O.P.	2011
Nermin-Bülent Kılınçarslan Villası İçmimari Projesi ve Uygulaması – Çayyolu	2011
Mine-İlter Cambazoğlu Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması – Beysukent.....	2010
Fehime Mutdoğan Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması – Kızılay.....	2010
Funda - Hüseyin Bütüner Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması – Çeşme	2010
Evrin-Altuğ Çetinkaya Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması – Bilkent	2009
Oya-Metin Mısırdalı Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması - Çayyolu	2008
Park Vadi Dikmen Konutları Ahmet Sepil Evi İçmimari Projesi ve Uygulaması	2008

Kültür – Sanat Yapıları Proje ve Uygulama İşleri

KAV Sanat Galerisi Uygulama Kontrolü.....	2010
---	------

Sağlık Sektörü Proje ve Uygulama İşleri

Adadent Diş Kliniği Uygulaması.....	2014
-------------------------------------	------

Otel Proje ve Uygulama İşleri

Houston Otel İçmimari Proje Uygulama - Kavaklıdere	2014
Ramada Otel İçmimari Konsept Projeleri - Düzce.....	2012

Eğitim Yapıları Proje ve Uygulama İşleri

Bilim Merkezi İçmimari Projesi – Gölbaşı Belediyesi.....	2015
Türk-Amerikan Derneği (TAD) Giriş Katı İçmimari Projesi ve Uygulaması - Çankaya	2014
Tepe Akademi İçmimari Projesi ve Uygulaması - Balgat.....	2013

Çalıştığı Kurumlar	: Atılım Üniversitesi , Yarı Zamanlı Öğretim Görevlisi 2009 – Halen Aktaş Proje, Uygulama ve Danışmanlık , Firma Sahibi, Ankara, 2007-Halen Tepe Mobilya A.Ş. , Mağaza Tadilat Sorumlusu, Ankara, 1999-2007 Titan Ltd. , Tasarımcı, Ankara, 1995-1996
---------------------------	---

İletişim

E-Posta Adresi : orkunaktas@hotmail.com ; info@aktasproje.com

Tarih : 20. 06. 2017

Plastik Rekonstrüktif ve Estetik
Cerrahi Anabilim Dalı Kliniği
Muayne Odalarındaki hasta-
Doktor İletişimine Mekanın Etkisi

Yazar Kurt Orkun Aktaş

DOSYA TEZ_TURNITIN_2_ORKUN_AKTA.PDF (4.44M)

GÖNDERİLDİĞİ ZAMAN 04-TEM-2017 11:16AM

KELİME SAYISI

54709

GÖNDERİM NUMARASI 828920649

KARAKTER SAYISI

372103

Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Kliniği Muayne Odalarındaki hasta-Doktor İletişimine Mekanın Etkisi

ORIJINALLIK RAPORU

%9

BENZERLİK ENDEKSİ

%9

İNTERNET
KAYNAKLARI

%4

YAYINLAR

%4

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.itudergi.itu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
2	www.aymavisi.org İnternet Kaynağı	%1
3	polen.itu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
4	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	www.newwsa.com İnternet Kaynağı	<%1
6	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
8	www.ccsenet.org İnternet Kaynağı	<%1
9	www.hisarhospital.com İnternet Kaynağı	<%1

10	fbetebankasi.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
11	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
12	Submitted to University of Southampton Öğrenci Ödevi	<% 1
13	www.scribd.com İnternet Kaynağı	<% 1
14	www.dinbilimleri.com İnternet Kaynağı	<% 1
15	www.saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	<% 1
16	Submitted to European University of Lefke Öğrenci Ödevi	<% 1
17	Submitted to Kadir Has University Öğrenci Ödevi	<% 1
18	www.ito.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
19	kalite.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
20	www.yerelsiyaset.com İnternet Kaynağı	<% 1
21	www.adaletbolumu.com İnternet Kaynağı	<% 1

www.hospital.hacettepe.edu.tr

22

İnternet Kaynağı

<% 1

23dergi.mo.org.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

24

Cobelli, Nicola, Liz Gill, Fabio Cassia, and Marta Ugolini. "Factors that influence intent to adopt a hearing aid among older people in Italy", Health & Social Care in the Community, 2014.

Yayın

<% 1

25www.konutestleri.com

İnternet Kaynağı

<% 1

26

ÖZKAYA, Özay, TASASIZ, Kadir, EGEMEN, Onur, AKAN, Mithat and ÖZCAN, Deniz. "Tümör Nüksünün İlk Bulgusu Aksiller ve İnguinal Dev Lenfadenopatilerde Cerrahi Tedavi Yaklaşımımız ve Cerrahinin Sağ Kalıma Etkisi", Logos Yayıncılık, 2015.

Yayın

<% 1

27www.journals.istanbul.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

28public.wsu.edu

İnternet Kaynağı

<% 1

29issuu.com

İnternet Kaynağı

<% 1

30www.ukessays.com

İnternet Kaynağı

<% 1

31

(Akın, Emel and Ünal, Bülent). "Mobil Konutların İç Mekân Tasarımlarının Görsel Algı Açısından İrdelenmesi: Geçici Afet Konutları Örneği", Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İçmimarlık ve Çevre Tasarımı Anabilim Dalı , 2013.

Yayın

<% 1

32

www.academia.edu

İnternet Kaynağı

<% 1

33

Submitted to Kocaeli Üniversitesi

Öğrenci Ödevi

<% 1

34

repository.lib.ncsu.edu

İnternet Kaynağı

<% 1

35

Submitted to Atılım University

Öğrenci Ödevi

<% 1

36

Submitted to TechKnowledge Turkey

Öğrenci Ödevi

<% 1

37

www.arcom.ac.uk

İnternet Kaynağı

<% 1

38

Submitted to Cardiff University

Öğrenci Ödevi

<% 1

39

mimarlikdergisi.com

İnternet Kaynağı

<% 1

40

Submitted to Istanbul Aydın University

Öğrenci Ödevi

<% 1

41

Submitted to Sheffield Hallam University

42

www.bmj.com

İnternet Kaynağı

<% 1

43

www.arastirmax.com

İnternet Kaynağı

<% 1

44

journal-archieves21.webs.com

İnternet Kaynağı

<% 1

45

www2.ufuk.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

46

Submitted to Gazi University

Öğrenci Ödevi

<% 1

47

acikerisim.selcuk.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% 1

48

staff.neu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

49

www.intangiblecapital.org

İnternet Kaynağı

<% 1

50

Submitted to Navitas Professional Institute

Pty Ltd

Öğrenci Ödevi

<% 1

51

www.spell.org.br

İnternet Kaynağı

<% 1

52

media.proquest.com

İnternet Kaynağı

<% 1

53	Submitted to University of Melbourne Öğrenci Ödevi	<% 1
54	acikerisim.iku.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
55	muazzezbabacan.com İnternet Kaynağı	<% 1
56	Submitted to Giresun Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
57	www.siirevim.com İnternet Kaynağı	<% 1
58	tr.scribd.com İnternet Kaynağı	<% 1
59	Shi, Xiaofa, Ke Wang, and Tian Xiao. "Exploring Safety Education Effectiveness on Accident Risk Reduction for Freight Drivers Based on Behavioral Self-Evaluation", ICLEM 2010, 2010. Yayın	<% 1
60	lib.dr.iastate.edu İnternet Kaynağı	<% 1
61	www.bomiljonett.no İnternet Kaynağı	<% 1
62	www.nwmissouri.edu İnternet Kaynağı	<% 1
63	prezi.com İnternet Kaynağı	<% 1

64	www.tekevuzaktanegitim.com İnternet Kaynağı	<% 1
65	www.tdb.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
66	tdx.cat İnternet Kaynağı	<% 1
67	Submitted to Limerick Institute of Technology Öğrenci Ödevi	<% 1
68	aofcikmissorularburada.com İnternet Kaynağı	<% 1
69	www.bby.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
70	www.sosyalarastirmalar.com İnternet Kaynağı	<% 1
71	bhi.nku.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
72	Submitted to Fatih University Öğrenci Ödevi	<% 1
73	ir.canterbury.ac.nz İnternet Kaynağı	<% 1
74	etds.lib.stu.edu.tw İnternet Kaynağı	<% 1
75	es.scribd.com İnternet Kaynağı	<% 1

www.ulakbim.gov.tr

76	İnternet Kaynağı	<% 1
77	ERMANA, Onur and BORANB, Belgin. "Kentsel Mekanda Heykel Yerleştirmelerinin Değerlendirilmesi: Semiyotik Bir Model Önerisi", Çukurova Üniversitesi, 2015. Yayın	<% 1
78	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	<% 1
79	www.msgsu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
80	Submitted to Selçuk Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
81	researchonline.jcu.edu.au İnternet Kaynağı	<% 1
82	www120.secure.griffith.edu.au İnternet Kaynağı	<% 1
83	cyberzenarchy.wordpress.com İnternet Kaynağı	<% 1
84	KAZANASMAZ, Zehra Tuğçe and TAYFUR, Gökmen. "Classifications for planimetric efficiency of nursing unit floors", ODTÜ, 2012. Yayın	<% 1
85	abtassociates.com İnternet Kaynağı	<% 1

86	Gür, Şengül Öymen. "How Children Describe Their Houses: Present vs. Ideal", Child Indicators Research, 2013. Yayın	<% 1
87	lib.ugent.be İnternet Kaynağı	<% 1
88	sbedergi.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
89	e-dergi.marmara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
90	www.2cuteink.com İnternet Kaynağı	<% 1
91	Submitted to University of Liverpool Öğrenci Ödevi	<% 1
92	www.saglikvebilisim.info İnternet Kaynağı	<% 1
93	Submitted to University of the Sunshine Coast Öğrenci Ödevi	<% 1
94	Wirkung integrierter Kommunikation, 1999. Yayın	<% 1
95	theses.whiterose.ac.uk İnternet Kaynağı	<% 1
96	www.turkistatistik.org İnternet Kaynağı	<% 1

97	İnternet Kaynağı	<% 1
98	www.kalite.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
99	www.tip.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
100	www.yorumla.net İnternet Kaynağı	<% 1
101	tibbisekreterlik.blogspot.com İnternet Kaynağı	<% 1
102	www.bachibouzouck.com İnternet Kaynağı	<% 1
103	Submitted to Dokuz Eylul Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
104	www.personal.psu.edu İnternet Kaynağı	<% 1
105	GÜNAL, Beria and ESİN, Nur. "İnsan- mekan iletişim modeli bağlamında konutta psiko- sosyal kalitenin irdelenmesi", İstanbul Teknik Üniversitesi, 2007. Yayın	<% 1
106	dosyayukleme.ahievran.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
107	cujse.cankaya.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

108	ŞENEL, Selma and ALATLI, Betül. "Lojistik regresyona nalizinin kullanıldığı makaleler üzerine bir inceleme", Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi, 2014. Yayın	<% 1
109	Hickey. Encyclopedia of Murder and Violent Crime Yayın	<% 1
110	www.todaie.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
111	www.turkishstudies.net İnternet Kaynağı	<% 1
112	www.tef.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
113	www.nedirnedemek.com İnternet Kaynağı	<% 1
114	yapkat.com İnternet Kaynağı	<% 1
115	nedir.ileilgili.org İnternet Kaynağı	<% 1
116	Submitted to Galatasaray University Öğrenci Ödevi	<% 1
117	Submitted to University of Huddersfield Öğrenci Ödevi	<% 1
118	www.agcognition.org İnternet Kaynağı	<% 1

119 Submitted to 87988
Öğrenci Ödevi <% 1

120 acibadem.dergisi.org
İnternet Kaynağı <% 1

121 www.omicsonline.org
İnternet Kaynağı <% 1

122 www.enternasyonalforum.net
İnternet Kaynağı <% 1

123 www.designresearch.nl
İnternet Kaynağı <% 1

124 journal.dogus.edu.tr
İnternet Kaynağı <% 1

125 Submitted to Laureate Higher Education
Group
Öğrenci Ödevi <% 1

126 Submitted to Ege Üniversitesi
Öğrenci Ödevi <% 1

127 Submitted to Istanbul Gelisim University
Öğrenci Ödevi <% 1

128 mckym.baskent.edu.tr
İnternet Kaynağı <% 1

129 www.archnet-ijar.net
İnternet Kaynağı <% 1

130 www.eyi2014.org
İnternet Kaynağı <% 1

131	library.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
132	eprints.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
133	mdho.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
134	academicjournals.org İnternet Kaynağı	<% 1
135	batman.khb.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
136	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
137	katalog.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
138	ÖZGENEL, Güzin Yeşim, BAYRAKTAR, Alper, ÖZBEK, Serhat, AKIN, Selçuk and KAHVECİ, Ramazan. "Karpal tünel sendromu: 92 olgunun geriye dönük değerlendirilmesi", Uludağ Üniversitesi, 2010. Yayın	<% 1
139	TURGUT, Osman. "Türkiye'de Halka Açık Bankaların Faiz Gelirleri, Faiz Giderleri, Vadeli Mevduat Faiz Oranları, Nakit Değerler Ve Merkez Bankası Tutarlarının Etkileşimi: 8 Özel Banka Üzerinde 11 Yılın Panel Veri Analizi", e-Journal of Yasar University, 2016. Yayın	<% 1

140	Submitted to Izmir Katip Äelebi Äniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
141	www.dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
142	Submitted to University of Leeds Öğrenci Ödevi	<% 1
143	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<% 1
144	www.stat.ee İnternet Kaynağı	<% 1
145	academia.edu İnternet Kaynağı	<% 1
146	www.ticaret.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
147	www.alicalikusu.com İnternet Kaynağı	<% 1
148	eogrenme.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
149	documents.tips İnternet Kaynağı	<% 1
150	tepehospital.blogcu.com İnternet Kaynağı	<% 1
151	(Kırcı, Ayşe and Törüner, Mete). "Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Etkileyen Faktörler", Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler	<% 1

Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana
Bili Dalı, 2013.
Yayın

ALINTILARI ÇIKART KAPAT
BIBLIYOGRAFYAYI KAPAT
ÇIKART

EŐLEŐMELERİ ÇIKAR KAPAT



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Kurt Orkun Aktaş
Ödev başlığı: Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Ce...
Gönderi Başlığı: Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Ce...
Dosya adı: Tez_turnitin_2_Orkun_Akta.pdf
Dosya boyutu: 4.44M
Sayfa sayısı: 238
Kelime sayısı: 54,709
Karakter sayısı: 372,103
Gönderim Tarihi: 04-Tem-2017 11:16AM
Gönderim Numarası: 828920649

TEZ BAŞLIĞI:

PLASTİK, REKONSTRÜKTİF ve ESTETİK CERRAHİ ANABİLİM
DALI KLİNİĞİ MUAYENE ODALARINDAKİ HASTA - DOKTOR
İLETİŞİMİNE MEKANIN ETKİSİ

K. Orkun AKTAŞ / 20.06.2017

1. GİRİŞ

"Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Klinik Muayene Odalarındaki Hasta - Doktor İletişimine Mekanın Etkisi" başlıklı çalışma kapsamında gerçekleştirilen hastane müdürlüğündeki hasta doktor iletişimine inşaat çevresindeki ve insan dışlarını kapsayan mekânin etkileri incelenmiştir. Araştırmacılar çalıştığı hastane mekânlarını tanımlarken, sadece hastaların tedavi olacağı mekânlardan bahsetmemektedir. Çalışma yerleşim, fiziksel yapı ve birlikte kullanılan bir sistem yaklaşımıyla tüm mekânın daha doğru olarak değerlendirilmektedir (McFee, M., Hoyle J., 2002). Bu çalışmada önce hastanelerdeki iletişim sorunları bir önceki bölümde ele alınarak, iletişim sorunları, iletişim sorunlarının etkileri, iletişim sorunlarının etkileri ve iletişim sorunlarının etkileri hakkında bilgi verilmektedir. Bu çalışmada, iletişim sorunlarının etkileri hakkında bilgi verilmektedir. Bu çalışmada, iletişim sorunlarının etkileri hakkında bilgi verilmektedir.

Çalışma yapısını gerektiren olarak, hastanelerin sunduğu hizmet kalitesine ilişkin etkilerin araştırılmasıdır. Bununla birlikte, iletişim sorunlarının etkileri hakkında bilgi verilmektedir. Bu çalışmada, iletişim sorunlarının etkileri hakkında bilgi verilmektedir. Bu çalışmada, iletişim sorunlarının etkileri hakkında bilgi verilmektedir. Bu çalışmada, iletişim sorunlarının etkileri hakkında bilgi verilmektedir.